

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. TINJAUAN MEDIS

##### 1. Kehamilan

###### a. Pengertian

Kehamilan adalah pertemuan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (sperma). Kehamilan lamanya 280 hari atau 40 minggu atau 10 bulan (*lunar month*). kehamilan yang berlangsung antara 23-36 minggu disebut kehamilan premature. Kehamilan yang berlangsung antara 37-42 minggu disebut kehamilan matur. Sedangkan bila kehamilan terjadi lebih dari 34 minggu disebut post matur. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari;

- 1) Ovulasi atau pelepasan ovum
- 2) Terjadi imigrasi sperma dan ovum
- 3) Terjadi konsepsi dan pertumbuhan zigot
- 4) Terjadi nidasi (implantasi pada uterus)
- 5) Terjadi pembentukan plasenta
- 6) Tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm

Menurut tuanya kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester) yaitu

:

- 1) Kehamilan trimester pertama : 0-12 minggu
- 2) Kehamilan trimester kedua : 12-28 minggu
- 3) Kehamilan trimester ketiga : 28-40 minggu

(Mughtar, Rustam, Sinopsis Obstetri)

###### b. Adaptasi Perubahan Fisiologis Kehamilan

Hampir seluruh tubuh wanita mengalami perubahan, terutama pada alat kandungan, dan juga organ lainnya. Adapun perubahan itu terjadi pada :

### 1) Perubahan sistem Reproduksi

Estrogen dan progesterone diduga utama dalam pertumbuhan uterus akibat hiperplasia (peningkatan jumlah sel), Selama berbulan-bulan awal kehamilan. Pertumbuhan ini tidak dipengaruhi oleh efek mekanis embrio yang berkembang. Pertumbuhan ini membuat dinding uterus semakin kuat, bukan melemah. Karena jumlah sel otot semakin meningkat disertai peningkatan jumlah jaringan elastic dan jaringan fibrosa. Oleh karena itu pembesaran uterus terjadi karena ada kombinasi antara hipertrofi (peningkatan ukuran sel) dan pengaruh mekanis tekanan interior terhadap dinding uterus seiring perkembangan janin didalam kandungan. Selama bulan-bulan pertama kehamilan, terjadi peningkatan pembuluh darah dan pembuluh limfe uterus. Pertumbuhan dimulai setelah implantasi dengan proses hiperplasi dan hipertrofi sel. Hal ini terjadi akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron. Penyebab pembesaran uterus antara lain:

- a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah;
- b) Hiperplasia dan hipertrofi, dan
- c) Perkembangan desidua

Uterus bertambah berat sekitar 70 – 1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai umur kehamilan aterm adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas > 4000 cc. Perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain: bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk bujur telur. Rahim yang tidak hamil/rahim normal sebesar telur ayam, pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur bebek dan umur 3 bulan kehamilan sebesar telur angsa.

Selama kehamilan, dinding-dinding otot rahim menjadi kuat dan elastis. Fundus pada servik mudah fleksi disebut

tanda *Mc Donald*. Korpus uteri dan servik melunak dan membesar pasca umur kehamilan minggu ke 8 yang disebut tanda *Hegar*. Sedangkan posisi rahim pada awal kehamilan adalah antefleksi atau retrofleksi, pada umur kehamilan 4 bulan kehamilan rahim berada dalam rongga pelvis dan setelahnya memasuki rongga perut.

Tinggi fundus uteri selama kehamilan:

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari di atas simpisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus

## 2) Perubahan sistem Kardiovaskuler

Perubahan hemodinamik memudahkan system kardiovaskuler pada ibu memenuhi kebutuhan janin sambil mempertahankan status kardiovaskulernya sendiri. Volume darah total ibu meingkat sekitar 30- 50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar. Volume darah total merupakan kombinasi volume plasma yang meningkat 75% dan volume sel darah merah yang meningkat 33%. Dari nilai sebelum hamil. Semua ini menyebabkan hemodilusi, yang terlihat pada kadar hematokrit rendah, yang dikenal dengan anemia fisiologis pada kehamilan yang terjadi pada usia kehamilan 24-32 minggu. Peningkatan volume darah total dimulai pada awal trimester yang pertama, yang kemudian meningkat pesat pada pertengahan kehamilan dan kemudian melambat hingga umur

kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relative stabil.

Pada akhir kehamilan memposisikan wanita pada posisi telentang dapat menyebabkan uterus yang sekarang berat dan berat dengan cepat menekan aliran balik vena sampai membuat pengisian jantung menurun. Pada 10% wanita hal ini dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hal ini dapat diatasi dengan wanita tersebut berbaring miring atau duduk.

### 3) Ginjal

Ada perubahan signifikan pada sistem ginjal selama kehamilan. Yang memungkinkan organ wanita bukan hanya mengeliminasi zat sisa dan kelebihan yang dihasilkan akibat peningkatan volume darah dan curah jantung juga sistem metabolisme, tetapi juga menjadi organ utama yang mengekskresi produk sisa dari janin. Selain itu ginjal juga sangat penting sebagai media yang meretensi natrium dan mempertahankan keseimbangan selama kehamilan serta mempertahankan tekanan darah arteri melalui sistem rennin-angiotensi. Semua komponen dalam sistem tersebut yang dihasilkan baik dari ibu maupun dari janin mengalami peningkatan pada kehamilan normal. Hal ini sebagian disebabkan oleh tingginya kadar estrogen. Pada normal berkemih wanita yang tidak hamil pada siang hari berkebalikan dengan pada wanita yang hamil. Wanita yang hamil mengumpulkan cairan (air dan natrium) selama siang hari dalam bentuk edema dependen akibat tekanan uterus pada pembuluh darah panggul dan vena kava inferior dan kemudian mengekskresi cairan tersebut pada malam hari (nokturia) melalui kedua ginjal ketika wanita berbaring, terutama pada posisi lateral kiri. Akibat yang ditimbulkan antara lain adalah

peningkatan resiko infeksi saluran kemih pada saat hamil dan pasca partum, frekuensi berkemih bertambah, cenderung terjadi glikosuria, proteinuria.

