

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Bayi Baru lahir (BBL)

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. (Marmi dan Rahardjo, 2012).

b. Ciri - ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Berat badan 2.100 - 4000 gram
- 2) Panjang badan 48 - 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 - 160 kali/menit
- 6) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 7) Rambut lanugi tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 8) Kuku agak panjang dan lemas
- 9) Genetalia;
Perempuan labia mayora sudah menutupi minora.

Laki - laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

- 10) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 11) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 12) Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- 13) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan. (Marmi dan Rahardjo, 2012).

c. Komplikasi pada bayi baru lahir

1) Asfiksia

Suatu keadaan bayi baru lahir yang mengalami gangguan tidak segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir. (Nuratif, 2016:43).

2) BBLR

Bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram, tanpa memandang usia kehamilan. BBLR dibedakan menjadi 2 bagian yaitu BBL sangat rendah bila berat badan lahir kurang dari 1.500 gram dan BBLR bila berat badan antara 1.501 - 2.499 gram. (Marmi, 2012:255).

3) Ikterus

Keadaan klinis pada bayi yang ditandai oleh pewarnaan ikterus pada kulit dan sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebih. Ikterus secara klinis akan mulai

tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5 - 7 mg/dL. (Kosim, 2012:147)

4) Tetanus

Penyakit tetanus yang terjadi pada neonatus (bayi berusia kurang 1 bulan) yang disebabkan oleh *Clostridium Tetani*, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun yang menyerang sistem saraf pusat). (Maryunani, 2013: 331)

2. Ikterus/ Hiperbilirubinemia

a. Definisi dan hal-hal yang berhubungan dengan ikterus atau hiperbilirubinemia :

- 1) Hiperbilirubin adalah meningkatnya kadar bilirubin dalam darah yang kadar nilainya lebih normal, biasanya terjadi pada bayi baru lahir.
- 2) Nilai normal : bilirubin indirek 0,3 - 1,1 mg/dL, bilirubin direk 0,1 - 0,4 mg/dL.
- 3) Sesungguhnya hiperbilirubinemia merupakan keadaan normal pada bayi baru lahir selama seminggu pertama, karena belum sempurnanya metabolisme bilirubin bayi.
- 4) Ditemukan sekitar 25-50% bayi normal dengan hiperbilirubinemia.
- 5) Kuning / joundice pada bayi baru lahir atau disebut dengan ikterus neonatorum merupakan warna kuning pada kulit dan

bagian putih dari mata (sklera) pada beberapa hari setelah lahir yang disebabkan oleh penumpukan bilirubin.

- 6) Gejala ini terjadi antara 25-50% pada seluruh bayi cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada prematur.
- 7) Walaupun kuning pada bayi baru lahir relatif tidak berbahaya, tetapi pada usia inilah kadar bilirubin yang tinggi dapat menjadi toksik dan berbahaya terhadap sistem saraf pusat bayi.

(Maryunani, 2013: 321-322)

b. Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan hari ketiga yang tidak mempunyai dasar patologis, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi melewati kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi.

(Marmi, 2012: 277)

c. Ikterus patologis

Ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia.

Ikterus yang kemungkinan menjadi patologi atau dapat dianggap sebagai hiperbilirubinemia ialah :

- 1) Ikterus terjadi pada 24 jam pertama sesudah kelahiran.
- 2) Peningkatan konsentrasi bilirubin 5 mg% atau lebih setiap 24 jam

- 3) Konsentrasi bilirubin serum sewaktu 10 mg% pada neonatus kurang bulan dan 12,5 mg% pada neonatus cukup bulan.
- 4) Ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim G6PD dan sepsis)
- 5) Ikterus yang disebabkan oleh bayi baru lahir kurang dari 2000gram yang disebabkan karena usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun dan kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang dari 36 minggu, hipoglikemia, hiperkopnia, hiperosmolitas darah. (Marmi, 2012: 277-278).

