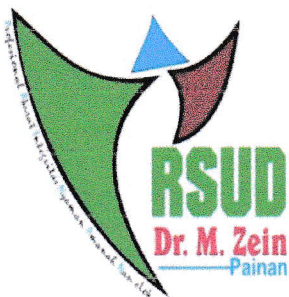


	PANDUAN PRAKTIK KLINIS INSTALASI KEBIDANAN & PENY. KANDUNGAN RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2018		
	NO. DOKUMEN PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	NO. REVISI I	HALAMAN 1/6
PANDUAN PRAKTIK KLINIS	Tanggal Terbit 25 Maret 2018	Ditetapkan Direktur RSUD Dr. M. Zein Painan  Dr. H. Sutarman, MM NIP. 19690 200112 1 001	
ATONIA UTERI			
PENGERTIAN (DEFINISI)	Perdarahan dini pasca persalinan dengan jumlah perdarahan melebihi 500 cc yang disebabkan hilangnya kontraksi/ tonus otot.		
ANAMNESIS	a. Perdarahan segera setelah anak lahir b. Faktor resiko: <ol style="list-style-type: none"> 1. Overdistensi uterus 2. Polihidramnion 3. Multi fetus 4. Macrosomia 5. Partus lama 6. Induksi persalinan 7. Grande multipara 8. Partus presipitatus 9. Terapi MgSO₄ pada preeklamsi 10. Chorioamnionitis 11. Myoma uteri 12. Anestesi halotan 		
PEMERIKSAAN FISIK	Vital sign →pre syok Ku berat, derajat anemi, perdarahan pervaginam		



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
INSTALASI KEBIDANAN & PENY.KANDUNGAN
RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2018**

NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	I	2/6

Abdomen :

- a. Tidak ada benjolan uterus supra simfisis akibat uterus tidak berkontraksi dan lembek. Kadang disertai plasenta adhesiva

Inspekulo

- a. Sumber perdarahan
- b. Tidak didapatkan laserasi pada jalan lahir

Pemeriksaan dalam

- a. Pastikan plasenta lahir lengkap (bila ada indikasi sebagian plasenta masih tertinggal, lakukan evakuasi sisa plasenta) dan pastikan tidak ada laserasi jalan lahir.

**KRITERI
DIAGNOSIS**


- a. Perdarahan pervaginam segera setelah bayi lahir
- b. Faktor resiko
- c. Tanda vital
- d. Uterus tidak berkontraksi
- e. Tidak didapataka laserasi
- f. Tidak ada plasenta atau sisa plasenta yang tertinggal
- g. Konsentrasi Hb

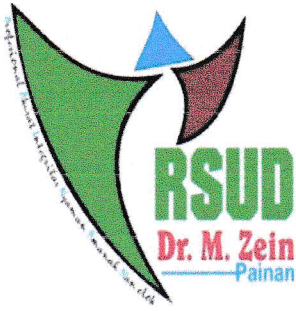
DIAGNOSIS

- a. Perdarahan pervaginam segera setelah bayi lahir
- b. Faktor rutin
- c. Evaluasi medik dan tanda vital
- d. Uterus tidak berkontrak stidak didapatkan laserasi dan plasenta /sisa plasenta
- e. Kadar Hb

