BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TEORI MEDIS

1. Cairan amnion

Cairan amnion merupakan pelindung dan bantalan untuk proteksi sekaligus menunjang pertumbuhan. Osmolalitas, kadar natrium, ureum, kreatinin tidak berbeda dengan kadar pada serum ibu, artinya kadar dicairan amnion merupakan hasil difusi dari ibunya. Cairan amnion mengandung banyak sel janin (lanugo, vernik kaseosa). Fungsi cairan amnion yang juga penting ialah menghambat bakteri karena mengandung zat seperti fosfat dan seng (Prawirohardjo, 2010:155).

Cairan ketuban mempunyai peranan yang sangat penting bagi perkembangan dan pertumbuhan janin. Kelainan jumlah cairan ketuban dapat terjadi, dan seringkali merupakan pertanda yang paling awal terlihat pada janin yang mengalami gangguan. Di pihak lain, kelainan jumlah cairan ketuban dapat menimbulkan gangguan pada janin, seperti hipoplasia paru, deformitas janin, kompresi tali pusat, pertumbuhan janin terhambat (PJT), prematuritas, kelainan letak dan kematian janin. Oleh sebab itu, kelainan jumlah amnion yang terjadi oleh sebab apapun akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Wiknosastro, 2009:267).

http://repository.unimus.ac.id

a. Komposisi air ketuban

Air ketuban merupakan ultrafiltrasi dari plasma maternal dan dibentuk oleh sel amnionnya. Pada trimester II kehamilan, air ketuban dibentuk oleh difusi ekstraseluler melalui kulit janin sehingga komposisinya mirip dengan plasma janin. Selanjutnya, setelah trimester II, terjadi pembentukan zat tanduk kulit janin dan menghalangi difusi plasma janin sehingga sebagian besar air ketubannya dibentuk oleh:

1) Sel amnionnya
2) Air kencing janin

Ginjal janin mulai mengeluarkan urin sejak 12 minggu dan setelah mencapai usia 18 minggu sudah dapat mengeluarkan urin sebanyak 7-14 cc/hari. Janin aterm mengeluarkan urin 27 cc/jam atau 650 cc dalam sehari (Manuaba, dkk, 2007:500)

Menurut Manuaba, dkk (2007:500) komposisi yang membentuk air ketuban adalah:

1) Bertambahnya air ketuban bukan merupakan kenaikan linier tetapi bervariasi sebagai berikut:
   a) Bertambah 10 cc, sampai usia 8 minggu
   b) Bertambah 60 cc, sampai usia 21 minggu
   c) Terjadi penurunan produksi sampai usia hamil 33 minggu
   d) Pertambahan tetap sampai usia aterm dan mencapai jumlah sekitar 800-1500 cc

http://repository.unimus.ac.id

e) Melewati usia kehamilan 42 minggu, terjadi penurunan sekitar 150 cc/minggu sehingga terjadi oligohidramnion

2) Setelah usia kehamilan melebihi 12 minggu, yang ikut membentuk air ketuban yaitu

a) Ginjal janin sehingga dijumpai:

(1) Urea

(2) Kreatinin

(3) Asam urat

b) Deskuamasi kulit janin

(1) Rambut lanugo

(2) Vernik kaseosa

c) Sekresi dari paru janin

d) Transudat dari permukaan amnion plasenta

Komposisinya mirip plasma maternal, komposisi umum air ketuban yaitu

(1) Air sekitar 99%

(2) Bahan sekitar organik 1%

(3) Berat jenis 1007-1008 gram

e) Hormonal atau zat mirip hormon dalam air ketuban

(1) *Epidermal Growth Faktor* (EGF) dan EGF *Like Growth Faktor* dalam bentuk *Transforming Growth Faktor* alfa. Fungsi kedua hormon ini ikut serta menumbuh-kembangkan paru janin dan sistem gastrointestinalnya.

http://repository.unimus.ac.id

(2) *Parathyroid Hormone-related Protein* (PTH-rP) dan endothelin-1 berfungsi untuk memberikan rangsangan pembentukan surfaktan yang sangat bermanfaat saat bayi mulai bernapas diluar kandungan.

Air ketuban dapat digunakan untuk melakukan evaluasi tentang kelainan kongenital janin, gangguan tumbuh kembang janin intrauteri, kematangan paru, kemungkinan terjadi infeksi intrauteri, asfiksia janin intrauteri-bercampur mekonium, cairan amnion diambil melalui amniosentesis.

3) Sirkulasi air ketuban janin

Sirkulasi air ketuban sangat penting artinya sehingga jumlahnya dapat dipertahankan dengan tetap. Pengaturannya dilakukan oleh tiga komponen penting sebagai berikut:

a) Produksi yang dihasilkan oleh sel amnion
b) Jumlah produksi air kencing
c) Jumlah air ketuban yang ditelan janin

Setelah trimester II sirkulasinya makin meningkat sesuai dengan tuanya kehamilan sehingga mendekati aterm mencapai 500 cc/hari.

(Manuaba, dkk, 2007:500)

http://repository.unimus.ac.id

2. Oligohidramnion

a. Pengertian

Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim (Sastrawinata, dkk, 2004:40).

Jika produksinya semakin berkurang, disebabkan beberapa hal diantaranya: insufisiensi plasenta, kehamilan post term, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalau banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri "oligohidramnion" dengan kriteria :

1) Jumlah kurang dari 500 cc
2) Kental
3) Bercampur mekonium

(Manuaba, dkk, 2007:500)

b. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obsrtuksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis (Khumaira, 2012:188).