#### 4) Sistem Pernafasan

System pernafasan ibu mengangkut oksigen kemudian membuang kabondioksida dari janin, serta menyediakan energy untuk sel-sel ibu itu sendiri janin dan plasenta.faktor faktor yang mempengaruhi perubahan pulmonal meliputi pengaruh hormonal dan perubahan mekanis.Perubahan mekanis meliputi elevasi posisi istirahat diafragma kurang lebih 4 cm, peningkatan 2 cm transversal saat sudut subkostal dan iga bawah melebar, serta lingkaran toraks melingkar kurang lebih 6 cm. semua perubahan ini disebabkan oleh pembesaran uterus akibat tekanan keatas. Pengaruh hormonal estrogen terhadap enggogement kapiler melalui saluran pernafasan dan efek progesterone terhadap relaksasi otot polos bronkiol dan relaksasi otot serta kartilago pada region toraks

#### 5) Sistem Pencernaan

Perubahan pada saluran cerna memungkinkan pengangkutan nutrien untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin dan perubahan ini dibawah pengaruh hormone dan mekanis. Estrogen menyebabkan aliran darah kemulut sehingga gusi menjadi rapuh, dan dapat menimbulkan gingivitis. Hal ini juga dapat mendorong ibu memperhatikan perawatan gigi dan mulut. Tetapi bukannya karena ia akan kehilangan kalsium. Saliva menjadi lebih asam tetapi jumlahnya tidak meningkat.

Tonus pada sfingter oesofagus bagian bawah melemah dibawah pengaruh progesterone yang menyebabkan relaksasi otot polos. Pergeseran diafragma dan penekanan akibat pembesaran uterus yang diperburuk oleh hilangnya tonus sfingter menyebabkan reflex dan nyeri ulu hati. Kerja progesterone pada otot

polos mentebabkan lambung hipotonus disertai penurunan motilitas dan waktu pengosongan yang memanjang. Semua perubahan ini dialami seluruh saluran usus halus. Efek progesteron menjadi lebih jelas seiring kemajuan kehamilan dan peningkatan kadar progesterone. Yang berefek memperpanjang lama absorbs nutrient, mineral dan obat-obatan. Perubahan pada traktus gastro intestinal terutama disebabkan oleh relaksasi otot polos. Keadaan ini dipicu oleh tingginya kadar Progesteron selama kehamilan. Relaksasi sfingter oesophageus menyebabkan regurgitasi asam lambung sehingga menyebabkan keluhan panas didada ( heartburn ). Sekresi dan motilitas lambung menurun sehingga pengosongan lambung terhambat, keadaan ini menyebabkan pencernaan semakin efisien namun menyebabkan rasa mual. Motilitas usus halus menurun sehingga absorpsi akan berlangsung lebih lama. Motilitas usus besar menurun sehingga absorpsi lebih lama namun menyebabkan obstipasi

c. Tanda bahaya kehamilan

1) Hiperemesis

Adalah gejala mual dan muntah yang berlebihan pada ibu hamil. Dapat berlangsung sampai usia kehamilan 4 bulan dan keadaan umum menjadi buruk. Etiologi belum diketahui secara pasti. Dibagi menjadi 3 tingkatan menurut beratnya gejala yang timbul yaitu :

a) HEG tingkat 1

Muntah terus menerus, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan turun, nyeri epigastrium, Nadi meningkat sekitar 100x/menit, Tekanan darah turun, Turgor kulit berkurang, lidah mengering, mata cekung.

b) HEG tingkat 2

Ibu lebih lemah dan apatis, turgor kulit lebih mengurang, lidah mengering dan nampak kotor, nadi rendah dan cepat, suhu tubuh kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit ikterus, BB dan TD turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi, ditemukan aseton pada air kencing.

c) HEG tingkat 3

Keadaan umum lebih parah, Muntah berhenti, Kesadaran menurun dari somnolen sampai koma, Nadi kecil dan cepat Suhu meningkat, TD dan BB turun, Ensefalopati Wernicke dengan gejala nistagmus, diploopia dan perubahan mental.

2) Perdarahan

Penyebab perdarahan pada ibu hamil antara lain:

- a) Abortus
- b) Placenta Previa
- c) Solutio Placenta
- d) Kehamilan Ektopik

3) Anemi

Anemia adalah kekurangan kadar hemoglobin atau sel darah merah  $< 11 \text{ gr } \%$  atau suatu keadaan dengan jumlah eritrosit yang beredar atau konsentrasi hemoglobin menurun (Maimunah 2005).

Ibu hamil dikatakan anemia jika hemoglobin darahnya kurang dari  $11 \text{ gr } \%$ . Bahaya anemia pada ibu hamil tidak hanya berpengaruh pada keselamatan dirinya saja, tetapi juga pada janin yang dikandungnya. Penyebab paling umum dari anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi, hal ini penting dilakukan pemeriksaan untuk anemia pada kunjungan pertama kehamilan bahkan jika tidak mengalami anemia pada saat kunjungan pertama, masih mungkin terjadi anemia untuk kunjungan berikutnya.

Anemia juga disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan yang mengandung zat besi atau adanya gangguan penyerapan zat besi dalam tubuh (Manuaba, 2001).

