

BAH II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Medis

1. Post Partum

a. Definisi post partum

Post partum adalah masa yang dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan sudah pulih kembali seperti kondisi sebelum hamil dan akan berlangsung kira-kira 6 minggu (Depkes RI, 2012)

b. Klasifikasi Post Partum

Dalam masa nifas dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu :

- 1) Post partum dini yaitu kepulihan seorang ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Post partum intermedial yaitu kepulihan secara menyeluruh dari alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Post partum terlambat yaitu lamanya waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna yang lamanya bisa berminggu-minggu, beberapa bulan atau tahun. Terutama jika selama masa hamil dan melahirkan terjadi komplikasi.

c. Fisiologi post partum

Pada masa post partum menurut Manuba, (2013) dan Prawirohardjo (2009) dimana fisiologi yang terjadi pada masa nifas terlihat adanya perubahan dari alat-alat reproduksi antara lain:

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Secara berangsur-angsur kondisi uterus akan membaik dengan adanya proses pengecilan ukuran (involusi) dari uterus itu sendiri menjadi normal.

Adapun tinggi fundus uteri (TFU) pada masa post partum menurut masa involusi adalah :

Tabel 2.1 TFU menurut masa involusi

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

Sumber Manuba (2013)

Pada masa post partum akan terjadi pengeluaran Lochea yaitu cairan atau sekret yang berasal dari dalam cavum uteri dan vagina .

Adapun macam-macam lochea adalah :

1) Lochea Rubra

Cairan yang keluar berwarna merah berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban terjadi selama 2-3 hari post partum

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kekuningan yang berisi darah dan lendir terjadi pada hari ke 3-7 post partum.

3) Lochea Serosa

Cairan yang keluar berwarna kuning terjadi pada hari ke 7-14 post partum

4) Lochea Alba

Cairan yang keluar berwarna putih terjadi setelah 2 minggu post partum

b) Payudara

Pada masa nifas terjadi masa lactasi yang timbul karena adanya pengaruh hormon lactogen (prolaktin) terhadap kelenjar payudara. Sedangkan kolostrum sudah diproduksi pada masa akhir kehamilan dan pada hari ke 3-5 post partum, dimana kolostrum banyak mengandung protein dan mineral akan tetapi lemak dan gula lebih sedikit. Sedangkan produksi ASI akan meningkat setelah bayi aktif menetek karena adanya rangsangan dari bayi yang akan memperlancar produksi ASI.

2) Sistem Pencernaan

a) Nafsu Makan

Setelah melahirkan biasanya untuk mengkonsumsi makanan ringan dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anasthesia dan kelelahan kebanyakan ibu akan merasakan lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang dikonsumsi biasanya.

b) Motilitas

Setelah melahirkan biasanya untuk mengkonsumsi makanan ringan dan setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anasthesia dan kelelahan kebanyakan ibu akan merasakan lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang dikonsumsi biasanya.

c) Defekasi

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah post partum. Keadaan ini bisa disebabkan oleh tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa post partum, ibu biasanya merasakan nyeri di pirenium akibat episiotomi, laserasi atau haemorroid. Kebiasaan buang air besar secara teratur bisa kembali setelah tonus otot kembali normal.

3) Sistem Perkemihan

Segera setelah melahirkan kandung kemih tampak bengkak dan sedikit terbungkus, dapat hipotonik dimana hal ini dapat mengakibatkan overdistensi. Pengosongan yang tidak sempurna dan adanya sisa urin yang berlebihan kecuali bila diambil langkah yang bisa mempengaruhi seorang ibu untuk buang air kecil secara teratur meskipun seorang ibu tidak punya keinginan untuk buang air kecil. Efek dari trauma persalinan akan menghilang dalam waktu 24 jam pertama setelah post partum.

4) Sistem Integumen

Hiperpigmentasi yang terdapat pada areola mammae dan adanya linea nigra serta peregangan pada payudara, abdomen, paha dan panggul tidak akan bisa segera hilang setelah bayi lahir tetapi hanya memudar, tidak bisa hilang dengan sepenuhnya dan tetap ada bekasnya.

2. Perdarahan Post Partum

a. Definsi

Yang dimaksud perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah persalinan (Manuba, 2013) dan perdarahan post partum adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir (Sarwono, 2009).