Oligohidramnion harus dicurigai jika tinggi fundus uteri lebih rendah secara bermakna dibandingan yang diharapkan pada usia

http://repository.unimus.ac.id

gestasi tersebut. Penyebab oligohidramnion adalah absorpsi atau kehilangan cairan yang meningkat ketuban pecah dini menyebabkan 50 % kasus oligohidramnion, penurunan produksi cairan amnion yakni kelainan ginjal kongenital akan menurunkan keluaran ginjal janin obstruksi pintu keluar kandung kemih atau uretra akan menurunkan keluaran urin dengan cara sama (Rukiyah dan Yulianti, 2010:232). Sebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini (Marmi, ddk, 2011:111)

c. Patofisiologis

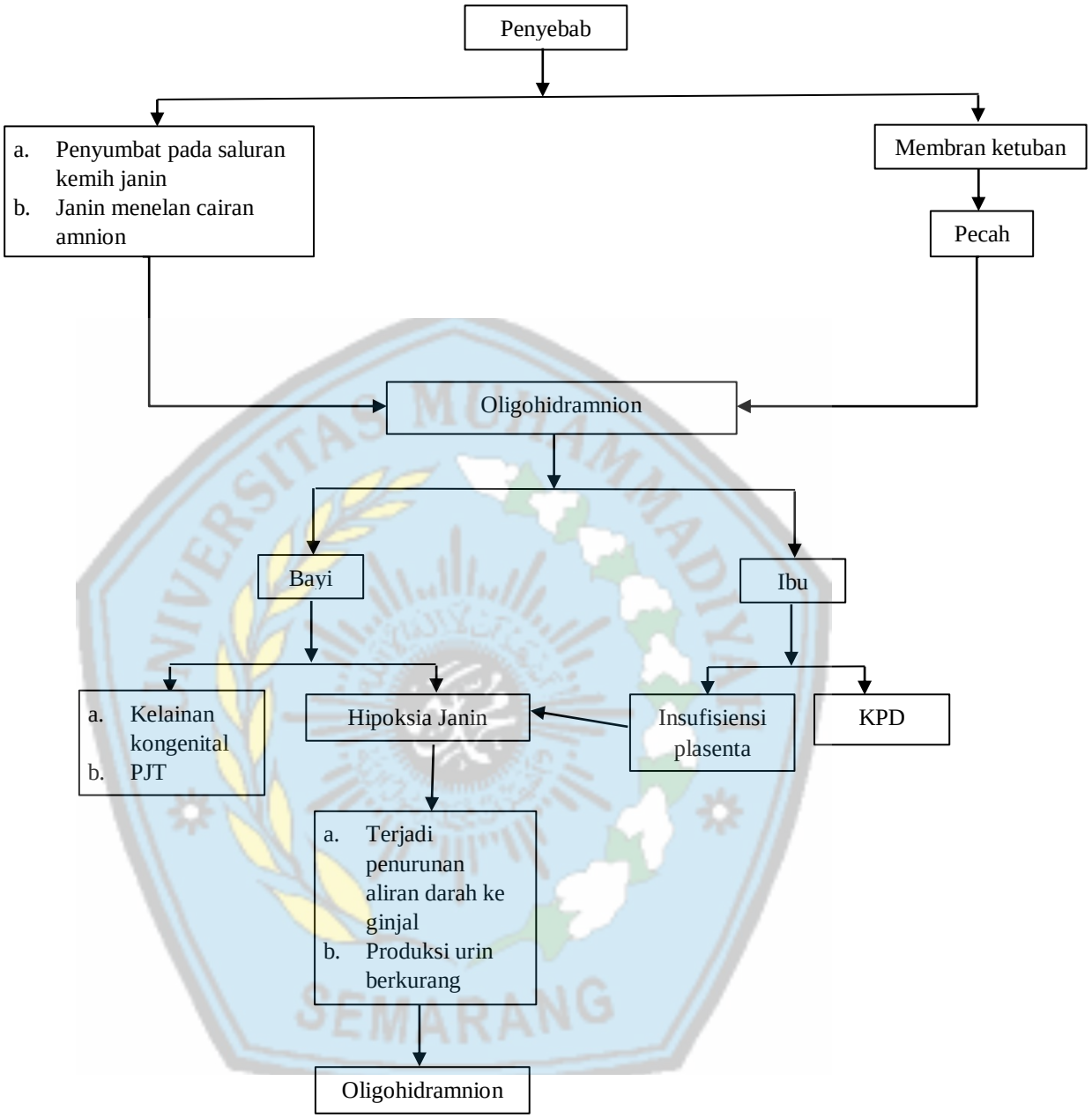
Pecahnya membran adalah penyebab paling umum dari oligohidramnion. Namun, tidak adanya produksi urine janin atau penyumbatan pada saluran kemih janin dapat juga menyebabkan oligohidramnion. Janin yang menelan cairan amnion, yang terjadi secara fisiologis, juga mengurangi jumlah cairan.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan *postterm*, insufiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom (Prawirohardjo, 2010:155).

http://repository.unimus.ac.id

Pada insufisiensi plasenta oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urin berkurang dan terjadi oligohidramnion (Prawirohardjo, 2010:269).

http://repository.unimus.ac.id



Bagan 2.1 Patofisiologis

Prawirohardjo, 2010:269

http://repository.unimus.ac.id

d. Komplikasi oligohidramnion

Menurut Manuaba, dkk. (2007:500) Komplikasi oligohidramnion dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Dari sudut maternal

Komplikasi oligohidramnion pada maternal tidak ada kecuali akibat persalinannya oleh karena:

a) Sebagian persalinannya dilakukannya dengan induksi

b) Persalinan dilakukan dengan tindakan secsio sesaria

Dengan demikian komplikasi maternal adalah trias komplikasi persalinan dengan tindakan perdarahan, infeksi, dan perlukaan jalan lahir.