**DIAGNOSIS
BANDING**

- a. Laserasi jalan lahir
- b. Retensio plasenta
- c. Inversio uteri

	PANDUAN PRAKTIK KLINIS INSTALASI KEBIDANAN & PENY.KANDUNGAN RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN TAHUN 2018		
	NO. DOKUMEN PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	NO. REVISI I	HALAMAN 3/6
PEMERIKSAAN PENUNJANG	a. Labor darah rutin, hemostatis b. Cross match		
TERAPI	a. Kenali dan tegakkan diagnosis kerja Atonia Uteri (lihat penilaian klinik) b. Pasang infus, beri uterotonika, kemudian lakukan pijatan uterus. c. Pastikan plasenta lahir lengkap (bila ada indikasi sebagian plasenta masih tertinggal, lakukan evakuasi sisa plasenta) dan pastikan tidak ada laserasi jalan lahir. d. Berikan transfusi darah bila sangat diperlukan e. Lakukan uji beku darah (lihat Solusio plasenta) untuk konfirmasi sistem bekuan darah f. Bila semua tindakan diatas dilakukan tetapi masih terjadi perdarahan lakukan tindakan spesifik (lihat prosedur klinik) sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum tindakan operatif dapat dilaksanakan, lakukan tindakan sementara untuk mencegah memburuknya kondisi pasien. <ul style="list-style-type: none"> • Kompresi bimanual eksterna Meremas uterus melalui dinding abdomen dengan jalan menjepitnya diantara kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus. Pantau aliran darah yang keluar. Bila perdarahan berkurang, kompresi diteruskan, pertahankan hingga uterus dapat kembali berkontraksi atau dilakukan tindakan operatif. Apabila upaya ini belum berhasil, coba dengan kompresi bimanual interna. 		



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
INSTALASI KEBIDANAN & PENY. KANDUNGAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2018**

NO. DOKUMEN PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	NO. REVISI I	HALAMAN 4/6
--	----------------------------	---------------------------

- **Kompresi bimanual interna.**

Uterus dijepit diantara telapak tangan yang menekan bagian posterior uterus melalui dinding abdomen dan kepalan tangan dalam sebagai upaya untuk menjepit pembuluh darah didalam miometrium (sebagai pengganti mekanisme kontraksi 0. Perhatikan perdarahan yang terjadi. Bila perdarahan berkurang atau berhenti, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali dan bila tindakan inintidak efektif, lakukan kompresi aorta abdominalis

- **Kompresi aorta abdominalis**

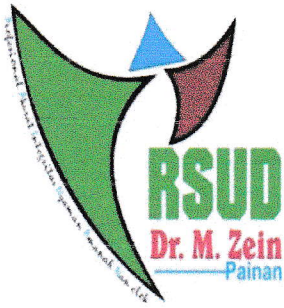
Raba arteri femoralis dengan ujung jari tangan kiri dan pertahankan posisi ini untuk memantau keberhasilan kompresi aorta abdominalis dengan ke[palan tangan kanan (pada daerah umbilikus, tegak lurus dengan sumbu badan, hingga mencapai kolumna vertebralis). Penekanan yang tepat, akan menghentikan atau sangat mengurangi denyut arteri femoralis.

2. Bila kondisi ibu dan sarana memungkinkan untuk tindakan operatif, lakukan :

- a. Ligasi ramus ascendens dan decendens arterina terina dan arteri ovarika
- b. Histerektomi

Jenis uterotinika dan cara pemberiannya :

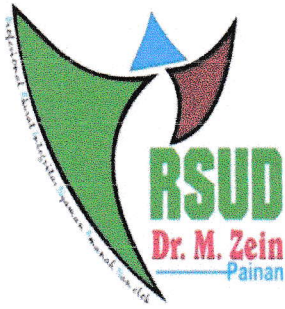
Jenis dan cara	Oksitoksin	Ergometrin	Misoprostol
Dosis dan cara pemberian awal	IV: 40 iu dalam larutan garam fisiologis dengan tetesan cepat IM 10 iu	IM atau IV (lambat) : 0,2 mg	Oral atau rektal 400 – 600 mcg



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
 INSTALASI KEBIDANAN & PENY. KANDUNGAN
 RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
 TAHUN 2018**

NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	I	5/6

TERAPI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 25%;">Dosis lanjutan</td> <td style="width: 25%;">IV : 20 iu dalam 1 L larutan garam fisiologis 40 tpm</td> <td style="width: 25%;">Ulangi 0,2 mg setelah 15 menit. Bila masih diperlukan beri IM/ IV2-4 jam</td> <td style="width: 25%;">400-600 mcg 2-4 jam setelah dosis awal</td> </tr> <tr> <td>Dosis maksimal per hari</td> <td>Tidak lebih dari 3 Larutan dengan oksitoksin 40 iu per botol</td> <td>Total 1 gr atau 5 dosis.</td> <td>Total 1200 mcg 2-4 jam setelah dosis awal.</td> </tr> <tr> <td>Indikasi kontra atau hati-hati</td> <td>Pemberian IV sevara cepat dan bolus</td> <td>Preeklamsia, vitium cordis, hipertensi.</td> <td>Nyeri kontraksi, asma, menggigit, diare.</td> </tr> </tbody> </table>			Dosis lanjutan	IV : 20 iu dalam 1 L larutan garam fisiologis 40 tpm	Ulangi 0,2 mg setelah 15 menit. Bila masih diperlukan beri IM/ IV2-4 jam	400-600 mcg 2-4 jam setelah dosis awal	Dosis maksimal per hari	Tidak lebih dari 3 Larutan dengan oksitoksin 40 iu per botol	Total 1 gr atau 5 dosis.	Total 1200 mcg 2-4 jam setelah dosis awal.	Indikasi kontra atau hati-hati	Pemberian IV sevara cepat dan bolus	Preeklamsia, vitium cordis, hipertensi.	Nyeri kontraksi, asma, menggigit, diare.
Dosis lanjutan	IV : 20 iu dalam 1 L larutan garam fisiologis 40 tpm	Ulangi 0,2 mg setelah 15 menit. Bila masih diperlukan beri IM/ IV2-4 jam	400-600 mcg 2-4 jam setelah dosis awal												
Dosis maksimal per hari	Tidak lebih dari 3 Larutan dengan oksitoksin 40 iu per botol	Total 1 gr atau 5 dosis.	Total 1200 mcg 2-4 jam setelah dosis awal.												
Indikasi kontra atau hati-hati	Pemberian IV sevara cepat dan bolus	Preeklamsia, vitium cordis, hipertensi.	Nyeri kontraksi, asma, menggigit, diare.												
EDUKASI	<p>a. Informed consent rencana tindakan, komplikasi dan efek tindakan. b. Informasi paska tindakan</p>														
PROGNOSIS	<p>a. Morbiditas dan mortalitas ibu yang disebabkan oleh perdarahan setelah bayi lahir dan dalam 24 jam pertama persalinan b. Hasil upaya pertolongan sangat tergantung dari kondisi awal ibu sebelum bersalin, ketersediaan darah dan patokan medik yang dibutuhkan, tenaga terampil dan handal serta jaminan fungsi peralatan bagi tindakan gawatdarurat.</p>														
TINGKAT EVIDENS	I / II / III / IV														
TINGKAT REKOMENDASI	A / B / C														



**PANDUAN PRAKTIK KLINIS
INSTALASI KEBIDANAN & PENY. KANDUNGAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2018**

NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
PPK-KB /001/RSUD-PS /III/2018	I	6/6

**PENELAAH
KRITIS**

- a. Diketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk)
- b. Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan).
- c. Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pasca persalinan (diruang persalinan) dan dilanjutkan pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (diruang rawat gabung). Perhatikan pelaksanaan asuhan mandiri.
- d. Selalu siapkan keperluan tindakan gawatdarurat
- e. Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
- f. Atasi syok (lihat penatalaksanaan syok).
- g. Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, beri uterotonika 10 iu IM dilanjutkan infus 20 iu dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetes/menit).
- h. Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- i. Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah (lihat solusio plasenta)
- j. Pasang kateter menetap dan pantau masuk-keluar cairan.
- k. Cari penyebab perdarahan dan lakukan tindakan spesifik.

**INDIKATOR
MEDIS**

SPM RS, PONEK, Temuan Klinis, USG, CTG dan laboratorium

KEPUSTAKAAN