

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. TEORI MEDIS

1. Post Partum

a. Definisi Post Partum

Post Partum adalah masa dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung kira-kira 6 minggu (Depkes RI,2012). Berdasarkan definisi tersebut yang dimaksud dengan post partum adalah masa setelah kelahiran bayi dan masa ibu untuk memulihkan kondisi fisik meliputi alat-alat kandungan dan saluran reproduksi kembali kepada keadaan sebelum hamilyang berlangsung 6 minggu.

b. Klasifikasi Post Partum

Masa nifas dibagi dalam 3 periode yaitu (Mochtar, 2002) :

- 1) Post partum dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri, berjalan-jalan.
- 2) Post partum intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Post partum terlambat yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

c. Fisiologi Post Partum

Pada masa post partum menurut Manuaba (2013) dan Prawirohardjo (2006) fisiologi yang terjadi pada masa nifas tampak pada perubahan dari alat- alat organ reproduksi antara lain:

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Secara berangsur-angsur, kondisi uterus akan membaik dengan pengecilan ukuran (involusi) dari uterus itu sendiri. Adapun tinggi fundus uteri (TFU) post partum menurut masa involusi :

Tabel 2.1 TFU menurut masa involusi

INVOLUSI	TFU	BERAT UTERUS
Placenta lahir	Setinggi Pusat atau 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu	Sebesar hamil 2 minggu	50 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber Manuaba (2013)

b) Vagina dan Perineum

Pada post partum terdapat lochia yaitu cairan/sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina.

Macam – macam lochia :

- i. Lochia rubra: berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, terjadi selama 2 hari pasca persalinan
- ii. Lochia Sanguinolenta: berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, terjadi hari ke 3 – 7 pasca persalinan
- iii. Lochia serosa: Keluar cairan tidak berisi darah berwarna kuning. Terjadi hari ke 7 – 14 hari pasca persalinan
- iv. Lochia alba: Cairan putih setelah 2 minggu pasca persalinan

c) Payudara

Pada masa nifas akan timbul masa laktasi akibat pengaruh hormon laktogen (prolaktin) terhadap kelenjar payudara. Kolostrum diproduksi mulai di akhir masa kehamilan sampai hari ke 3-5 post partum dimana kolostrum mengandung lebih banyak protein dan mineral tetapi gula dan lemak lebih sedikit. Produksi ASI akan meningkat saat bayi menetek pada ibunya karena menetek merupakan suatu rangsangan terhadap peningkatan produksi ASI. Makin sering menetek, maka ASI akan makin banyak diproduksi.

2) Sistem Pencernaan

a) Nafsu Makan

Setelah benar-benar pulih analgesia, anesthesia, dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan yang sering ditemukan.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selamawaktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anesthesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Defekasi

Ibu sering kali sudah menduga nyeri saat defeksi karena nyeri yang dirasakannya diperineum akibat episiotomi, laserasi, hemorid. Kebiasaan buang air yang teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal.

3) Sistem Perkemihan

Trauma bisa terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan, yakni sewaktu bayi melewati jalan lahir. Dinding kandung kemih dapat mengalami hiperemis dan edema, seringkali disertai daerah-daerah kecil hemoragi.

4) Sistem Integumen

Hiperpigmentasi di areola dan linea nigra tidak menghilang seluruhnya setelah bayi lahir. Kulit yang meregang pada payudara, abdomen, paha, dan panggul mungkin memudar tetapi tidak hilang seluruhnya.

2. Perdarahan Post Partum

a. Definisi

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi 24 jam setelah persalinan berlangsung. (Manuaba,2013). Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir (Sarwono,2009)

Pada Uterus yang tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta maka ibu dapat mengalami perdarahan yaitu 350-500 ml permenit dari bekas melekatnya plasenta. Bila uterus berkontraksi maka myometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan diantara serabut otot dan keadaan myometrium yang tidak berkontraksi maka darah yang keluar dari bekas melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali (APN,2008).

b. Klasifikasi

Menurut (Manuaba,2013) klasifikasi perdarahan postpartum dibagi menjadi 2 yaitu:

1) Perdarahan post partum primer

Perdarahan postpartum primer terjadi dalam 24 jam persalinan. Penyebab utama perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Dan ini terjadi terbanyak di 2 jam pertama.

2) Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan postpartum sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan postpartum sekunder adalah sisa plasenta atau membrane, gangguan pembekuan darah.

c. Penyebab Perdarahan

Penyebab Perdarahan postpartum (Prawirohardjo,2009) antara lain:

- 1) Atonia Uteri
- 2) Retensio Plasenta
- 3) Sisa Plasenta
- 4) Robekan Jalan Lahir
- 5) Kelainan Pembekuan Darah

3. Atonia Uteri

a. Pengetian Atonia Uteri

Atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri. (APN,2008). Menurut (Prawirohardjo,2009) atonia uteri adalah uterus gagal berkontaksi dengan baik setelah persalinan.

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan postpartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Perdarahan postpartum secara fisiologis dikontrol oleh kontraksi serabut-serabut miometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi apabila serabut-serabut miometrium tidak berkontraksi. Batasan atonia uteri adalah uterus yang tidak berkontraksi setelah janin dan plasenta lahir.

b. Penyebab Atonia Uteri:

Ada beberapa faktor predisposisi yang terkait dengan perdarahan pasca persalinan yang disebabkan oleh atonia uteri (APN,2008) adalah :

- 1) Pembesaran Uterus yang berlebihan waktu hamil (hamil kembar, hidramnion, janin besar).
- 2) Kala satu dan atau dua yang memanjang
- 3) Persalinan cepat (partus presipitatus)
- 4) Persalinan yang di induksi atau dipercepat dengan oksitosin (augmentasi)

- 5) Infeksi Intra partum
- 6) Multiparitas tinggi
- 7) MGS04 yang digunakan untuk mengendalikan kejang pada preeklamsi/eklamsi.
- 8) Menejemen Aktif kala III yang salah

c. Manifestasi Klinis:

- 1) Uterus tidak berkontraksi dan lunak
- 2) Perdarahan segera setelah plasenta lahir .

d. Tanda dan gejala atonia uteri

Menurut (Prawirohardjo,2009) ada beberapa tanda dan gejala yang khas pada atonia uteri antara lain :

- 1) Perdarahan pervaginam
Perdarahan yang sangat banyak dan darah tidak merembes. Peristiwa sering terjadi pada kondisi ini adalah darah keluar disertai gumpalan disebabkan tromboplastin sudah tidak mampu lagi sebagai anti pembeku darah.
- 2) Konsistensi Rahim lunak
- 3) Fundus uteri naik
- 4) Terdapat tanda- tanda syok
- 5) Nadi cepat dan lemah
- 6) Tekanan darah rendah
- 7) Pucat
- 8) Keringat/kulit terasa dingin serta lembab
- 9) Pernafasan cepat
- 10) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran

e. Diagnosa

Diagnosa ditegakan bila setelah plasenta lahir darah banyak keluar dan uterus tidak berkontraksi segera setelah plasenta lahir. Perlu diperhatikan bahwa saat atonia uteri didiagnosis, maka pada saat itu juga masih ada darah sebanyak 500- 1000 ml yang sudah keluar dari pembuluh darah dan masih terperangkap dalam uterus dan harus diperhitungkan dalam kalkulasi pemberian darah pengganti (Prawirohardjo ,2009).

f. Pencegahan atonia uteri.

Pemberian oksitosin rutin pada kala III dapat mengurangi resiko perdarahan post partum lebih dari 40 %. Menejemen aktif kala III dapat mengurangi perdarahan dalam persalinan. Kegunaan utama oksitosin sebagai pencegahan perdarahan yaitu cara kerjanya yang cepat , tidak menyebabkan kenaikan tekanan darah atau kontraksi tetani seperti pada ergometrin (APN,2008).

g. Penanganan Atonia Uteri

Perdarahan yang perlahan dan berlanjut atau perdarahan tiba-tiba merupakan suatu kegawatan dan harus segera ditangani. Ada beberapa tindakan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menangani perdarahan secara cepat dan tepat.