3. Etiologi

Etiologi ikterus pada BBL dapat berdiri sendiri ataupun disebabkan oleh beberapa faktor, secara garis besar etiologi itu dapat dibagi sebagai berikut:

- a. Produksi yang berlebihan lebih daripada kemampuan bayi untuk mengeluarkannya, misalnya pada : hemolisi yang meningkat seperti pada inkompatibilitas darah Rh, ABO, golongan darah lain, defisiensi enzim G6PD, pyruvate kinase, perdarahan tertutup dan sepsis.
- b. Gangguan dalam up take dan konjugasi (mengubah) bilirubin, gangguan fungsi hepar akibat asidosis, hipoksia, dan infeksi atau tidak terdapat enzim glukuronil transferase (G6PD).
- c. Gangguan transportasi bilirubin dalam darah terikat oleh albumin kemudian diangkut ke hepar. Ikatan ini dapat dipengaruhi oleh obat

seperti salsilat, sulfafu rezole. Defisiensi albumin menyebabkan lebih banyak bilirubin indirek yang bebas dalam darah yang mudah melekat pada sel otak (kern ikterik).

- d. Gangguan dalam sekresi. Gangguan ini dapat terjadi akibat obstruksi dalam hepar atau diluar hepar biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain. (Marmi, 2012: 278-279)

4. Patofisiologi

Bilirubin merupakan salah satu hasil pemecahan hemoglobin yang disebabkan oleh kerusakan sel darah merah. Ketika sel darah merah dihancurkan, hasil pemecahannya terlepas ke sirkulasi, tempat hemoglobin terpecah menjadi dua fraksi : Heme dan Globin. Bagian heme diubah menjadi bilirubin tidak terkonjugasi dan bagian globin merupakan protein yang digunakan lagi oleh tubuh yang tidak larut yang terkait pada albumin. Keadaan lain yang memperlihatkan penambahan kadar bilirubin adalah apabila ditemukan gangguan konjugasi hati (defisiensi enzim glukoronil transferase) atau bayi menderita gangguan ekskresi pada sumbatan saluran empedu (Veronika, 2014: 14-15)

5. Tanda dan gejala

- a. Sklera, puncak hidung, mulut, dada, perut, dan ekstremitas berwarna kuning
- b. Letargi
- c. Kemampuan menghisap turun

d. Kejang

(Marmi, 2012: 276)

6. Jenis - jenis Ikterus

Menurut Marmi & Rahardjo (2012), jenis Ikterus meliputi :

a. Ikterus Hemolitik

Hal ini disebabkan oleh inkompatibilitas rhesus, ABO, golongan darah lain. Kelainan eritrosit congenital, atau enzim G6PD.

1) Inkompabilitas rhesus, bayi dengan Rh positif dari ibu Rh negatif tidak selamanya menunjukkan gejala-gejala klinik pada waktu lahir (15-20%). Gejala klinik yang dapat terlihat ialah ikterus tersebut makin lama makin berat, disertai dengan anemia yang makin lama makin berat pula. Bilamana sebelum kelahiran terdapat hemolisis yang berat, maka bayi dapat lahir dengan edema umum disertai ikterus dan pembesaran hepar dan lien (hidropsfoetalis). Terapi ditunjukkan untuk memperbaiki anemia dan mengeluarkan bilirubin yang berlebihan dalam serum agar tidak terjadi kern ikterus.

2) Inkompabilitas ABO, ikterus dapat terjadi pada hari pertama dan kedua sifatnya biasanya ringan. Bayi tidak tampak sakit, anemia ringan, hepar dan lien tidak membesar. Kalau hemolisisnya berat, seringkali diperlukan juga transfuse tukar untuk mencegah terjadinya kern ikterus. Pemeriksaan yang

diperlukan ialah pemeriksaan kadar bilirubin serum sewaktu-waktu.