2) Komplikasi terhadap janinya

a) Oligohidramnionnya menyebabkan tekanan langsung terhadapat janinnya:

(1) Deformitas janin adalah:

(a) Leher terlalu menekuk-miring

(b) Bentuk tulang kepala janin tidak bulat

(c) Deformitas ekstermitas

(d) Talipes kaki terpelintir keluar

(2) Kompresi tali pusat langsung sehingga dapat menimbulkan fetal distress

http://repository.unimus.ac.id

(3) Fetal distress menyebabkan makin terangsangnya nervus vagus dengan dikeluarkannya mekonium semakin mengentalkan air ketuban

(a) Oligohidramnion makin menekan dada sehingga saat lahir terjadi kesulitan bernapas karena paru-paru mengalami hipoplasia sampai atelektase paru

(b) Sirkulus yang sulit diatasinya ini akhirnya menyebabkan kematian janin intrauterin

b) *Amniotic band*

Karena sedikitnya air ketuban, dapat menyebabkan terjadinya hubungan langsung antara membran dengan janin sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin intrauterin. Dapat dijumpai ektermitas terputus oleh karena hubungan atau ikatan dengan membrannya.

e. Diagnosis oligohidramnion

Untuk mengetahui oligohidramnion dengan jelas dapat dilakukan tindakan "Amnioskopi" dengan alat khusus amnioskop.

Indikasi amnioskopi adalah:

1) Usia kehamilan sudah diatas 37 minggu
2) Terdapat preeklamsia-berat atau eklampsia
3) *Bad Obstetrics History*
4) Terdapat kemungkinan IUGR
5) Kelainan ginjal

http://repository.unimus.ac.id

6) Kehamilan *post date*

Hasil yang diharapkan adalah:

1) Kekeruhan air ketuban
2) Pewarnaan dengan mekonium

Komplikasi tindakan amnioskopi adalah:

1) Terjadi persalinan prematur
2) Ketuban pecah-menimbulkan persalinan prematur
3) Terjadi perdarahan-perlukaan kanalis servikalis
4) Terjadi infeksi asendens

Tehnik diagnosis oligohidramnion dapat mempergunakan Ultrasonografi yang dapat menentukan:

1) *Amniotic Fluid Index* (AFI) kurang dari 5 cm
2) AFI kurang dari 3 cm disebut *Moderate Oligohidramnion*
3) AFI kurang dari 2-1 cm disebut *Severe Oligohidramnion*

(Manuaba, dkk, 2007:501)

f. Gambaran klinis

Pada ibu yang mengalami oligohidramnion biasanya uterusnya akan tampak lebih kecil dari usia kehamilan, ibu merasa nyeri di perut pada setiap pergerakan anak, sering berakhir dengan partus prematurus, bunyi jantung anak sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas, persalinan lebih lama biasanya, sewaktu ada his akan sakit sekali, bila ketuban pecah air ketubannya sedikit sekali bahkan tidak

http://repository.unimus.ac.id

ada yang keluar dan dari hasil USG jumlah air ketuban kurang dari 500 ml (Rukiyah dan Yulianti, 2010:232-233).

g. Prognosis

Prognosis oligohidramnion tidak baik terutama untuk janin. Bila terjadi kehamilan muda akan mengakibatkan gangguan bagi pertumbuhan janin, bahkan bisa terjadi *foetus papyreceous*, yaitu picak seperti kertas karena tekanan-tekanan. Bila terjadi pada kehamilan lanjut akan terjadi cacat bawaan, cacat karena tekanan atau kulit menjadi tebal dan kering. Selain itu, dapat mengakibatkan kelainan *musculoskeletal* (Sistem otot) (Khumaira, 2012:189).

Oligohidramnion yang berkaitan dengan PPROM pada janin kurang dari 24 minggu dapat mengakibatkan terjadinya hipoplasia paru-paru. Ada tiga kemungkinan yang akan terjadi, yaitu:

1) Kompresi toraks, mengakibatkan pengembangan dinding dada dan paru-paru terhambat
2) Terbatasnya pernapasan janin menurunkan pengembangan paru-paru
3) Terganggunya produksi serta aliran cairan paru-paru berakibat pada pertumbuhan dan perkembangan paru-paru

(Khumaira, 2012:189).