1) Penanganan Umum (Depkes RI,2012):

- a) Mintalah Bantuan. Segera mobilisasi tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat.
- b) Lakukan pemeriksaan cepat keadaan umum ibu termasuk tanda vital(TNSP).
- c) Jika dicurigai adanya syok segera lakukan tindakan. Jika tanda - tanda syok tidak terlihat, ingatlah saat melakukan evaluasi lanjut karena status ibu tersebut dapat memburuk dengan cepat.
- d) Jika terjadi syok, segera mulai penanganan syok.oksigenasi dan pemberian cairan cepat, Pemeriksaan golongan darah dan crossmatch perlu dilakukan untuk persiapan transfusi darah.
- e) Pastikan bahwa kontraksi uterus baik:

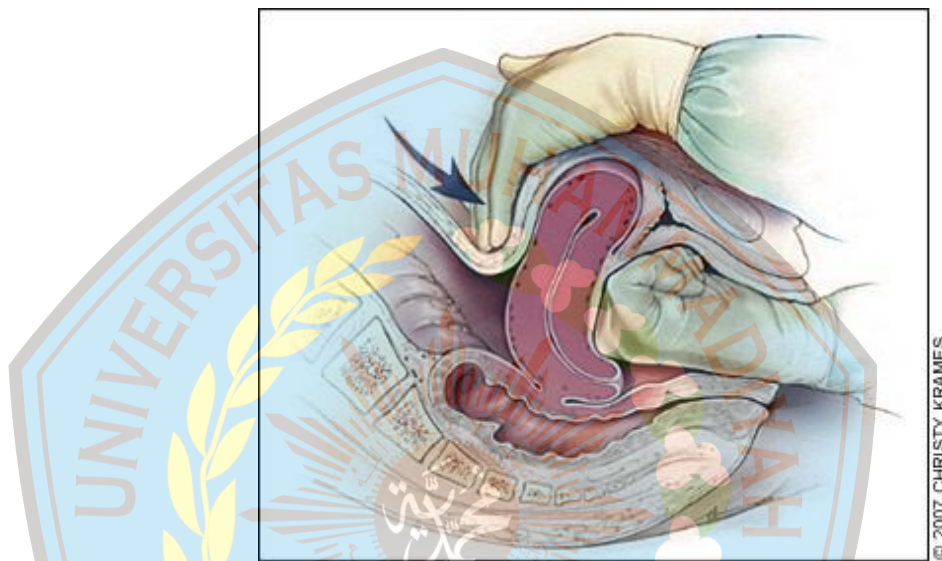
- f) Lakukan pijatan uterus untuk mengeluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap di uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif. berikan 10 unit oksitosin IM
- g) Lakukan kateterisasi, dan pantau cairan keluar-masuk.
- h) Periksa kelengkapan plasenta Periksa kemungkinan robekan serviks, vagina, dan perineum.
- i) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
- j) Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti), periksa kadar Hemoglobin:
- k) Jika Hb kurang dari 7 g/dl atau hematokrit kurang dari 20% (anemia berat):berilah sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan;
 - l) Jika Hb 7-11 g/dl: beri sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan;
- 2) Penanganan Khusus Atonia Uteri(APN,2008)
 - a) Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir (Maksimal 15 detik)
 - b) Bersihkan bekuan darah dan atau selaput ketuban dari vagina dan lubang servik.
 - c) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan kateterisasi.
 - d) Segera lakukan kompresi bimanual interna.

Caranya :

- i. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril, dengan lembut masukan tangan secara obstetrik (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus kedalam vagina ibu.
- ii. Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornik anterior , tekan dinding anterior uterus kearah tangan luar yang menahan dan mendorongdinding posterior uterus kearah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.

- iii. Tekan kuat uterus diantara kedua tangan. Kompresi uterus ini memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah yang terbuka (pada implantasi plasenta) di dinding uterus dan juga merangsang myometrium untuk berkontraksi.