Klasifikasi Anemi dalam kehamilan ;

a) Anemia Defisiensi Besi

Untuk menegakan diagnosa Anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Padapemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sachli, dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III. Hasil pemeriksaan Hb dengan sachli dapat digolongkan sebagai berikut:

1. Hb 11 gr% : Tidak anemia
2. Hb 9-10 gr% : Anemia ringan
3. Hb 7 – 8 gr% : Anemia sedang
4. Hb < 7 gr% : Anemia berat

b) Anemia Hipoplastik

Adalah anemia yang disebabkan oleh hipofungsi sumsum tulang, membentuk sel darah merah baru.

c) Anemia hemolitik

Disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.

d) Anemia megaloblastik

Anemia karena defisiensi asam folik, jarang sekali karena defisiensi vitamin B12 Hal ini erat hubungannya dengan defisiensi makanan.

4) Pre Eklamsi atau Eklamsi

Preeklamsia adalah sebuah komplikasi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi (hipertensi) dan tanda-



tanda kerusakan organ, misalnya kerusakan ginjal yang ditunjukkan oleh tingginya kadar protein pada urine (proteinuria). Preeklamsia juga sering dikenal dengan nama toksemia atau hipertensi yang diinduksi kehamilan.

Gejala preeklamsia biasanya muncul saat usia kehamilan memasuki minggu ke-20 atau lebih (paling umum usia kehamilan 24-26 minggu), sampai tak lama setelah bayi lahir. Preeklamsia yang tidak disadari oleh sang ibu hamil bisa berkembang menjadi eklamsia, kondisi medis serius yang mengancam keselamatan ibu hamil dan janinnya.

## 2. Pengertian IUGR

IUGR (*Intra uterine Growth Retiction* adalah berat badan bayi baru kurang dari persentil 10 untuk usia kehamilan bayi, dalam artian bayi baru lahir berukuran lebih kecil dengan usia kehamilannya (Pranoto, Ibnu dkk. 2012 ).

## 3. Klasifikasi IUGR

Menurut Harper T. klasifikasi IUGR / PJT adalah:

- a. IUGR tipe I atau dikenal juga sebagai tipe simetris. Terjadi pada kehamilan 0-20 minggu, terjadi gangguan potensi tubuh janin untuk memperbanyak sel (hiperplasia), umumnya disebabkan oleh kelainan kromosom atau infeksi janin. prognosisnya buruk.
- b. IUGR tipe II atau dikenal juga sebagai tipe asimetris. terjadi pada kehamilan 24-40 minggu, yaitu gangguan potensi tubuh janin untuk memperbesar sel (hipertropi), misalnya pada hipertensi dalam kehamilan disertai insufisiensi plasenta. Prognosisnya baik.
- c. IUGR tipe III adalah kelainan diantara dua tipe diatas. Terjadi pada kehamilan 20-28 minggu, yaitu gangguan potensi tubuh kombinasi antara gangguan hiperplasia dan hipertropi sel. Misalnya dapat terjadi pada malnutrisi ibu, kecanduan obat, atau keracunan.

#### 4. Penyebab IUGR

Penyebab IUGR dibedakan menjadi 3 faktor, yaitu:

- a. Maternal/ibu seperti: Tekanan darah tinggi, riwayat Diabetes mellitus, penyakit jantung dan pernafasan, malnutrisi dan anemia, pecandu alkohol, obat-obatan tertentu dan perokok.
- b. Uterus dan plasenta : penurunan aliran darah dari uterus ke plasenta, plasenta abruption , plasenta previa, infark plasenta.
- c. Factor janin antara lain : janin kembar, penyakit infeksi, kelainan kongenital, kelainan kromosom, pajanan teratogen (Cunningham, Gary, dkk.2006 ).

#### 5. Manifestasi Klinis

Bayi-bayi yang dilahirkan dengan IUGR biasanya tampak kurus, pucat, dan berkulit keriput. Tali pusat umumnya tampak rapuh dan layu dibanding pada bayi normal yang tampak tebal dan kuat. IUGR muncul sebagai akibat dari berhentinya pertumbuhan jaringan atau sel. Hal ini terjadi saat janin tidak mendapatkan nutrisi dan oksigenasi yang cukup untuk perkembangan dan pertumbuhan organ dan jaringan, atau karena infeksi. Meski pada sejumlah janin, ukuran kecil untuk masa kehamilan bisa diakibatkan karena faktor genetik (kedua orangtua kecil), kebanyakan kasus IUGR atau Kecil Masa Kehamilan (KMK) dikarenakan karena faktor-faktor lain.

IUGR dapat terjadi kapanpun dalam kehamilan. IUGR yang muncul sangat dini sering berhubungan dengan kelainan kromosom dan penyakit ibu. Sementara, IUGR yang muncul terlambat (>32 minggu) biasanya berhubungan dengan problem lain. Pada kasus IUGR, pertumbuhan seluruh tubuh dan organ janin menjadi terbatas. Ketika aliran darah ke plasenta tidak cukup, janin akan menerima hanya sejumlah kecil oksigen, ini dapat berakibat denyut jantung janin menjadi abnormal, dan janin berisiko tinggi mengalami kematian (Harper T.,2008 ).

## 6. Faktor resiko

### a. Ibu yang secara konstitusional kecil

Wanita berpostur kecil biasanya memiliki bayi yang lebih kecil. Tidak jelas apakah fenomena ibu kecil melahirkan bayi kecil bersifat alami atau karena lingkungan, tetapi lingkungan yang disediakan oleh ibu lebih penting dalam menentukan berat badan lahir dari pada kontribusi genetiknya. Pada wanita yang berat badannya rata-rata atau rendah, kurangnya peningkatan berat selama kehamilan mungkin berkaitan dengan hambatan pertumbuhan janin. Akan tetapi, jika ibu yang bersangkutan bertubuh besar dan sehat, penambahan berat yang kurang dari rata-rata tanpa penyakit ibu, kecil kemungkinan dengan hambatan pertumbuhan janin yang signifikan (Manuaba dkk, 2007).