Uterus yang tidak dapat berkontraksi dengan cepat setelah lahirnya placenta seorang ibu dapat mengalami perdarahan sebanyak 350-

500 ml per menit yang berasal dari luka bekas menempelnya plasenta. Akan tetapi bila uterus berkontraksi maka myometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah yang berjalan diantara serabut otot sehingga tidak terjadi perdarahan dan myometrium yang tidak dapat berkontraksi maka darah yang keluar menjadi tidak terkendali (APN, 2009).

b. Klasifikasi

(Manuba, 2009) klasifikasi perdarahan dapat di bagi menjadi dua yaitu :

1) Perdarahan Post Partum Primer

Terjadi dalam waktu 24 jam persalinan. Adapun penyebab utama dari perdarahan post partum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta dan robekan jalan lahir. Hal ini sering terjadi dalam dua jam post partum.

2) Perdarahan Post Partum Sekundaer

Terjadi setelah 24 jam persalinan. Adapun penyebab dari atonia uteri sekunder adalah adanya sisa plasenta atau membrane dan adanya gangguan pembekuan darah.

c. Penyebab Perdarahan

Menurut (Prawirohardjo, 2009) penyebab perdarahan post partum adalah :

- 1) Atonia uteri adalah uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

- 2) Retensio plasenta adalah plasenta yang tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah pemberian oxytosin ke-2
- 3) Sisa plasenta adalah tertinggalnya jaringan dalam rahim setelah plasenta lahir.
- 4) Robekan jalan lahir adalah robekan yang terjadi akibat trauma persalinan oleh tekanan kepala bayi.
- 5) Kelainan pembekuan darah adalah kelainan konginetal yang berhubungan dengan pembekuan darah.

3. Atonia Uteri

a. Pengertian Atonia Uteri

Atonia uteri adalah uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalian (Prawirohardjo, 2009), apabila uterus tidak dapat berkontraksi dalam waktu 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil atau masase fundus uteri (APN, 2009).

Atonia uteri sendiri merupakan penyebab terbanyak terjadinya perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan salah satu faktor utama untuk melakukan tindakan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan hal terpenting setelah untuk mengontrol perdarahan setelah proses persalian terjadi.

Atonia uteri terjadi karena adanya kegagalan dalam mekanisme tersebut. Perdarahan post partum fisiologis dikontrol dengan adanya kontraksi serabut-serabut myometrium yang mengelilingi pembuluh darah yang memvaskularisasi daerah

implantasi plasenta. Atonia uteri bisa terjadi karena serabut-serabut myometrium tidak bisa berkontraksi. Adapun batasan atonia sendiri adalah uterus yang tidak berkontraksi setelah proses persalinan yaitu setelah bayi dan plasenta lahir.

b. Penyebab atonia uteri

Beberapa faktor predisposisi penyebab terjadinya atonia uteri (APN, 2009).

- 1) Regangan uterus yang berlebihan waktu hamil yang disebabkan Gemelli, polihidramnion dan bayi besar
- 2) Kala satu dan kala dua yang lama
- 3) Partus presipitatus
- 4) Induksi persalihan
- 5) Jarak kehamilan yang pendek
- 6) Retensio plasenta
- 7) Anemia dalam kehamilan
- 8) Gizi buruk (KEK) pada waktu hamil
- 9) Pemberian MGSO₄ pada pre eklamsia
- 10) Adanya infeksi waktu kehamilan
- 11) Multiparitas
- 12) Manajemen aktif kala tiga yang salah

c. Manifestasi klinis

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

d. Tanda dan gejala atonia uteri

Ada beberapa tanda khas yang terjadi pada atonia uteri (Prawirohardjo, 2009) :

- 1) Uterus tidak berkontraksi dan lunak
- 2) Perdarahan banyak segera setelah plasenta lahir, disertai adanya gumpalan darah
- 3) Terdapat tanda-tanda syok

e. Diagnosa

Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir darah banyak dan uterus tidak berkontraksi. Dan perlu diperhatikan saat diagnosis atonia uteri, 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, 2010).

f. Pencegahan atonia uteri

Atonia uteri bisa di cegah dengan pemberian oxytosin pada kala tiga persalinan dapat mengurangi resiko terjadinya perdarahan post partum lebih dari 40%. Dan manajemen aktif kala tiga dapat mencegah dan mengurangi perdarahan post partum. Oxytosin sangat berguna sebagai pencegahan perdarahan karena cara kerjanya obat

yang cepat dan tidak menyebabkan adanya kenaikan tekanan darah atau terjadi kontraksi tetani seperti pada ergometrin (APN, 2009).

g. Penanganan atonia uteri

Penanganan atonia ateri harus dilakukan dengan cepat dan tepat untuk menanggulangi keluarnya darah yang berlebihan yang bisa berakibat fatal dan menyebabkan terjadinya kematian pada ibu. Perdarahan yang tiba-tiba dan berlanjut secara perlahan merupakan suatu kegawatan untuk dilakukan penanganan dengan segera .