- 3) Ikterus hemolitik karena inkompatibilitas golongan darah lain. Pada neonatus dengan ikterus hemolitik dimana pemeriksaan kearah inkompatibilitas Rh dan ABO hasilnya negatif sedangkan coombs test positif, kemungkinan ikterus akibat hemolisis inkompatibilitas golongan darah lain harus dipikirkan.
- 4) Kelainan eritrosit kongenital. Golongan penyakit ini dapat menimbulkan gambaran klinik yang menyerupai eritroblastitis fetalis akibat iso-imunitas. Pada penyakit ini coombs test biasanya negatif.
- 5) Hemolisis karena defisiensi enzim glukosa-6-phosphate dehidrogenase (G6PD defisiensi)
- 6) G6PD adalah enzim yang menolong memperkuat dinding sel darah merah. Ketika mengalami kekurangan G6PD sel darah merah akan lebih mudah pecah dan memproduksi bilirubin lebih banyak. Defisiensi G6PD ini adalah salah satu penyebab utama ikterus neonaterum yang memerlukan transfuse tukar. Ikterus yang berlebihan dapat terjadi pada defisiensi G6PD akibat hemolisis eritrosit walaupun tidak terdapat faktor lain yang ikut berperan, misalnya faktor kematangan hepar.

b. Ikterus Obstruktif

Obstruktif dalam penyaluran empedu dapat terjadi didalam hepar dan diluar hepar. Akibat obstruktif itu terjadi penumpukan bilirubin tidak langsung. Bila kadar bilirubin langsung melebihi 1 mg% maka kita harus curiga akan hal-hal yang menyebabkan obstruksi misalnya sepsis, hepatitis neonaterum plenonefritis atau obstruksi saluran empedu. Dalam menghadapi kasus seperti ini penting sekali diperiksa kadar bilirubin serum, tidak langsung dan langsung selanjutnya apakah terdapat bilirubin air kencing dan tinja.

c. Ikterus yang disebabkan oleh hal lain

Pengaruh hormon atau obat yang mengurangi kesanggupan hati untuk mengadakan konjugasi bilirubin. Misalnya pada breast milk joundice. Ikterus karena ASI ibu menghalangi penyingkiran bilirubin melalui usus. Ini bermula pada hari keempat hingga hari ketujuh dan menghilang selepas hari ke 3 hingga 10 minggu. (Marmi, 2012: 281-284)

7. Kern ikterus

Kern mengacu pada ensefalopati bilirubin yang berasal dari deposit bilirubin terutama pada batang otak (brainsten) dan nucleas serebrobasal. Warna kuning (joundis pada jaringan otak) dan nekrotis neuron akibat toksik bilirubin tidak terkonjugasi yang mampu melewati sawar darah otak karena kemudahannya larut dalam lemak.

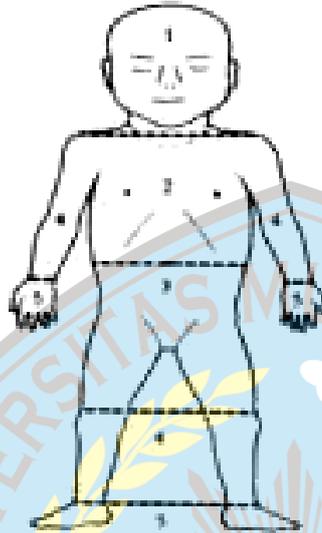
Kern ikterus bisa terjadi pada bayi tertentu tanpa disertai joundis klinis, tetapi umumnya berhubungan langsung pada kadar bilirubin otak dalam serum.

Pada bayi cukup bulan kadar bilirubin dalam serum 20 mg%/dL dianggap berada pada batas atas sebelum kerusakan otak dimulai. Hanya satu gejala sisa spesifik pada bayi yang selamat yakni selebral palsy koreotetoid. Gejala sisa lain seperti retardasi mental dan ketidakmampuan sensori yang serius bisa menggambarkan hipoksia, cedera vaskuler, atau infeksi yang berhubungan dengan kernikterus sekitar 70% bayi baru lahir yang mengalami kernikterus dan meninggal selama periode neonatal. (Marmi, 2012:278).