### b. Deprivasi sosial

Efek deprivasi sosial pada berat badan lahir berkaitan dengan efek faktor gaya hidup yang menyertainya seperti merokok, penyalahgunaan alkohol dan zat lain, dan kurang gizi. Wanita yang paling mengalami deprivasi sosial memiliki bayi paling kecil dan tidak adanya sumber daya psikososial, meningkatkan resiko hambatan pertumbuhan pada janin (Pranoto, Ibnu dkk. 2012).

### c. Penyakit Medis pada Ibu

Penyakit vaskular kronis, terutama jika diperberat oleh adanya preeklamsia sering menyebabkan hambatan pertumbuhan. Preeklamsia itu sendiri juga dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan janin, terutama jika kehamilannya sebelum 37 minggu. Penyakit ginjal dapat disertai oleh hambatan pertumbuhan janin. Janin dari wanita dengan penyakit jantung sianotik sering mengalami hambatan pertumbuhan yang parah. Pada sebagian besar kasus, anemia tidak menyebabkan hambatan pertumbuhan. Pengecualiannya antar lain adalah anemia sel sabit atau anemia

herediter lain yang berkaitan dengan penyakit serius pada ibu (Harper T., 2008).

d. Kelainan plasenta dan tali pusat

Solusio plasenta parsial kronis, infark luas, atau korioangioma cenderung menyebabkan hambatan pertumbuhan janin. Insersi marginal tali pusat dan terutama insersi velamentosa lebih besar kemungkinannya disertai oleh hambatan pertumbuhan janin (Khazima,2011).

e. Janin Multipel

Kehamilan dengan dua atau lebih janin lebih besar kemungkinannya mengalami penyulit hambatan pertumbuhan satu atau lebih janin dibandingkan dengan kehamilan tunggal. Memang, hambatan pertumbuhan dilaporkan terjadi pada 10 sampai 15 persen janin kembar (Resnik R.,2003 ).

f. Kehamilan ekstrauterus

Janin yang tumbuh diluar uterus biasanya mengalami hambatan pertumbuhan. Malformasi uterus ibu juga diaporkan berkaitan dengan gangguan pertumbuhan janin (Khazima,2011).

7. Mortalitas dan Morbiditas

Pertumbuhan janin terhambat berkaitan dengan mortalitas dan morbiditas. Kematian janin, asfiksia lahir, aspirasi mekonium, serta hipoglikemia janin meningkat, demikian juga prevalensi kelainan perkembangan saraf. Hal ini berlaku baik bagi bayi aterm maupun prematur. Pertumbuhan dan perkembangan pascanatal pada janin dengan hambatan pertumbuhan bergantung pada kausa hambatan, gizi selama masa bayi, dan lingkungan sosial. Bayi dengan hambatan pertumbuhan akibat faktor konstitusional ibu, kromosom, virus atau kongenital akan tetap kecil seumur hidupnya. Mereka yang mengalami hambatan pertumbuhan *in utero* akibat insufisiensi plasenta sering dapat tumbuh mengejar ketertinggalannya setelah lahir mendekati potensi pertumbuhan herediternya jika berada di lingkungan yang

optimal. Demikian juga, prognosis perkembangan neurologis pada bayi dengan hambatan pertumbuhan dipengaruhi oleh lingkungan pascanatal. Bayi demikian yang lahir dari keluarga dengan tingkat sosioekonomi tinggi lebih jarang mengalami masalah perkembangan selama tindak lanjut (Resnik R.,2003).

#### 8. Diagnosis

Menurut Resnik R. diagnosis IUGR dapat ditegakkan dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

##### a. Faktor Ibu

Ibu hamil dengan penyakit hipertensi, penyakit ginjal dan kardiopulmonal dan pada kehamilan ganda.

##### b. Tinggi Fundus Uteri

cara ini sangat mudah, murah, aman, dan baik untuk diagnosa pada kehamilan kecil. Caranya dengan menggunakan pita pengukur yang di letakkan dari simpisis pubis sampai bagian teratas fundus uteri. Bila pada pengukuran di dapat panjang fundus uteri 2 (dua) atau 3 (tiga) sentimeter di bawah ukuran normal untuk masa kehamilan itu maka kita dapat mencurigai bahwa janin tersebut mengalami hambatan pertumbuhan.

Berat badan penting diukur sebelum proses persalinan mulai, gunanya untuk mengantisipasi kemungkinan penyulit kehamilan, persalinan seperti gangguan pertumbuhan bayi atau makrosomia (Bayi Besar). Berat badan janin secara sederhana dapat diukur dengan mempergunakan rumus diantaranya rumus Johnson Toshack. Rumus ini dihitung berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) yaitu jarak dari bagian atas tulang kemaluan (simfisis os pubis) ke puncak rahim (Fundus) dalam centimeter (cm) dikurangi 11, 12 atau 13, hasilnya dikali 155 didapatkan berat badan bayi dalam gram. Rumus Johnson Toshack :  $BB = (TFU - N) \times 155$   
Keterangan : BB = Berat badan janin dalam gram TF = Tinggi Fundus Uteri N = 13 bila kepala belum melewati PAP N = 12 bila

kepala berada di atas spina ischiadika N = 11 bila kepala berada di bawah spina ischiadika

Pada tahun 1990, Dare et al mengajukan suatu formula yang lebih sederhana untuk menghitung taksiran berat badan janin, yaitu perkalian antara SFH dengan AG.

Metode yang dipakai berupa pengukuran lingkaran perut ibu dalam centimeter kemudian dikalikan dengan ukuran fundus uteri dalam centimeter, maka akan didapat taksiran berat janin.