h. Diagnosa banding

Menurut Sastrawinata dkk, (2005:41) diagnosa pada ibu yang mengalami oligohidramnion yaitu Ketuban pecah sebelum waktunya

http://repository.unimus.ac.id

i. Penatalaksanaan

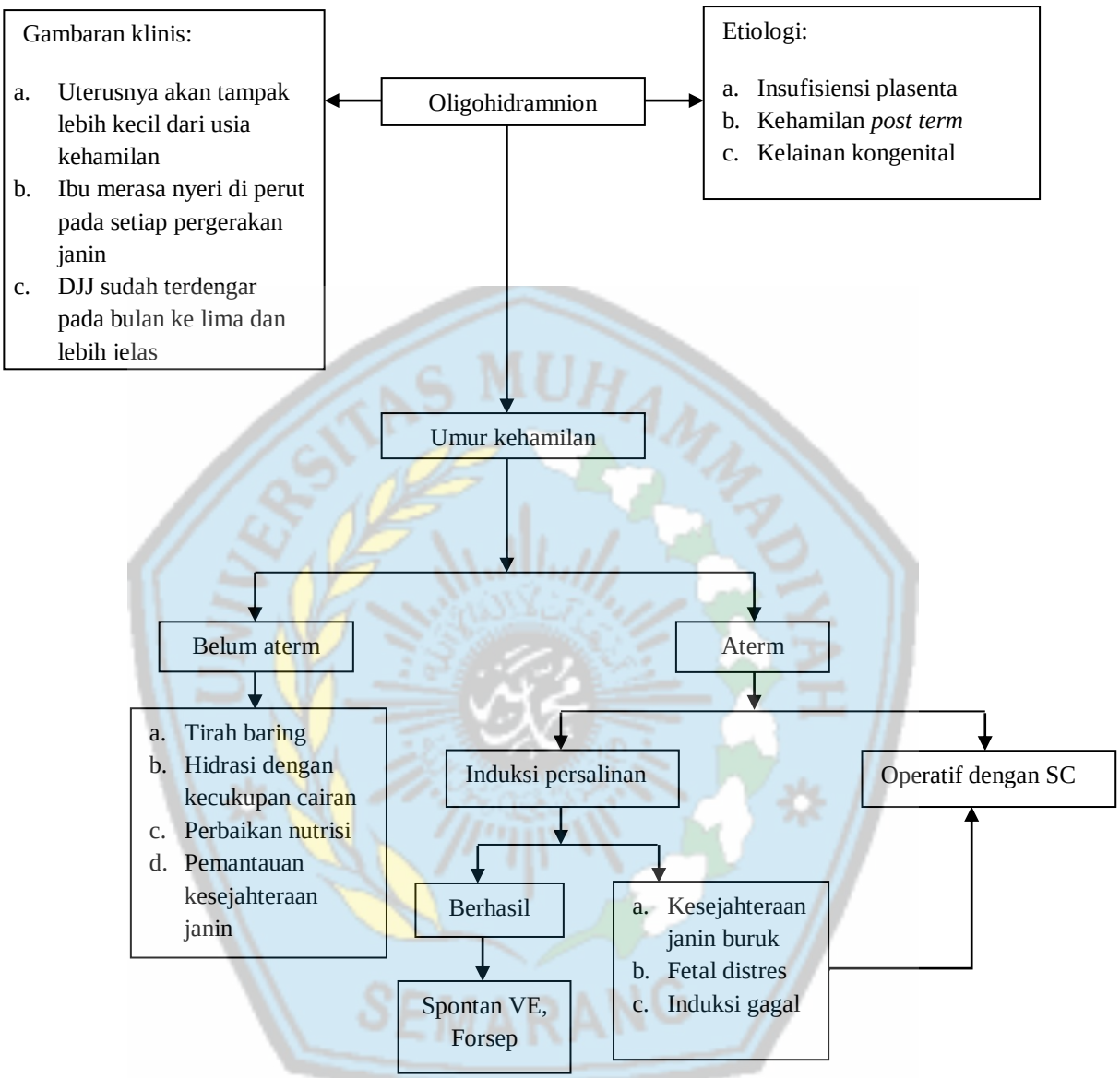
Penanganan oligohidramnion bergantung pada situasi klinik dan dilakukan pada fasilitas kesehatan yang lebih lengkap mengingat prognosis janin yang tidak baik. Kompresi tali pusat selama proses persalinan biasa terjadi pada oligohidramnion, oleh karena itu persalinan dengan sectio caesarea merupakan pilihan terbaik pada kasus oligohidramnion (Khumaira, 2012:189).

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010:233) Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

1) Tirah baring
2) Hidrasi dengan kecukupan cairan
3) Perbaikan nutrisi
4) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
5) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion

http://repository.unimus.ac.id

j. Pathway oligohidramnion



Bagan 2.1 Pathway Oligohidramnion

Sumber. Khumaira, 2012:188, Rukiyah, 2010: 232-233 dan Manuaba, dkk, 2007:500-501

http://repository.unimus.ac.id

3. Anemia dalam kehamilan

a. Pengertian

Anemia adalah kondisi ibu dengan jumlah protein sel darah merah dan zat pewarna merah pada darah kurang dari 11,7 g/dl. Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan jumlah protein sel darah merah dibawah 11 g/dl pada usia kehamialn 4-7 bulan. Jadi anemia bukan penyakit kurang darah tapi, kurangnya sel darah merah karena jumlah protein sel darah merah dan zat pewarna merah pada sel darah yang rendah (Arisman, 2007:50).

b. Penyebab

Menurut Marmi, dkk (2011:51) penyebab anemia yaitu:

1) Kurang gizi (malnutrisi)
2) Kurang zat besi dalam diet
3) Malabsorbsi
4) Kehilangan darah yang banyak: persalinan yang lalu, haid dll
5) Penyakit-penyakit kronis: Tbc. Paru, cacing usus, malaria, dll

Dalam kehamilan, jumlah darah bertambah (hiperemia/ hipervolumia) karena itu terjadi pengenceran darah karena sel-sel darah tidak sebanding pertambahannya dengan plasma darah. Pertandingan pertambahan tersebut adalah:

1) Plasma darah bertambah 30 %
2) Sel-sel darah bertambah 18 %
3) Hemoglobin bertambah 19 %

http://repository.unimus.ac.id

c. Klasifikasi anemia dalam kehamilan

Menurut Marmi (2011:53) klasifikasi anemia dalam kehamilan yaitu:

1) Anemia defisiensi besi

Anemia jenis ini biasanya berbentuk normositik dam hipokromik serta paling banyak dijumpai.