8. Penilaian

Ada beberapa cara untuk menunjukkan derajat ikterik yang merupakan risiko terjadinya kernikterik misalnya kadar bilirubin bebas: kadar bilirubin 1 & 2 atau secara klinis dilakukan di bawah sinar biasa (day-light). Sebaiknya penilaian ikterik dilakukan secara laboratoris. Apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis.

Rumus Kramer



Keterangan

1. Kepala dan leher. Kadar bilirubin 5 mg%.
2. Daerah 1 (+) badan bagian atas. Kadar bilirubin 9 mg%.
3. Daerah 1,2 (+) badan bagian bawah dan tungkai. Kadar bilirubin 11,4mg%.
4. Daerah 1,2,3 (+) lengan dan kaki dibawah lutut.
5. Daerah 1,2,3,4 (+) telapak tangan dan kaki. Kadar bilirubin 16 mg%

Gambar 2.1: Rumus Kremer

Sumber : Maryunani 2013

9. Penatalaksanaan

Tahap awal dengan melakukan pencegahan, ikterus dapat dicegah dan dihentikan peningkatannya dengan cara :

- a. Early feeding. Pemberian makanan dini pada neonatus dapat mengurangi terjadinya ikterus fisiologi pada neonatus, karena dengan pemberian makanan yang dini itu terjadi pendorongan gerakan usus dan mekonium lebih cepat dikeluarkan, sehingga peredaran enterohepatik bilirubin berkurang.
- b. Pencegahan dan pengobatan hipoksia pada janin dan neonatus.
- c. Penggunaan fenobarbital pada ibu 1-2 hari sebelum partus.

d. Menyusui bayi dengan ASI. Bilirubin juga dapat pecah jika bayi banyak mengeluarkan feses dan urine. Untuk itu bayi harus mendapatkan cukup ASI. Seperti diketahui, ASI memiliki zat-zat terbaik bagi bayi yang dapat mempercepat BAB dan BAK. Akan tetapi pemberian ASI juga harus dibawah pengawasan dokter karena pada beberapa kasus ASI justru meningkatkan kadar bilirubin bayi (*breast milk jaundice*).

e. Pencegahan infeksi.

Jika kadar bilirubin mencapai kadar yang mengkhawatirkan, sebaiknya

bayi dirawat untuk mendapat terapi sinar. Untuk

sementara pemberian ASI dihentikan,

sambil dilakukan pemeriksaan. Namun ada kalanya kasus bayi

kuning terjadi karena kurangnya pemberian ASI pada hari-hari

pertama, karena ASI pada hari-hari pertama masih sedikit dan

pengeluaran feses masih sedikit.

Penatalaksanaan Fototerapi :

a. Lampu yang dipakai sebaiknya tidak digunakan lebih dari 500 jam, untuk menghindari turunnya energi yang dihasilkan oleh lampu yang digunakan

b. Pakaian bayi dibuka agar bagian tubuh dapat seluas mungkin terkena sinar terapi

- c. Kedua mata ditutup dengan penutup yang dapat memantulkan cahaya untuk mencegah kerusakan retina. Penutup mata dilepas saat pemberian minum dan kunjungan orang tua untuk memberikan rangsang visual pada neonatus. Pemantauan iritasi mata dilakukan tiap 6 jam dengan membuka penutup mata
- d. Daerah kemaluan ditutup, dengan penutup yang dapat memantulkan cahaya untuk melindungi daerah kemaluan dari cahaya fototerapi
- e. Posisi lampu diatur dengan jarak 20-30 cm diatas tubuh bayi, untuk mendapatkan energi yang optimal
- f. Posisi bayi diubah tiap 8 jam
- g. Suhu tubuh diukur 4-6 jam sekali atau sewaktu-waktu bila perlu
- h. Pemasukan cairan dan minuman serta pengeluaran feses dan urine, muntah di ukur kemudian dicatat dan dilakukan pemantauan tanda dehidrasi
- i. Lamanya terapi dicatat
(Marmi 2012: 285-286)