Gambar 2.1



Sumber. Anonim 2017

Kompresi Bimanual Interna

iv. Evaluasi keberhasilan

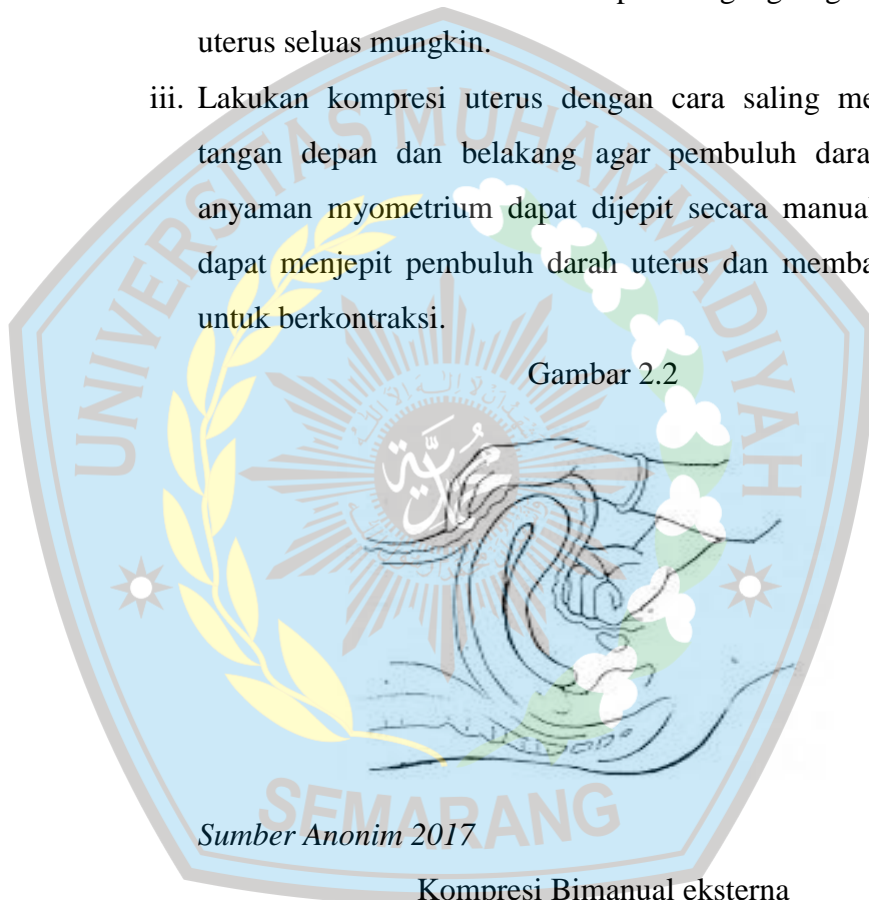
1. Jika Uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang terus lakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dan pantau ibu secara melekat pada kala IV.
2. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan masih berlangsung periksa ulang perineum, vagina dan servik apakah terjadi laserasi.
3. Jika uterus tidak berkontraksi dalam 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna kemudian lakukan langkah-langkah penanganan atonia uteri selanjutnya dan minta keluarga untuk mempersiapkan rujukan.

e) Kompresi Bimanual Eksterna

Caranya :

- i. Letakan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan corpus uteri dan diatas simpisis pubis.
- ii. Letakan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang corpus uteri sejajar dengan dinding depan corpus uteri. Usahakan untuk mencakup/memegang bagian belakang uterus seluas mungkin.
- iii. Lakukan kompresi uterus dengan cara saling mendekatkan tangan depan dan belakang agar pembuluh darah didalam anyaman myometrium dapat dijepit secara manual. Cara ini dapat menjepit pembuluh darah uterus dan membantu uterus untuk berkontraksi.

Gambar 2.2



Kompresi Bimanual eksterna

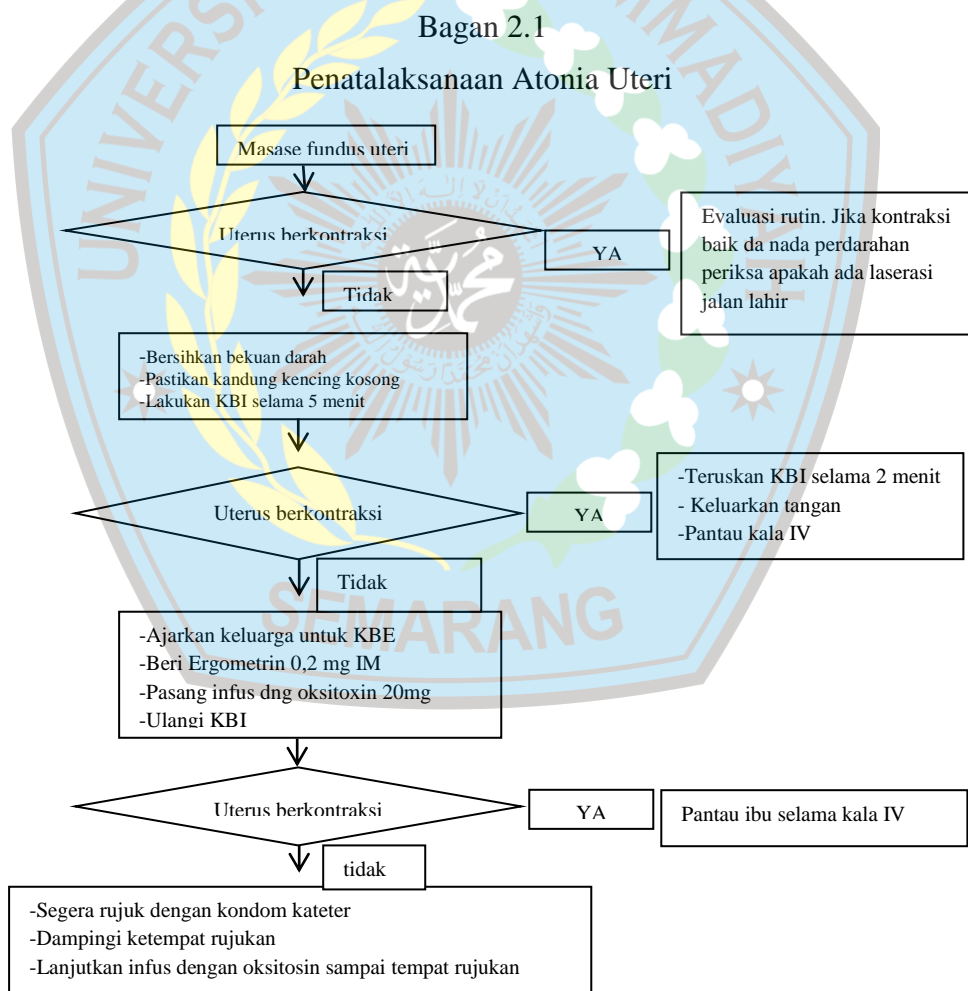
- f) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal. Jika ibu menderita hipertensi jangan diberikan ergometrin karena dapat menaikkan tekanan darah ibu.
- g) Pasang infus (gunakan jarum berdiameter besar ukuran 16 atau 18), berikan larutan RL 500 cc yang mengandung 20 unit oksitoksin.
- h) Pakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan ulangi KBI.

- i) Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 1 sampai 2 menit segera rujuk ibu.
- j) Sambil membawa ibu ke tempat rujukan terus lakukan tindakan KBI atau pasang tampon kondom kateter.

Cara pemasangan kondom kateter:

- i. Siapkan alat (kondom, benang, kateter DC no 24, jegul, klem ovarium, speculum sim 2 bh, sarung tangan, set infus, cairan, bengkok)
 - ii. Posisikan ibu dengan posisi litotomi
 - iii. Masukkan kateter kedalam kondom dan ikat dengan benang dengan ikatan yang kuat.
 - iv. Dengan bantuan speculum sim dan klem ovarium, masukan kondom kateter kedalam cavum uteri.
 - v. Bagian luar kateter disambungkan dengan ujung tali infus dan difiksasi dengan benang. Alirkan cairan (normal saline) grojok melalui kateter kedalam kondom di cavum uteri sampai seluruh cavitas penuh yang ditandai dengan terhentinya aliran. Jika telah penuh masukan jegul kedalam vagina untuk menfiksasi. Observasi perdarahan dan kontraksi uterus selama pemasangan kondom kateter 24-48 jam sambil diberikan drip oksitosin untuk mempertahankan kontraksi uterus (minimal 6 jam pasca tindakan dan dilindungi triple regimen antibiotic selama 7 hari sebagai berikut (Amoxilin 500 mg setiap 6 jam , metronidazole 500 mg setiap 6 jam dan gentamicin 80 mg tiap 8 jam). Jika terjadi perbaikan cairan normal saline dikurangi secara bertahap 20 ml setiap 10-15 menit.
- k) Tetap berikan infus cairan sampai ibu tiba di tempat rujukan
 - i. Infus 500 ml pertama dengan oksitosin 20 unit dihabiskan dalam waktu 10 menit

- ii. Berikan tambahan 500ml/jam hingga tiba ditempat rujukan atau hingga jumlah cairan yang diinfuskan mencapai 1,5 liter dan kemudian lanjutkan dalam jumlah 125cc/jam
 - iii. Jika cairan infus tidak cukup infuskan 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi.
- l) Jika perdarahan terus berlangsung setelah dilakukan tindakan kompresi, lakukan ligase arteria uterine dan ovarika
 - m) Jika tindakan tersebut diatas tetap tidak berhasil dan perdarahan mengancam nyawa lakukan tindakan histerektomi.