2) Anemia megaloblastik

Anemia megaloblastik biasanya berbentuk makrotik atau pernisiosa. Penyebabnya adalah karena kekurangan asam folik, jarang sekali akibat kekurangan vitamin B12, malnutrisi, dan infeksi yang krinok.

3) Anemia hipoplasti

Anemia hipoplasti disebabkan oleh hipofungsi sumsung tulang membentuk sel-sel darah merah baru. Untuk diagnosis diperlukan pemeriksaan:

a) Darah tepi lengkap

b) Pemeriksaan fungsi sternal

c) Pemeriksaan retikulosit

4) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan penghancuran atau pemecahan sel darah merah yang lebih cepat dari pembuatannya. Ini dapat disebabkan oleh:

a) Faktor intrakorpuskuler

b) Faktor ekstrapuskuler

http://repository.unimus.ac.id

d. Gejala anemia pada ibu ibu hamil

1) Pucat
2) Sering pusing
3) Lemah, lelah, lesu, lunglai
4) Nafas terengah-engah
5) Nyeri dada
6) Mata berkunang-kunang
7) Nafsu makan menurun dan mual muntah yang berlebihan

e. Faktor predisposisi anemia pada ibu hamil

Menurut Arisman (2007) faktor predisposisi anemia yaitu

1) Umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun

Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, mempunyai resiko yang tinggi untuk hamil. Karena akan membehayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, beresiko mengalami perdarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.

2) Paritas

Semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia artinya ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai resiko lebih besar untuk mengalami anemia dibanding yang paritas rendah.

http://repository.unimus.ac.id

3) Jarak kehamilanyang terlalu dekat

Salah satu penyebab yang dapat mempercepat terjadinya anemia pada wanita adalah jarak kelahiran pendek. Hal ini disebabkan kekurangan nutrisi yang merupakan mekanisme biologis dan pemulihan faktor hormonal dan adanya kecenderungan bahwa semakin dekat jarak kehamilan, maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia

4) Pengetahuan

Pengetahuan kesehatan reproduksi menyangkut pemahaman tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan, penyuluhan, tanda dan cara mengatasi anemia pada ibu hamil diharapkan dapat mencegah ibu hamil dari anemia. Semakin rendah pengetahuan kesehatan reproduksi, maka semakin tinggi angka kejadian anemia.

5) Pola makan

Mengkonsumsi tablet Fe gizi seimbang adalah pola konsumsi makan sehari-hari yang sesuai dengan kebutuhan gizi setiap individu untuk hidup sehat dan produktif. Agar sasaran keseimbangan gizi dapat tercapai, maka setiap orang harus mengkonsumsi minimal 1 jenis bahan makanan dari setiap golongan bahan makanan yaitu protein hewani dan nabati, sayuran, buah-buahan dan susu.

http://repository.unimus.ac.id

4. Induksi Persalinan

a. Pengertian

Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum impartu, baik secara operatif maupun medisinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Induksi persalinan berbeda dengan akselerasi persalinan, dimana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu (Wiknjosastro, dkk, 2005:73).

b. Indikasi

Menurut Wiknjosastro, dkk (2005:74) indikasi terhadap janin dan ibunya yaitu:

1) Indikasi janin
   a) Kehamilan lewat waktu
   b) Ketuban pecah dini
   c) Janin mati
2) Indikasi ibu
   a) Kehamilan dengan hipertensi
   b) Kehamilan dengan diabetes millitus

c. Kontra indikasi

Menurut Wiknjosastro, dkk (2005:74) kontra indikasi yaitu:

1) Malposisi dan malpresentasi janin
2) Insufisiensi plasenta (plasenta yang mengalami gangguan/ hambatan)

http://repository.unimus.ac.id

3) Disproporsi sefalopelvik
4) Cacat rahim, misalnya pernah mengalami seksio sesarea
5) Grande multipara
6) Gemelli
7) Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion
8) Plasenta previa

d. Syarat

Syarat-syarat pemberian infus oksitosin

1) Agar infus oksitosin berhasil dalam menginduksi persalinan dan tidak memberikan penyulit baik pada ibu maupun janin, maka diperlukan syarat-syarat sebagai berikut:
   a) Kehamilan aterm
   b) Ukuran panggul normal
   c) Tidak ada CPD (Disproporsi antara pervis dan janin)
   d) Janin dalam presentasi kepala
   e) Serviks sudah matang yaitu, porsio teraba lunak, mulai mendatar dan sudah mulai membuka
2) Untuk menilai serviks ini dapat juga dipakai Skor Bishop, yaitu bila nilai skor bishop lebih dari 8, induksi persalianan kemungkinann besar akan berhasil.

http://repository.unimus.ac.id

Tabel 2.1 Skor Pelvik Menurut Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan Serviks (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran serviks	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Penurunan kepala diukur dari bidang Hodge III (cm)	-3	-2	-1.0	+1+2
Konsistesi serviks	Keras	sedang	Lunak	
Posisi serviks	Ke belakang	Searah sumbu jalan lahir	Kearah depan	