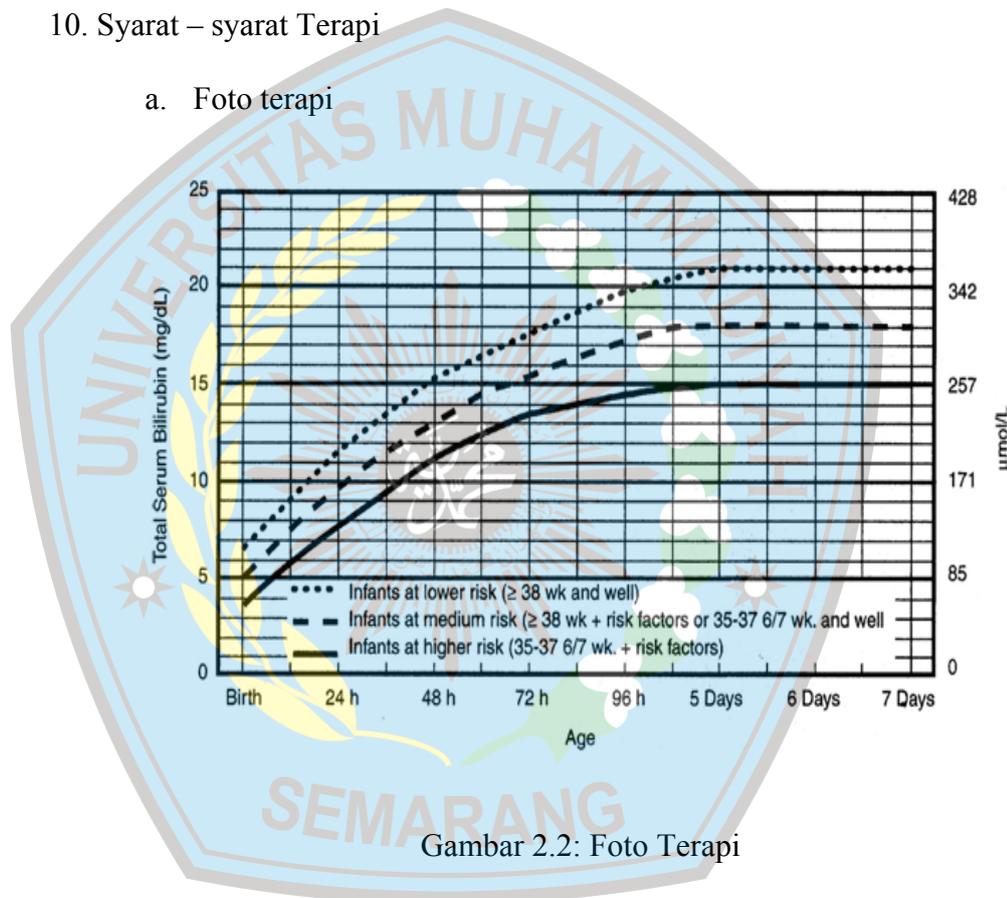
Penatalaksanaan Transfusi Tukar :

- a. Anjurkan pasien untuk puasa 3-4 Jam sebelum transfusi tukar.
- b. Siapkan pasien dikamar khusus.
- c. Pasang lampu pemanas dan arahkan kepada bayi.
- d. Tidurkan pasiendalamkeadaantelentangdanbuka pakaianpada daerah perut.