Metode ini dikenal dengan nama Formula Dare's.

$$TBBJ = FU \times AG$$

Keterangan : TBBJ = Taksiran Berat badan janin FU = Fundus Uteri AG = Lingkaran Perut Metode ini dianggap lebih mudah digunakan berbagai kalangan dan memiliki nilai bias yang minimal dibandingkan penggunaan tinggi symphysial-fundal.

c. USG Fetomaternal

Pada USG yang diukur adalah diameter biparietal atau *cephalometry* angka kebenarannya mencapai 43-100%. Bila pada USG ditemukan *cephalometry* yang tidak normal maka dapat kita sebut sebagai asimetris IUGR. Selain itu dengan lingkaran perut kita dapat mendeteksi apakah ada pembesaran organ intra abdomen atau tidak, khususnya pembesaran hati.

Tetapi yang terpenting pada USG ini adalah perbandingan antara ukuran lingkaran kepala dengan lingkaran perut untuk mendeteksi adanya asimetris IUGR.

d. Doppler Velocimetry

Dengan menggunakan Doppler kita dapat mengetahui adanya bunyi end-diastolik yang tidak normal pada arteri umbilicalis, ini menandakan bahwa adanya IUGR.

## 9. Penatalaksanaan

Langkah pertama dalam menangani IUGR adalah mengenali pasien-pasien yang mempunyai resiko tinggi untuk mengandung janin kecil. Langkah kedua adalah membedakan janin IUGR atau malnutrisi dengan janin yang kecil tetapi sehat. Langkah ketiga adalah menciptakan metode adekuat untuk pengawasan janin pada pasien-pasien IUGR dan melakukan persalinan di bawah kondisi optimal.

Untuk mengenali pasien-pasien dengan resiko tinggi untuk mengandung janin kecil, diperlukan riwayat obstetrik yang terinci seperti hipertensi kronik, penyakit ginjal ibu dan riwayat mengandung bayi kecil pada kehamilan sebelumnya. Selain itu diperlukan pemeriksaan USG. Pada USG harus dilakukan taksiran usia gestasi untuk menegakkan taksiran usia gestasi secara klinis. Kemudian ukuran-ukuran yang didapatkan pada pemeriksaan tersebut disesuaikan dengan usia gestasinya. Pertumbuhan janin yang suboptimal menunjukkan bahwa pasien tersebut mengandung janin IUGR. (Cunningham, Gary, dkk.2006 ).

Tatalaksana kehamilan dengan IUGR bertujuan suportif, karena tidak ada terapi yang paling efektif sejauh ini, adalah untuk melahirkan bayi yang sudah cukup usia dalam kondisi terbaiknya dan meminimalisasi risiko pada ibu. Tatalaksana yang harus dilakukan :

- 1) IUGR pada saat dekat waktu melahirkan. Yang harus dilakukan adalah segera dilahirkan
- 2) IUGR jauh sebelum waktu melahirkan. Kelainan organ harus dicari pada janin ini, dan bila kelainan kromosom dicurigai maka amniosintesis (pemeriksaan cairan ketuban) atau pengambilan sampel plasenta, dan pemeriksaan darah janin dianjurkan.
  - a) Tata laksana umum :
 

setelah mencari adanya cacat bawaan dan kelainan kromosom serta infeksi dalam kehamilan maka aktivitas

fisik harus dibatasi disertai dengan nutrisi yang baik. Tirah baring dengan posisi miring ke kiri, Perbaiki nutrisi dengan menambah 300 kal perhari, Ibu dianjurkan untuk berhenti merokok dan mengkonsumsi alkohol, Menggunakan aspirin dalam jumlah kecil dapat membantu dalam beberapa kasus IUGR Apabila istirahat di rumah tidak dapat dilakukan maka harus segera dirawat di rumah sakit. Pengawasan pada janin termasuk diantaranya adalah melihat pergerakan janin serta pertumbuhan janin menggunakan USG setiap 3-4 minggu.

b) Tata laksana khusus

pada IUGR yang terjadi jauh sebelum waktunya dilahirkan, hanya terapi suportif yang dapat dilakukan. Pada ibu hamil dengan penyakit kronis seperti jantung, gagal ginjal, hipertensi dan lain-lain perlu pengawasan dan pengobatan dari dokter spesialis. Apabila penyebabnya adalah nutrisi ibu hamil tidak adekuat maka nutrisi harus diperbaiki. Pada wanita hamil perokok berat, penggunaan narkotik dan alkohol, maka semuanya harus dihentikan.

c) Proses kelahiran

pematangan paru harus dilakukan pada janin prematur. Pengawasan ketat selama melahirkan harus dilakukan untuk mencegah komplikasi setelah melahirkan. Operasi caesar dilakukan apabila terjadi distress janin serta perawatan *intensif neonatal care* segera setelah dilahirkan sebaiknya dilakukan. Kemungkinan kejadian distress janin selama melahirkan meningkat pada IUGR karena umumnya IUGR banyak disebabkan oleh insufisiensi plasenta yang diperparah dengan proses melahirkan. (Gordon, JO., 2005).



## 10. Prognosis

Pada kasus-kasus IUGR yang sangat parah dapat berakibat janin lahir mati (*stillbirth*) atau jika bertahan hidup dapat memiliki efek buruk jangka panjang dalam masa kanak-kanak nantinya. Kasus-kasus IUGR dapat muncul, sekalipun sang ibu dalam kondisi sehat meskipun faktor-faktor kekurangan nutrisi dan perokok adalah yang paling sering. Menghindari cara hidup berisiko tinggi, makan makanan bergizi, dan lakukan kontrol kehamilan secara teratur dapat menekan risiko munculnya IUGR. Perkiraan saat ini mengindikasikan bahwa sekitar 65% wanita pada negara sedang berkembang paling sedikit memiliki kontrol 1 kali selama kehamilan pada dokter, bidan, atau perawat (Resnik R., 2003).