(Wiknjosastro, dkk 2005:74-75)

e. Prosedur

Menurut Wiknjosastro, dkk (2005:75) Teknik infus oksitosin berencana sebagai berikut:

1) Semalam sebelum infus oksitosin, hendaknya penderita sudah tidur dengan nyenyak
2) Pagi harinya penderita diberikan obat pencahar
3) Infus oksitosin hendaknya dikerjakan pada pagi hari dengan observasi yang baik
4) Disiapkan cairan Dextrose 5% 500 ml yang diisi dengan 5 unit oksitosin
5) Cairan yang sudah mengandung 5 U oksitosin ini dialirkan secara intravena melalui saluran infus dengan jarung no. 20 G
6) Jarum suntik intravena dipasang pada vena di bagian volar lengan bawah

http://repository.unimus.ac.id

7) Timbulnya kontraksi rahim dinilai dalam setiap 30 menit. Bila dalam waktu 30 menit ini his tetap lemah, tetesan dapat dinaikan. Umumnya tetesan maksimal diperolehkan sampai mencapai kadar oksitosin 30-40 m UI permenit.

5. Seksio sesarea

a. Pengertian

Seksio sesarea merupakan suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Wiknjosastro, dkk 2005:133).

b. Jenis

1) Seksio sesarea klasik: pembedahan secara sanger
2) Seksio sesarea transperitoneal profunda (*supra servikalis = lower segmen caesarean section*)
3) Seksio sesarea diikuti dengan histerektomi (*caerarean hysterectomy* = seksio histerektomi)
4) Seksio sesarea ekstraperitoneal
5) Seksio sesarea vaginal

(Wiknjosastro, dkk 2005:133)

http://repository.unimus.ac.id

c. Indikasi

Menurut Wiknjosastro, dkk (2005:133-134) indikasi yaitu:

1) Indikasi ibu
   a) Panggul sempit
   b) Tumor-tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
   c) Stenosis serviks/vagina
   d) Plasenta previa
   e) Disproporsi sefalopelvik
   f) Ruptura uteri
2) Indikasi janin
   a) Kelainan letak
   b) Gawat janin

   Pada umumnya seksio sesarea tidak dilakukan pada:

   a) Janin mati
   b) Syok, anemia berat sebelum diatasi
   c) Kelainan kongenital berat (monster)
3) Prosedur

   Menurut Wiknjosastro, dkk (2005:134) tehnik seksio sesarea klasik :

   a) Mula-mula dilakukan desinfeksi pada dinding perut dan lapangan operasi dipersempit dengan kain steril

http://repository.unimus.ac.id

b) Pada dinding perut dibuat insisi mediana mulai dari atas simfisis ± 12 cm sampai di bawah umbilikus lais demi lapis hingga kavum peritoneal terbuka

c) Dalam rongga perut disekitar rahim dilingkari dengan kasa laparatomi

d) Dibuat insisi secara tajam dengan pisau pada segmen atas rahim (SAR), kemudian diperlebar secara sagital dengan gunting

e) Setelah kavum uteri terbuka, selaput ketuban dipecahkan. Janin dilahirkan dengan kepala dahulu dan mendorong fundus uteri. Setelah janin lahir seluruhnya, tali pusat dijepit dan dipotong diantara kedua jepitan

f) Plasenta dilahirkan secara manual. Disuntik 10 IU oksitosin secara Intra muskular

g) Luka insisi SAR dijahit kembali

Lapisan I : endometrium bersama miometrium dijahit secara jelujur dengan benang *catgut chromik*

Lapisan II : hanya miometrium saja dijahit secara simpul (berhubung otot SAR sangat tebal) dengan *catgut chromik*

Lapisan III: perimetrium saja, dijahit secara simpul dengan benang *catgut* biasa

http://repository.unimus.ac.id

h) Setelah dinding rahim selesai dijahit, kedua adneksa dieksplorasi

i) Rongga perut dibersihkan dari sisa-sisa darah dan akhirnya luka dinding perut dijahit

B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

1. Pengertian

Manajemen Kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (mufdlilah,et al. 2012:110).

2. Langkah-langkah manajemen kebidanan

Proses manajemen terdiri dari 7 langkah yaitu :

a. Langkah I (pertama) : Pengumpulan data dasar

Langkah pertama merupakan awal yang akan menentukan langkah berikutnya. Mengumpulkan data adalah menghimpun informasi tentang klien/orang yang meminta asuhan. Memilih informasi data diperlukan analisa suatu situasi yang menyangkut manusia yang rumit karena sifat manusia yang komplek. Pengumpulan data mengenai seseorang tidak akan selesai jika setiap informasi yang dapat diperoleh hendak dikumpulkan. Maka dari itu sebelumnya harus mempertanyakan : data apa yang cocok dalam situasi kesehatan seseorang pada saat bersangkutan. Data yang tepat

http://repository.unimus.ac.id

adalah data yang relevan dengan situasi yang sedang ditinjau. Data yang mempunyai pengaruh atas atau berhubungan dengan situasi yang sedang ditinjau Mufdlilah,el al. (2012:111).

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan penunjang (Walyani, 2015:167). Menurut Mufdlilah,el al. (2012:111) Tehnik pengumpulan data ada 3 yaitu :

1) Observasi

   Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (prilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), Pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), Penciuman (bau nafas, bau luka), Perabaan (suhu badan, nadi).

2) Wawancara

   Wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan.

3) Pemeriksaan

   Pemeriksaan dilakukan dengan memakai instrument/alat pengukur. Tujuannya untuk memastikan batas dimensi angka,

http://repository.unimus.ac.id

irama, kuantitas. Misalnya : tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter.

1) Riwayat obstetri

a) Riwayat menstruasi

Menanyakan riwayat menstruasi yang meliputi tentang menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya darah, disminorhea (nyeri haid), sifat darah, bau, warna, dan HPHT (Walyani, 2015:119).

b) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Walyani (2015:120-121) meliputi yaitu

(1) HPHT

Untuk mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan lahir.

(2) HPL

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery* [EDC]) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* [EDC]) dibeberapa tempat.

(3) Kehamilan yang ke-

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru

http://repository.unimus.ac.id

pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya.

(4) Tanda-tanda kehamilan (trimester I)

Pergerakan fetus belum dirasakan

(5) Keluhan yang dirasakan

Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan atau masalah pada kehamilannya.

c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas terdahulu yang meliputi: jumlah kehamilan, jumlah anak yang hidup, jumlah kelahiran premature, jumlah keguguran, persalinan dengan tindakan, riwayat perdarahan pada persalinan atau pasca persalinan, kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat bayi < 2,5 kg atau > 4 kg, masalah lain (Walyani, 2015:124-126).

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan dahulu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama (Walyani, 2015:126).

http://repository.unimus.ac.id

(1) Riwayat pembedahan

Kaji adanya pembedahan yang pernah dialami oleh klien, jenis pembedahan, kapan, oleh siapa dan dimana tindakan tersebut berlangsung

(2) Riwayat penyakit yang pernah diderita

Kaji adanya penyakit yang pernah dialami oleh klien (Aspiani,2017:110).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya (Walyani, 2015:126-127).

Anamnesis dan gejala klinis, riwayat terlambat haid, gejala dan tanda kehamilan muda, dapat ada atau tidak ada perdarahan per vaginam, ada nyeri perut kanan/kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum (Aspiani, 2017: 110).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Menanyakan riwayat kesehatan keluarga yang meliputi adakah penyakit menular atau penyakit keturunan/genetik (Walyani, 2015:127).

http://repository.unimus.ac.id

3) Kebiasaan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Menurut Walyani (2015:30) Pola nutrisi yang meliputi:

(1) Jenis makanan

Menanyakan jenis makanan apa yang biasa ia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4-0,8 mg/hari), kalori (ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 2300 kkal), protein (74 gr/hari), vitamin, dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium)

(2) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Anjurkan untuk makan dengan porsi sedikit namun sering

(3) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekuensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekuensi sering

(4) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan

http://repository.unimus.ac.id

b) Pola Eliminasi

Menurut Walyani (2015:132-133) Pada pola eliminasi meliputi:

(1) BAB (Buang Air Besar)

(a) Frekuensi

Tanyakan kepada klien apakah BAB nya teratur atau tidak

(b) Warna

Tanyakan kepada klien, apa warna fesesnya. (Normalnya feses berwarna kuning kecoklatan, coklat muda)

(c) Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah-masalah dalam eliminasi feses seperti yang telah disebutkan pada poin frekuensi diatas

(2) BAK (Buang Air Kecil)

(a) Frekuensi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia berkemih dalam sehari

(b) Warna

Tanyakan bagaimana warna urin klien

http://repository.unimus.ac.id

(c) Bau

Tanyakan kepada klien, bagaimana bau urinnya. Bau urin normal seperti bau Amonia (NH_3)

(d) Masalah

Tanyakan kepada klien, apakah ada masalah dalam proses eliminasi urin.

c) Personal hygiene

Menurut Walyani (2015:130-131) personal hygiene meliputi:

(1) Frekuensi mandi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia mandi

(2) Frekuensi gosok gigi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia menyikat gigi

(3) Frekuensi ganti pakaian

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia ganti pakaiannya

(4) Kebersihan vulva

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah terhadap daerah vulvanya

d) Aktivitas

Tanyakan kepada klien pola aktivitas klien. Anjurkan kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan dan olah raga yang berat.

http://repository.unimus.ac.id

Aktivitas harus dibatasi bila didapatkan penyulit karena dapat mengakibatkan persalinan premature, KPD (Ketuban Pecah Dini), dan sebagainya (Walyani, 2015:132).

e) Pola Istirahat

Menurut Walyani (2015:133) pola istirahat meliputi:

(1) Tidur siang

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan ibu untuk mencoba dan membiasakannya

(2) Tidur malam

Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jangan kurang dari 8 jam. Tidur malam merupakan waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung

(3) Masalah

Masalah klien dalam pola istirahat terutama tidur perlu ditanyakan karena mengingat wanita hamil perlu istirahat yang cukup untuk menjaga kehamilannya.

f) Seksualitas dan kontrasepsi

Mengkaji mengenai aktivitas seksual klien, jenis kontrasepsi yang pernah digunakan serta keluhan yang menyertainya (Aspiani, 2017:111).

http://repository.unimus.ac.id

4) Pemeriksaan fisik

Menurut Aspiani (2017:112-114) Dalam melakukan pemeriksaan fisik, metode yang digunakan adalah pemeriksaan *Head To Toe*. Pemeriksaan fisik secara *head to toe* pada klien meliputi: Keadaan umum, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi), kemudian pemeriksaan dari mulai kepala sampai ektermitas.