- e. Lakukan transfusi tukar dengan protap.
- f. Lakukan observasi keadaan umum pasien, catat jumlah darah yang keluar dan masuk.
- g. Lakukan pengawasan adanya perdarahan pada talipusat. Periksa kadar Hb dan bilirubin setiap 12 Jam. (Ridha, 2014:190-191)

10. Syarat – syarat Terapi

a. Foto terapi



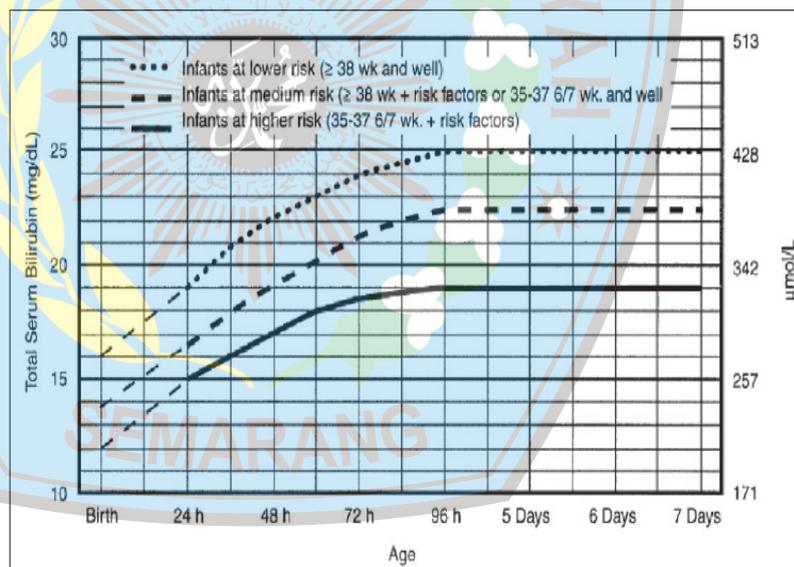
Gambar 2.2: Foto Terapi

- 1) Sebagai patokan gunakan kadar bilirubin total.
- 2) Faktor resiko : *isoimmune hemolytic disease*, defisiensi G6PD, asfiksia, letargi, suhu tubuh yang tidak stabil, sepsis, asidosis, atau kadar bilirubin < 3 g/dL.
- 3) Pada bayi dengan usia kehamilan 35-37 minggu diperbolehkan untuk melakukan foto terapi pada kadar

bilirubin total sekitar *medium risk line*. Merupakan pilihan untuk melakukan intervensi pada kadar bilirubin total serum yang lebih rendah untuk bayi-bayi yang mendekati usia 35 minggu dan dengan kadar bilirubin total serum yang lebih tinggi untuk bayi yang berusia mendekati 37 minggu.

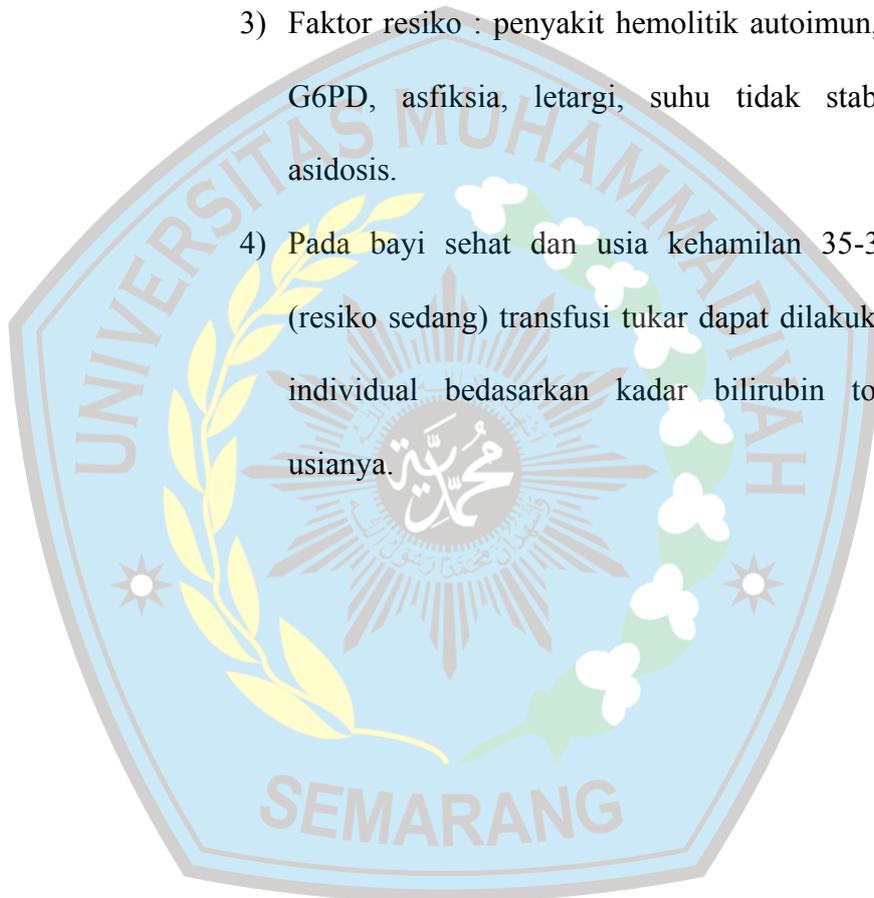
Bila konsentrasi bilirubin tidak menurun atau cenderung naik pada bayi-bayi yang mendapat foto terapi intensif, kemungkinan besar terjadi proses hemolisis.