1) Penanganan umum

- a) Mintalah bantuan, segera mobilisasi tenaga yang ada dan siapkan fasilitas tindakan gawat darurat
- b) Lakukan pemeriksaan cepat keadaan umum ibu (tanda-tanda vital)
- c) Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan tindakan oksigenasi dan penambahan cairan
- d) Jika tanda-tanda syok tidak terlihat, ingatlah lakukan evaluasi lebih lanjut karena kondisi ibu dapat memburuk dengan cepat
- e) Pemeriksaan golongan darah dan crossmatch untuk persiapan tranfusi darah
- f) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik
- g) Lakukan pijatan uterus dan keluarkan gumpalan darah
- h) Berikan oxytosin 10 U IM

- i) Katerisasi dan pantau keluar masuknya cairan
 - j) Periksa kelengkapan plasenta,periksa adanya robekan servik,vagina dan pirenium
 - k) Jika perdarahan masih berlangsung lakukan uji pembekuan darah
 - l) Setelah perdarahan teratasi, setelah 24 jam perdarahan berhenti lakukan pemeriksaan kadar HB
 - m) Jika kadar HB kurang dari 7 gr/dl atau hematokrit kurang dari 20% (anemia berat) maka berikanlah sulfas ferrosus 600 mg atau ferrosus fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan
 - n) Jika kadar HB 7-11 g/dl, berikan sulfas ferrosus 600 mg atau ferrosus fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan
- 2) Penanganan Khusus Atonia uteri (APN, 2009)
- a) Massase fundus uteri segera setelah plasenta lahir (maksimal 15 detik)
 - b) Bersihkan bekuan darah dan selaput ketuban dari vagina dan servik
 - c) Pastikan kandung kencing kosong
 - d) Lakukan kompresi bimanual interna dengan cara sebagai berikut :

- 1) Pakai sarung tangan panjang desinfeksi tingkat tinggi atau sarung tangan panjang steril, dengan lembut masukkan tangan secara obstetrik
- 2) (menyatukan kelima ujung jari) melalui introitus kedalam vagina kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornix anterior, tekan dinding anterior uterus ke arah tangan luar yang menahan dan mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang
- 3) 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 KOMPRESI BIMANUAL INTERNA

Sumber: Anonim 2017

4) 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 sudah berkontraksi dan perdarahan masih berlangsung periksa ulang pirenium, vagina dan servik apakah terjadi laserasi
- 3) Jika uterus tidak berkontraksi dalam 5 menit, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual externa kemudian lakukan langkah-langkah penanganan atonia uteri selanjutnya dan minta keluarga untuk mempersiapkan rujukan

e) Kompresi Bimanual Externa

Caranya :

- 1) Letakkan satu tangan pada dinding abdomen dan dinding depan korpus uteri dan diatas symfisis pubis
- 2) Letakkan tangan lain pada dinding abdomen dan dinding belakang corpus uteri sejajar dengan dinding depan corpus uteri, usahakan untuk mencakup atau memegang bagian belakang uterus seluas mungkin
- 3) 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.

Kompresi Bimanual Eksterna



Gambar 2.2 Kompresi Bimanual Exsterna

Sumber: Anonim 2017

- f) Berikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg perrectal. Jika ibu menderita hipertensi jangan diberikan ergometrin karena dapat menaikkan tekanan darah ibu
- g) Pasang infus dengan menggunakan tranfusi set dan jarum berdiameter besar no 18 berikan larutan RL 500 cc yang mengandung 20 unit oksitosin
- 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
- j) Sambil membawa ibu ketempat rujukan terus lakukan KBI atau pasang tampon kondom cateter

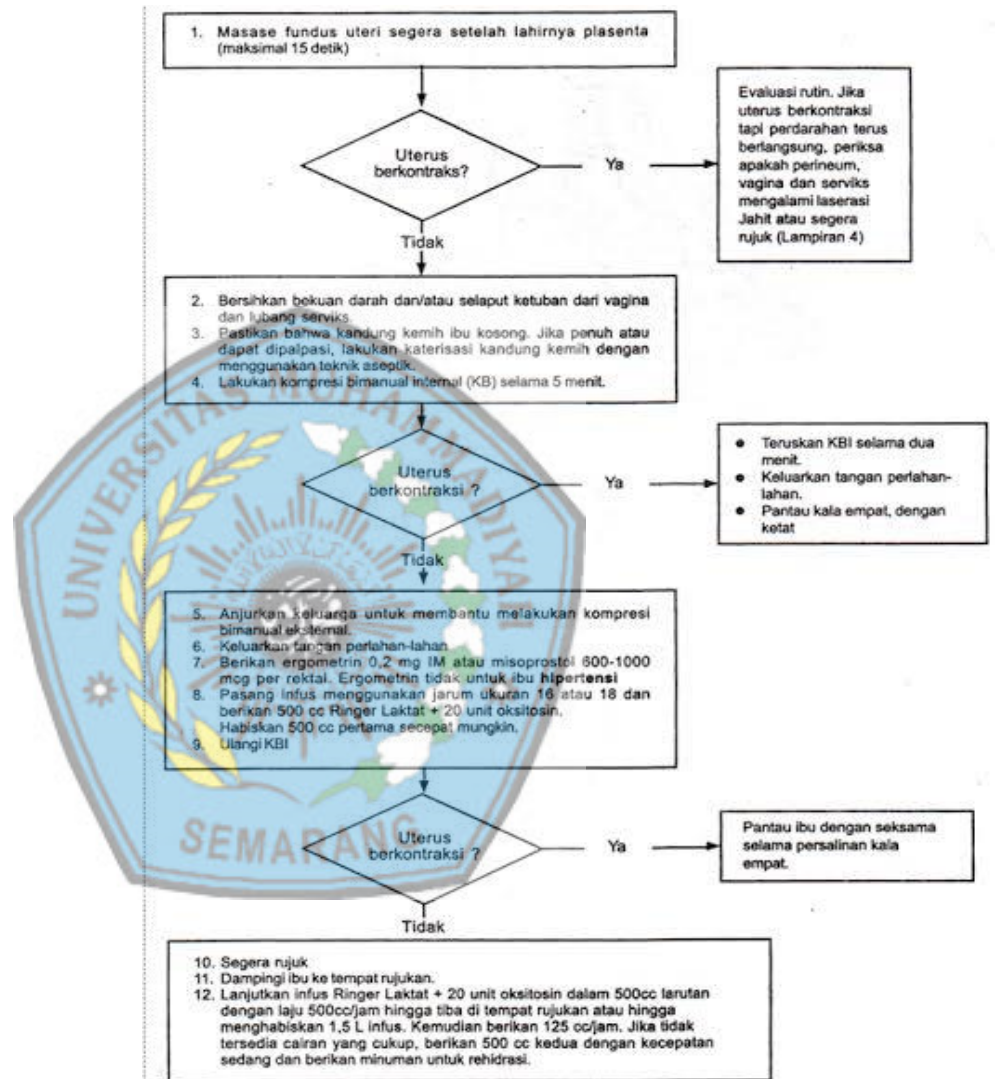
Cara pemasangan condom cateter :

- 1) Siapkan alat (kondom,benang,kateter DC no 24, jegul, klem ovarium, spekulum sim 2 buah sarung tangan, infus set, cairan, bengkok)
- 2) Posisikan ibu dengan posisi lithotomi
- 3) Masukkan kateter kedalam kondom dan ikat dengan benang dengan ikatan yang kuat
- 4) Dengan bantuan spekulum sim dan clem ovarium, masukkan kondom kateter kedalam cavum uteri
- 5) Bagian luar kateter disambungkan dengan ujung tali infus dan difiksasi dengan benang. Alirkan cair (normal salin) grojok melalui kateter kedalam kondom di cavum uteri sampai seluruh cavitas penuh yang ditandai dengan terhentinya aliran. Jika telah penuh, masukkan jegul kedalam vagina untuk menfiksasi. Observasi perdarahan dan kontraksi uterus selama pemasangan kondom kateter selama 24-48 jam sambil diberikan drip Oksitosin untuk mempertahankan kontraksi uterus (minimal 6 jam pasca tindakan) dan di berikan tripel regimen antibiotik

selama 7 hari (Amoxyllin 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 10-11 menit.

- k) Tetap berikan cairan infus sampai tiba ditempat rujukan.
 - a) Infus 500 ml pertama dengan Oksitosin 20 unit dihabiskan dalam waktu 10 menit
 - b) Berikan tambahan 500 ml/ jam hingga tiba ditempat rujukan atau hingga cairan yang diberikan mencapai 1,5 liter dan kemudian dilanjutkan dalam jumlah 125 cc/jam
 - c) Jika cairan infus tidak cukup masukkan lagi infus 500 ml (botol kedua) cairan infus dengan tetesan sedang dan ditambah dengan pemberian cairan secara oral untuk rehidrasi
 - d) Jika perdarahan terus berlangsung setelah dilakukan tindakan kompresi, lakukan ligase arteria uterine dan ovarika

- e) Jika tindakan tersebut diatas tetap tidak berhasil dan perdarahan mengancam nyawa lakukan tindakan histerektomi



Sumber : JNPK-KR, 2008: 112

Bagan 2 : 1

Penatalaksanaan Atonia Uteri

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Langkah Varney

Untuk studi kasus atonia uteri ini penulis mengacu pada pola pikir Varney karena metode varney metode dan pendekatannya dilakukan secara sistematis dan analitis sehingga akan memudahkan dalam memberikan pengarahan serta pemecahan masalah terhadap klien. Menurut Hellen Varney proses tersebut dikenal dengan tujuh langkah Varney yang dimulai dari pengumpulan data dasar dan di akhiri dengan evaluasi.

Adapun tujuh langkah Varney adalah sebagai berikut :

a) Langkah 1. Pengkajian data

Pada langkah Varney yang pertama ini yaitu mengumpulkan semua data serta informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data tersebut kita lakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus serta pemeriksaan penunjang (Varney , 2007).

Proses pengumpulan data menurut Varney terdiri dari data subyektif dan data obyektif yaitu :

1) Data Subyektif

Data yang didapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, informasi tersebut dapat ditemukan dengan informasi atau komunikasi (Asrinah, 2007)

2) Data Obyektif

Data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dan pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium (Asrinah dkk, 2007)

b) Langkah 2. Merumuskan diagnosa

Data dari hasil pengkajian (Interpretasi data) mencakup diagnose kebidanan, masalah dan kebutuhan. Adapun data dasar yang sudah dikumpulkan di interpretasikan 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 yaitu hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnosa (Varney, 2007)

3) Kebutuhan yaitu 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 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

Yaitu mengembangkan tindakan komperhensif yang ditentukan pada tahap sebelumnya, juga mengantisipasi diagnosa dan masalah kebidanan secara komperhensif 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 (Varney, 2007)

f) Langkah 6. Inplementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan yang menyeluruh seperti yang telah di uraikan pada langkah ke lima, dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan oleh bidan atau sebagian klien atau tenaga lainnya (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

Dalam memberikan asuhan lanjutan digunakan 7 langkah varney, sebagai catatan perkembangan dilakukan asuhan kebidanan SOAP didalam pendokumentasiannya. Menurut Varney dan Asrinah (2007) sistim pendokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP yaitu :

- a) S (Subyektif) : menggambarkan dan mendokumentasikan hasil pengumpulan data klien melalui anamnese sebagai langkah 1 Varney.
- b) O (Obyektif) : 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 subyektif dan obyektif suatu identifikasi

- d) P (Planning) : menggambarkan dan mendokumentasikan dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan pada assesment sebagai langkah 5,6 dan 7 Varney.

C. Hukum Kewenangan Bidan

Didalam menjalankan peran sebagai seorang bidan, fungsi dan tugasnya berdasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Adapun kewenangan tersebut sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan. Didalam melaksanakan tugasnya seorang bidan berkolaborasi, konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan gawat darurat bidan juga diberikan kewenangan memberikan pelayanan yang bertujuan untuk menyelamatkan jiwa pasien.

Berdasarkan Permenkes No 28 Tahun 2017 tentang kewenngan bidan yaitu pada pasal 18 : dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

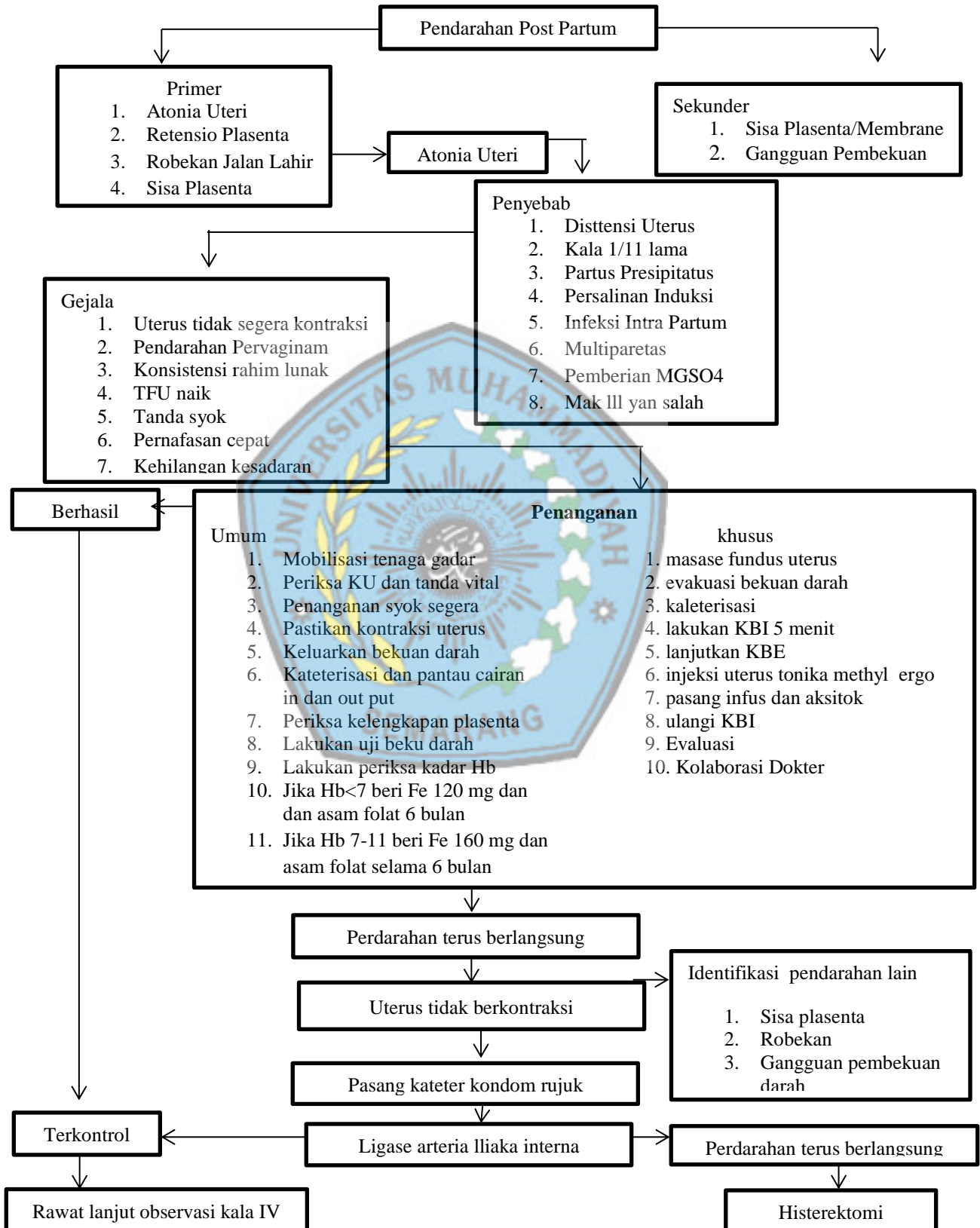
1. Pelayanan Kesehatan Ibu
 2. Pelayanan Kesehatan Anak
 3. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan keluarga berencana
- Pasar 19
1. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada pasal 18 huruf (a) diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, **masa persalinan**, **masa nifas**, masa menyusui, 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. Episiotomi
 - b. Pertolongan persalinan normal
 - c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
 - d. **Penanganan gawat darurat dilanjutkan dengan rujukan**
 - e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - g. Fasilitas atau bimbingan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) 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 post partum sesuai dengan kewenangan, kemampuan dan kondisi pasien yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa, yang selanjutnya dilakukan rujukan, sebab bila penanganan ini terlambat atau tidak tepat bisa menyebabkan ibu meninggal dunia.



2.1 . PATHWAY ATONIA UTERI



Sumber :

Manuba (2009),APN (2008), Buku Saku Kebidanan (2013), Ilmu kebidanan (2006),Praktis Layanan Maternal dan Neonatal (2002), SOP Puskesmas 2016