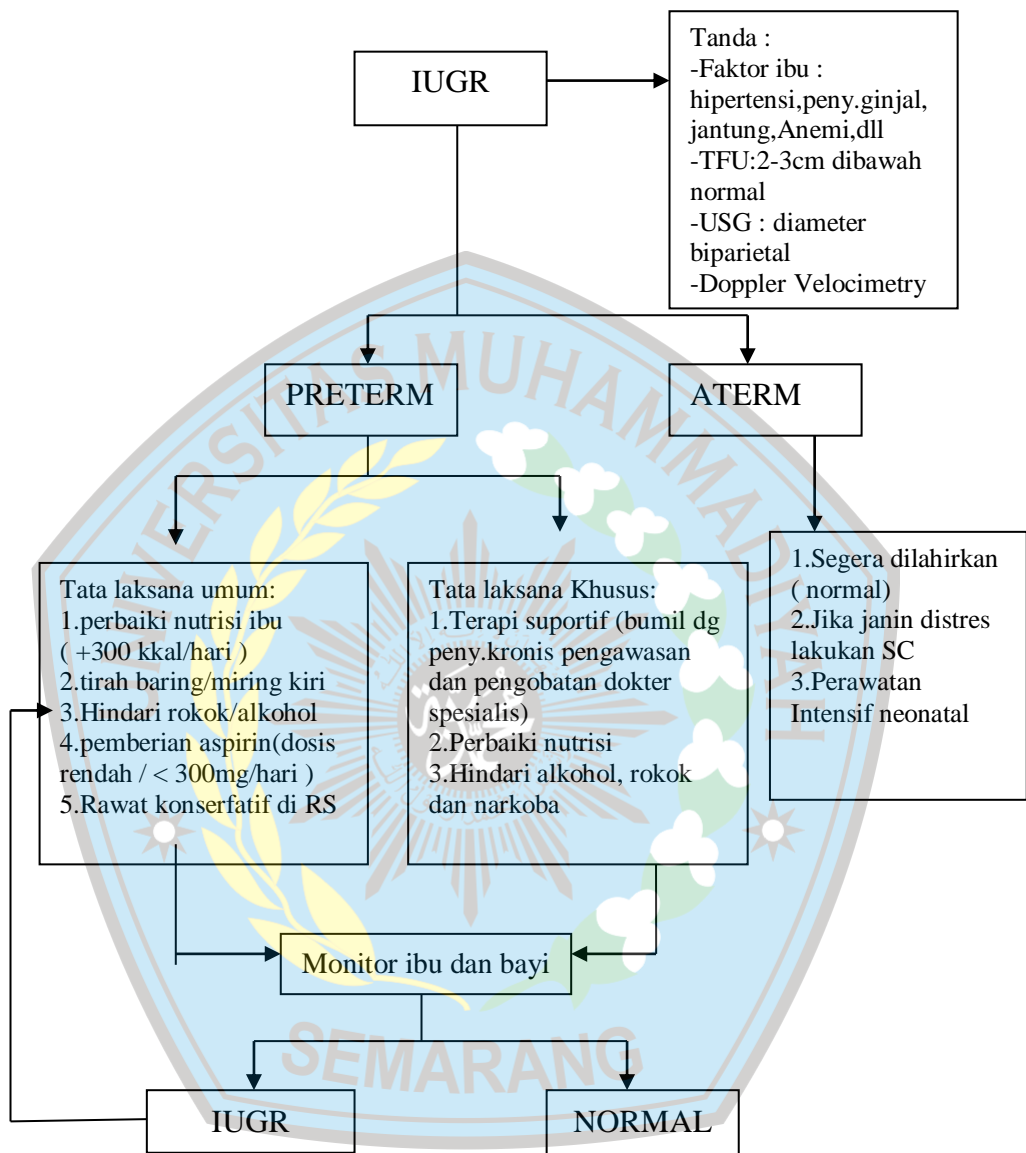
## 11. Pencegahan

Beberapa penyebab dari IUGR tidak dapat dicegah. Bagaimanapun juga, faktor seperti diet, istirahat, dan olahraga rutin dapat dikontrol. Suplementasi dari protein, vitamin, mineral, serta minyak ikan juga baik dikonsumsi. Selain itu pencegahan dari anemia serta pencegahan dan tatalaksana dari penyakit kronik pada ibu maupun infeksi yang terjadi harus baik.

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk mencegah IUGR pada janin untuk setiap ibu hamil sebagai berikut :

- a. Usahakan hidup sehat.
- b. Hindari stress selama kehamilan.
- c. Hindari makanan obat-obatan yang tidak dianjurkan selama kehamilan.
- d. Olah raga teratur.
- e. Hindari alkohol, rokok, dan narkoba.
- f. Periksa kehamilan secara rutin. (Leveno, J Kenneth, dkk, 2009)

**B. PATHWAY IUGR**



Bagan 2.1 Pathway IUGR  
(Cunningham, Gary, dkk.2006 & Gordon,JO.,2005 )

### C. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Proses manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah. Proses ini merupakan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dan pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah-pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen (Varney, Helen dkk.2007).

Proses manajemen menurut Varney terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun (Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

#### 1. Pengumpulan Data dasar

Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data, mengelompokkan data, dan menganalisa data sehingga dapat diketahui masalah dan keadaan klien. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Data-data yang dikumpulkan meliputi :

##### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata atau identitas klien dan suami.

Yang perlu dikaji : nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan dan alamat. Maksud pertanyaan ini adalah untuk mengidentifikasi (mengenal) klien (khanzima,2011).

2) Keluhan utama

Merupakan alasan utama klien untuk datang ke BPS atau RS dan apa-apa saja yang dirasakan klien.

Kemungkinan yang ditemui : biasanya akan terjadi kenaikan berat badan yang tidak sesuai dengan normal selama hamil dan juga bisa penurunan berat badan, kemungkinan klien mengalami kekurangan nutrisi ataupun anemia yang tergolong kongenital, serta gerakan janin yang berkurang (winda kusumawardini,2011).