b. Transfusi tukar

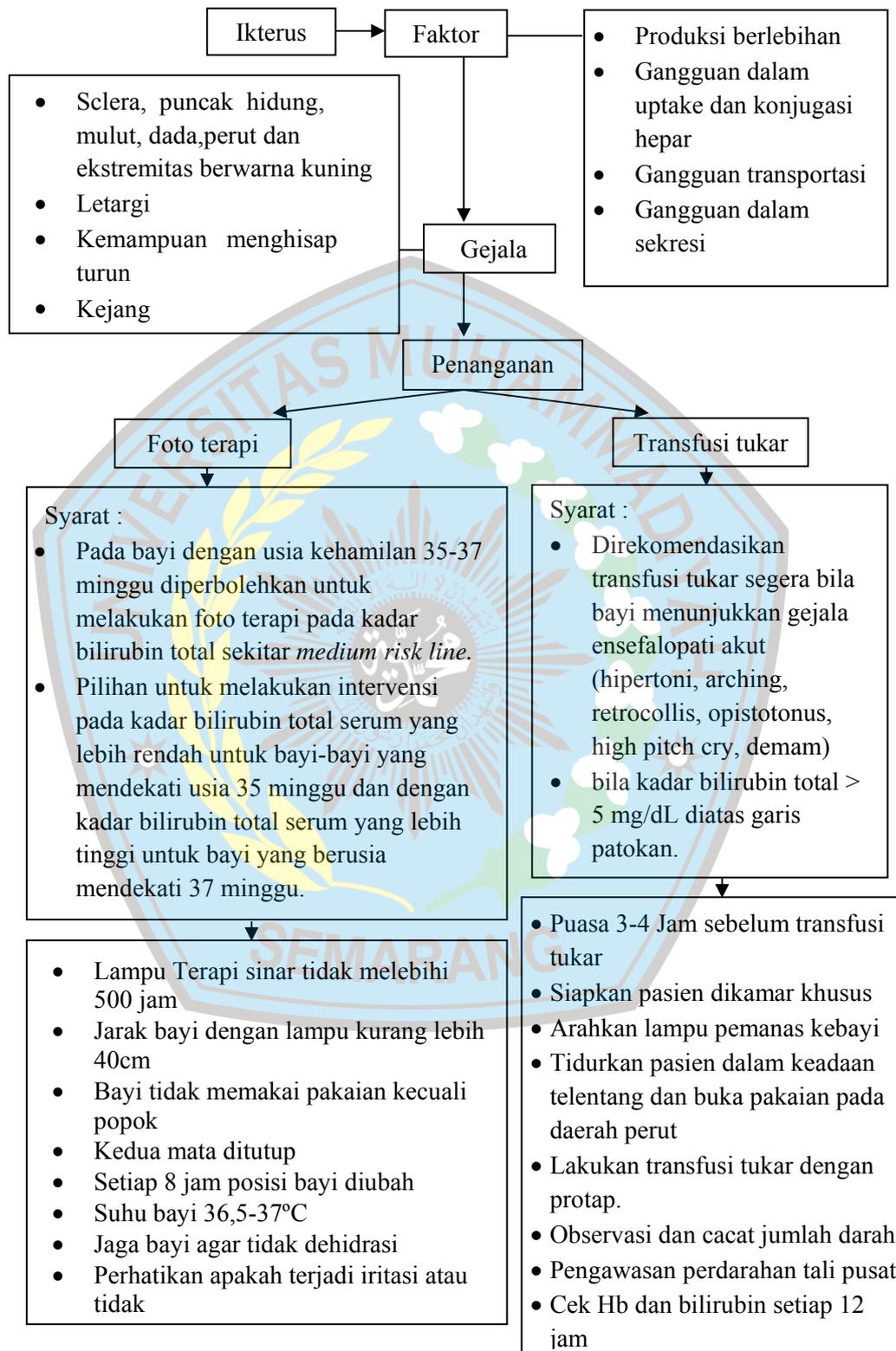


- 1) Garis putus – putus pada 24 jam pertama menunjukkan keadaan tanpa patokan pasti karena terdapat pertimbangan klinis yang luas dan tergantung respon terhadap foto terapi.

- 2) Direkomendasikan transfusi tukar segera bila bayi menunjukkan gejala ensefalopati akut (hipertoni, arching, retrocollis, opistotonus, high pitch cry, demam) atau bila kadar bilirubin total > 5 mg/dL diatas garis patokan.
- 3) Faktor resiko : penyakit hemolitik autoimun, defisiensi G6PD, asfiksia, letargi, suhu tidak stabil, sepsis, asidosis.
- 4) Pada bayi sehat dan usia kehamilan 35-37 minggu (resiko sedang) transfusi tukar dapat dilakukan bersifat individual bedasarkan kadar bilirubin total sesuai usianya.



PATHWAY BAYI IKTERUS



Bagan 2.1: Pathway Bayi Ikterus

Sumber: Marmi dan Rahardjo (2012); Maryunani (2013), Nurafif (2016)

B. Teori Manajemen Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan

logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Simatupang, 2008).

2. Manajemen kebidanan menurut Varney (7 langkah) meliputi (Rukiyah dan Yulianti, 2010)

a. Langkah I : Tahap Pengumpulan Data

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

b. Langkah II : Interpretasi Data.

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Rumus diagnosis dan

masalah kedua yang digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan.

c. Langkah III : Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap mencegah diagnosis/masalah potensial bila terjadi. Dalam langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Menetapkan Konsultasi dan Kolaborasi.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter segera melakukan konsultasi atau melakukan penanganan bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan.

e. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Komprehensif.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh dan ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

f. Langkah VI: Pelaksanaan rencana.

Padalah langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh yang telah diuraikan pada langkah 5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lain.

g. Langkah VII: Evaluasi.

Pada langkah ke tujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan telah terpenuhi sesuai dengan diagnosis dan masalah. Rencana dianggap efektif jika memang benar dan efektif pelaksanaannya. (Lestari, 2016:20-22).

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Lingkup praktek kebidanan adalah terkait erat dengan fungsi, tanggung jawab dan aktifitas bidan yang telah mendapatkan pendidikan, kompeten dan memiliki kewenangan untuk melaksanakannya.

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.

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

Pasal 19

Ayat (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.

Ayat (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
- k. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

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

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

- a. Pelayanan neonatal esensial;

- b. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - c. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d. Konseling dan penyuluhan.
2. 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 B0, 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.