Sumber: APN,2008

B. MENEJEMEN KEBIDANAN

1. LANGKAH VARNEY

Dalam studi kasus ini mengacu pada fikir Varney, karena metode dan pendekatannya sistematis dan analitis sehingga memudahkan dalam pengarahan pemecahan masalah terhadap klien. Proses menurut Hellen Varney ada 7 langkah dimulai dari pengumpulan data dasar dan terakhir dengan evaluasi.

Ketujuh langkah tersebut adalah sebagai berikut:

a. Langkah 1: Pengkajian data

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Varney, 2007)

Proses pengumpulan data mencakup data subjektif dan data objektif, adalah sebagai berikut:

1). Data subjektif

Adalah data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian, informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Asrinah, 2010)

2). Data objektif

Data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik-pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnosis lain (Asrinah dkk, 2010)

b. Langkah 2. Merumuskan diagnosa/masalah aktual

Interpretasi data (data dari hasil pengkajian) mencakup diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa masalah yang spesifik (Varney, 2007).

- 1) Diagnosa kebidanan
Diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.
 - 2) Masalah : Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnosa (Varney, 2007).
 - 3) Kebutuhan : Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data (Varney,2007)
- c. Langkah 3. Merumuskan diagnosa atau masalah potensial
Langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang sudah diidentifikasi, oleh karena itu membutuhkan antisipasi pencegahan serta pengawasan
- d. Langkah 4. Identifikasi Perlunya Tindakan Segera dan Kolaborasi
Menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya, setelah bidan merumuskan tindakan yang dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial yang sebelumnya.(Varney, 2007)
- e. Langkah 5. Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan
Mengembangkan tindakan komprehensif yang ditentukan pada tahap sebelumnya, juga mengantisipasi diagnosa dan masalah kebidanan secara komprehensif yang didasari atas rasional tindakan yang relevan dan diakui kebenarannya sesuai kondisi dan situasi berdasarkan analisa dan asumsi yang seharusnya boleh dikerjakan atau tidak oleh bidan.
- f. Langkah 6. Impelementasi
Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh klien atau tenaga lainya (Varney, 2007)

g. Langkah 7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dan seluruh asuhan yang sudah diberikan, apakah telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah diagnosa. (Varney, 2007)

2. DATA PERKEMBANGAN

Di dalam memberikan asuhan lanjutan digunakan 7 langkah Varney, sebagai catatan perkembangan dilakukan asuhan kebidanan SOAP dalam pendokumentasian. Menurut Varney dalam Asrinah (2010) sistem pondokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP yaitu:

- a. S (Subyektif) : menggambarkan dan mendokumentasikan Hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah satu Varney.
- b. O (Objektif) : menggambarkan dan mendokumentasikan Hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan langkah satu Varney.
- c. A (Assesment) : menggambarkan dan mendokumentasikan Hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif suatu identifikasi.
- d. P (Planning) : menggambarkan dan mendokumentasikan dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan pada assesment sebagai langkah V, VI, VII Varney.

C. HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Bidan dalam menjalankan peran, fungsi dan tugasnya berdasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui peraturan Menteri Kesehatan. Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan gawat darurat bidan juga diberi kewenangan pelayanan kebidanan yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa.

Berdasarkan permenkes No 28 Tahun 2017 tentang kewenangan bidan pada pasal 18: Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

1. **Pelayanan Kesehatan Ibu**
2. Pelayanan Kesehatan Anak
3. Pelayanan Kesehatan Reproduksi perempuan dan Keluarga Berencana

Pasal 19:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu sebagaimana dimaksud pada pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, **masa persalinan, masa nifas**, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - a. Konseling pada masa sebelum hamil
 - b. Antenatal pada kehamilan normal
 - c. Persalinan normal
 - d. Ibu nifas normal
 - e. Ibu menyusui
 - f. Konseling pada masa antara dua kehamilan
3. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bidan berwenang melakukan :
 - a. Episiotomo

- b. Pertolongan persalinan normal
- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- d. Penanganan kegawat daruratan dilanjutkan dengan rujukan**
- e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- g. Fasilitasi atau bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
- h. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan post partum**
- i. Penyuluhan dan konseling
- j. Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan persalinan

Jadi berdasarkan permenkes diatas bidan bisa melakukan tindakan penanganan atonia uteri pada pospartum sesuai dengan kewenangan , kemampuan dan kondisi pasien yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa, yang selanjutnya dilakukan rujukan, sebab bila penangan ini terlambat atau tidak tepat bisa menyebabkan ibu meninggal dunia