3) Riwayat perkawinan

Kemungkinan diketahui status perkawinan, umur hamil, berapa lama baru hamil ( Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

4) Riwayat Menstruasi

Yang ditanyakan adalah HPHT untuk menentukan tafsiran persalinan, siklus,, lama, banyaknya, bau, warna dan apakah nyeri waktu haid, serta kapan mendapatkan haid pertama kalinya (khanzima,2011).

5) Riwayat obsetri yang lalu

Kehamilan yang lalu, kemungkinan klien mengalami abortus, dan kemungkinan ibu mengalami preeklamsia serta penyakit lainnya seperti diabetes militus dan penyakit jantung.

Persalinan yang lalu kemungkinan ibu mengalami kelahiran premature dan berat badan lahir bayi yang rendah serta melahirkan sebelum waktunya.

Nifas yang lalu kemungkinan keadaan lochea dan laktasi berjalan lancar (winda kusumawardini,2011).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Kemungkinan terjadinya kelainan plasenta dan tali pusat, janin kembar, kehamilan ektopik, klien yang diperberat dengan eklamsia, infeksi janin dan penyakit lainnya.

## 7) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan yang lalu : kemungkinan klien memiliki penyakit jantung Cianostic dan penyakit diabetes militus, serta anemia.

Riwayat kesehatan sekarang : kemungkinan pasien sedang menderita penyakit DM, berat badan kurang dari berat badan normal ibu hamil, malnutrisi anemia dan konsumsi obat-obatan ( Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

## 8) Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada keluarga yang menderita penyakit keturunan, riwayat kehamilan prematur atau riwayat. persalinan pre-term, dan riwayat keturunan kembar (khanzima,2011).

## 9) Riwayat sosial, ekonomi, dan budaya

Kemungkinan hubungan klien dengan suami, keluarga, dan masyarakat baik, pendidikan klien yang rendah dapat mempengaruhi kehamilan serta ekonomi yang rendah, adanya kebudayaan klien juga mempengaruhi kesehatan kehamilan (winda kusumawardini,2011).

## 10) Riwayat spiritual

Kemungkinan klien melakukan ibadah agama dan kepercayaan dengan baik (khanzima,2011).

## 11) Riwayat psikologis

Kemungkinan adanya tanggapan keluarga ataupun suami yang kurang baik dengan kehamilan ini. Atau kemungkinan klien tidak mengharapkan kehamilan ini dan terjadi masalah karna kehamilan ini.

Kemungkinan pemenuhan kebutuhan bio-psiko yang meliputi pemenuhan nutrisi, proses eliminasi, aktivitas sehari-hari, istirahat, personal hygiene dan kebiasaan-kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatan klien saat hamil (khanzima,2011).

b. Data Obyektif

Data dikumpulkan melalui pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus.

1) Pemeriksaan umum

Secara teoritis kemungkinan adanya keadaan umum klien yang kurang baik, yang mencakup kesadaran, tekanan darah, nadi, nafas, suhu, tinggi badan, berat badan dan keadaan umum, biasanya akan terjadi kesenjangan pada berat badan ibu yang tidak normal ataupun peningkatan berat badannya yang tidak adekuat, ini dapat dinyatakan karena salah satu kemungkinan yang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat adalah malnutrisi, dan kemungkinan adanya peningkatan tekanan darah karena hipertensi kronik adalah salah satu penyakit yang juga dapat mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat (Winda Kusumawardani, 2011).

2) Pemeriksaan Khusus

a. Inspeksi

yaitu pemeriksaan pandang yang dimulai dari kepala sampai kaki. Yang dinilai adalah kemungkinan bentuk tubuh yang normal, kebersihan kulit, rambut, muka, konjungtiva pucat atau tidak, sklera, hidung, mulut apakah ada caries dentis, stomatitis, karang gigi, leher apakah ada pembesaran kelenjer gondok, payudara apakah simetris kiri dan kanan, keadaan puting susu menonjol atau tidak, perut membesar sesuai usia kehamilan atau tidak, kemungkinan biasanya pada pertumbuhan janin terhambat pembesaran perut tidak sesuai dengan kehamilan, apakah ada bekas operasi atau tidak, oedema atau pengeluaran dari vagina. Anus apakah ada haemoroid, ekstremitas atas dan bawah apakah ada kelainan (Khanzima, 2011).

b. Palpasi

Dengan menggunakan Leopold, kemungkinan yang akan ditemukan adalah :

- Leopold I : tinggi fundus dalam cm, pada fundus teraba bagian kepala, bokong atau yang lainnya. Kemungkinan tinggi fundus tidak sesuai dengan usia kehamilan dan kemungkinan akan bisa teraba kremitasi pada tulang kepala janin.
- Leopold II : pada dinding perut klien sebelah kiri atau kanan kemungkinan teraba punggung, anggota gerak atau bokong atau kepala.
- Leopold III : pada bagian terbawah kemungkinan teraba kepala, bokong ataupun yang lainnya.
- Leopold IV : kemungkinan bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul dan seberapa masuknya dihitung dengan perlimaan ( Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

c. Auskultasi

Kemungkinan dapat terdengar bunyi jantung janin, frekuensinya teratur atau tidak (khanzima,2011).

d. Perkusi

Kemungkinan refleks patella kiri dan kanan positif (Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

e. Ukuran panggul

Kemungkinan ukuran panggul normal, atau bisa juga tidak normal.

f. Tafsiran Berat janin

Kemungkinan berat badan janin tidak sesuai dengan usia kehamilan, dengan rumus :

(TFU dalam cm -11, atau 12, atau 13) x 155

(winda kusumawardini,2011).

### 3) Pemeriksaan penunjang

#### a. Laboratorium

Darah : hb, haematokrit, golongan darah, kemungkinan hb dibawah normal

Urine : kemungkinan ditemui glukosa urin jika klien menderita penyakit diabetes militus.