5) Pemeriksaan penunjang

b. Langkah II (kedua) : Interpretasi Data

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa atau masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hasil pengkajian (Walyani, 2015:168).

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu dibandingkan dengan standar. Standar adalah aturan/ ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama. Hambatan yang berpotensi tinggi menimbulkan masalah kesehatan (faktor resiko). Dalam bidang kebidanan pertimbangan butir-butir tentang profik

http://repository.unimus.ac.id

keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sakit dan kondisi fisiologis yang akhirnya menjadi faktor agen yang akan mempengaruhi status kesehatan orang bersangkutan (Mufdlilah,el al, 2012:111).

c. Langkah III (ketiga): Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi (Walyani, 2015:168).

d. Langkah IV (keempat): Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat.

http://repository.unimus.ac.id

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan Mufdlilah,el al. (2012:111).

e. Langkah V (kelima): Merencanakan asuhan yang komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga termasuk penegasan akan persetujuannya (Mufdlilah,el al, 2012:111).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah klien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan

http://repository.unimus.ac.id

rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melakukannya (Walyani, 2015:168).

f. Langkah VI (keenam): Melaksanakan dan penatalaksanaan.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan (Mufdlilah,el al, 2012:111).

g. Langkah VII (ketujuh): Evaluasi

Melakukan evaluasi hasil dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan diagnosa/masalah (Walyani, 2015: 169).

http://repository.unimus.ac.id

Manajemen kebidanan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan berikutnya (Mufdlilah,el al, 2012:111).

3. Metode Pendokumentasian SOAP

Menurut Pudiastuti (2012:48) Metode pendokumentasian SOAP yaitu

a. Subyektif (S)

Subyektif menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah 1 varney

b. Obyektif (O)

Obyek menggambarakan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laborat, dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 varney

c. Assesment (A)

Assesment menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi

1) Diagnosa/masalah
2) Antisipasi diagnosis/kemungkinan masalah
3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/ kolaborasi, dan atau perujukan sebagai langkah 2,3, dan 4 varney.

http://repository.unimus.ac.id

d. Planning (P)

Planning menggambarkan dokumentasi tingkatan (I) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan pengkajian langkah 5, 6, dan 7 varney. Alasan catatan SOAP sering digunakan untuk dokumentasi adalah sebagai berikut:

1) Pendokumentasian dengan metode SOAP berupa kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisasi penemuan dan kesimpulan sehingga terwujud rencana asuhan
2) Metode ini merupakan penyaringan proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan penyediaan dan pendokumentasian asuhan
3) Metode SOAP dapat membantu mengorganisasi pikiran sehingga dapat memberikan asuhan secara menyeluruh
4) SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis.

C. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

1. Pengertian

Lingkup praktek kebidanan adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab dan aktifitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan, kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya (Mufdlilah, et al. 2012:103).

http://repository.unimus.ac.id

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi dan tugasnya didasarkan pada kemampuan dan kewenangan yang diberikan. Kewenangan tersebut diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu melalui perubahan sesuai dengan kebutuhan dan perkembangan masyarakat, serta kebijakan pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Mufdlilah, et al. 2012:103).

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES /PER/X/2010.

   Pada pasal 9

   Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

   a. Pelayanan kesehatan ibu,
   b. Pelayanan kesehatan anak, dan
   c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

   Pada Pasal 10

   Ayat (1) disebutkan bahwa "Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf a diberikan pada masa prahamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

http://repository.unimus.ac.id

Ayat (2) pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

a. Pelayanan konseling pada masa pra hamil.
b. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
c. Pelayanan persalinan normal.
d. Pelayanan ibu nifas normal.
e. Pelayanan ibu menyusui.
f. Pelayanan konseling pada masa antara kehamilan.

Ayat (3) disebutkan bahwa "Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk :

a. Episiotomi.
b. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II.
c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
d. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil.
e. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
f. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu ekslusif.
g. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala III dan postpartum.
h. Penyuluhan dan konseling.
i. Bimbingan pada kelompok ibu hamil.
j. Pemberian surat keterangan kematian.
k. Pemberian surat keterangan cuti bersalin.

http://repository.unimus.ac.id

Pasal 11

Ayat (1) pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.

Ayat (2) bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk:

a. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
b. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
c. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
d. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.
e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah.
f. Pemberian konseling dan penyuluhan.
g. Pemberian surat keterangan kelahiran.
h. Pemberian surat keterangan kematian. Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hari) dan perawatan tali pusat.
i. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
j. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.

http://repository.unimus.ac.id

k. Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.

l. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita dan anak pra sekolah.

m. Pemberian konseling dan penyuluhan.

n. Pemberian surat keterangan kelahiran.

o. Pemberian surat keterangan kematian.

Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduski perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk:

a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

Pasal 13

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 10, pasal 11 dan pasal 12, bidan yang menjalankan program pemerintah berwenang melakukan pelayanan kesehatan meliputi:

a. Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit;

b. Asuhan antenatal terintegral dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan di bawah supervisi dokter;

c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan;

http://repository.unimus.ac.id

d. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja dan penyehatan lingkungan;
e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
f. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
g. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
h. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi;
i. Pelayanan kesehatan lain yang merupakan program pemerintah.

Dalam menjalankan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi konsultasi dan merujuk sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan dan kemampuannya. Dalam keadaan darurat bidan juga diberi wewenang pelayanan kebidanan yaitu yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa (Mufdlilah, et al. 2012:104).

http://repository.unimus.ac.id