#### b. USG

Kemungkinan pada USG ditemukan *cephalometry* yang tidak normal maka dapat kita sebut sebagai asimetris IUGR. Selain itu dengan lingkaran perut kita dapat mendeteksi apakah ada pembesaran organ intra abdomen atau tidak, khususnya pembesaran hati.

Tetapi yang terpenting pada USG ini adalah perbandingan antara ukuran lingkaran kepala dengan lingkaran perut (HC/AC) untuk mendeteksi adanya asimetris IUGR (khanzima,2011).

### 2. Interpretasi data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap masalah atau diagnosa dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah atau diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Diagnosa yang ditetapkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan harus memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan, yaitu :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b. Berhubungan langsung dengan praktek kebidanan.
- c. Memiliki ciri khas kebidanan.
- d. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.



e. Didukung oleh klinikal judgement dalam lingkup praktek kebidanan.

Bedasarkan kasus ini, kemungkinan interpretasi data yang timbul adalah :

1) Diagnosa kebidanan

Kehamilan dengan IUGR, G ..., P .... A..., H....

Dasar : HPHT, TP, gerakan janin berkurang dari biasanya, TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, berat badan janin dibawah normal, hasil USG ditemukan asimetris PJT.

2) Masalah

Kemungkinan masalah yang timbul adalah kecemasan

Dasar : kehamilan cukup bulan tetapi berat badan tidak sesuai dengan usia kehamilan.

3) Kebutuhan

Dukungan psikologi

Dasar : kehamilan cukup bulan tapi berat badan tidak sesuai dengan usia kehamilan

(winda kusumawardini,2011).

3. 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 mklien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa / masalah potensial ini benar – benar terjadi.

Kemungkinan diagnosa atau masalah potensial yang timbul adalah:

a. Janin lahir mati (IUFD)

Dasar : karena kelainan plasenta dan lilitan tali pusat serta mal nutrisi pada ibu

b. Partus Prematur

Dasar : kehamilan belum cukup bulan

c. BBLR

Dasar : kehamilan belum aterm dan berat badan janin kurang dari normal (Rukiyah, yeyeh ai.2011).

4. Menetapkan kebutuhan tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh Bidan atau dokter dan atau untuk dikonsulkan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain yang sesuai dengan kondisi pasien. Kemungkinan tindakan segera pada kasus kehamilan:

a. Kematian janin

- 1) Segera dilahirkan
- 2) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk mengakhiri kehamilan

b. Prematur

Tindakan yang dilakukan jika terjadi prematur adalah:

- 1) Segera dilahirkan
- 2) Kolaborasi dengan tim medis lainnya

c. BBLR

- 1) Lakukan perawatan khusus
- 2) Jaga hipotermi
- 3) Pantau keadaan bayi

(winda kusumawardini,2011).

5. Menyusun rencana asuhan kebidanan

Suatu rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak baik bidan maupun klien agar perencanaan dapat dilakuykan dengan efektif. Semua keputusan harus bersifat rasional dan falid berdasarkan teori serta asumsi yang berlaku tentang apa yang akan dan tidak dilakukan. Perencanaan tindakan yang mungkin dilakukan antara lain :

- a. Dukungan psikologis
- b. Rawat pasien yang malnutrisi
- c. Kontrol vital sign
- d. Kontrol dengan USG

- e. Dengarkan DJJ Bayi
- f. Kolaborasi dengan tenaga medis lain  
( Rukiyah, yeyeh ai. 2011).

6. Pelaksanaan / Implementasi Tindakan

Tindakan diupayakan sesuai rencana,pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Manajemen yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien (khanzima,2011).

7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana yang telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (winda kusumawardini,2011).

#### D. TEORI HUKUM KEWENANGAN BIDAN

Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan kepada masyarakat harus memberikan pelayanan yang terbaik demi mendukung program pemerintah untuk pembangunan dalam negara, salah satunya dalam aspek kesehatan. Maka diperlukan adanya Peraturan ataupun Undang-Undang Kesehatan yang memuat Registrasi dan Praktik Bidan termasuk didalamnya mengenai Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan seperti yang diatur dalam PERMENKES RI NO 28 / 2017.

Pada Permenkes no.28 tahun 2017 BAB III Penyelenggaraan Keprofesian bagian kedua tentang kewenangan Pasal 19 :

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam 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; dan
- f. konseling pada masa antara dua kehamilan.

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 kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif

- h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i. penyuluhan dan konseling;
- j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

#### Pasal 20

(1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

(2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:

- a. pelayanan neonatal esensial;
- b. penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- c. pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
- d. konseling dan penyuluhan.

(3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

(4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif dan/atau kompresi jantung;
- b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;

c. penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

(5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.

Tiap profesi pelayanan kesehatan dalam menjalankan tugasnya mempunyai batas jelas wewenangnya yang telah disetujui oleh antar profesi dan merupakan daftar wewenang yang sudah tertulis. Dengan pesatnya globalisasi yang semakin mempengaruhi kehidupan sosial masyarakat dunia, juga mempengaruhi munculnya masalah/ penyimpangan etik yang akan mempengaruhi pelayanan kebidanan, misalnya dalam praktek mandiri, bidan yang bekerja di RS, RB atau institusi kesehatan lainnya.

Mutu pelayanan kebidanan berorientasi pada penerapan kode etik dan standar pelayanan kebidanan, serta kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan. Dari dua dimensi mutu pelayanan kebidanan tersebut, tujuan akhirnya adalah kepuasan pasien yang dilayani oleh bidan.

Sesuai dengan kewenangan Bidan di atas maka pada kasus IUGR Bidan bisa memberikan pelayanan berupa:

1. Pemeriksaan antenatal normal, jika diketahui IUGR lakukan perujukan
2. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan
3. Pelayanan neonatal esensial
4. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan pada bayi meliputi:
  - a. penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
  - b. penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru.