

## **BAB II**

### **KERANGKA KONSEP**

#### **A. Pengertian**

Menurut Benson (2008), *menometroragia* adalah perdarahan yang terjadi pada interval yang tidak teratur, biasanya jumlah dan lama perdarahan bervariasi. Penyebab *menometroragia* sama dengan penyebab *metroragia*.

Sedangkan menurut Manuaba (2008), *menometroragia* adalah perdarahan saat menstruasi yang berlangsung terus/panjang dan berdarah banyak.

Menometroragia adalah perdarahan yang banyak, di luar siklus haid dan biasanya terjadi dalam masa antara 2 haid, perdarahan itu tampak terpisah dan dapat dibedakan dari haid atau 2 jenis perdarahan ini menjadi 1 yang pertama dinamakan metroragia yang kedua menometroragia (Wiknjosastro, 2009).

Menometroragia adalah perdarahan yang terjadi antara masa 2 haid yang dapat disebabkan oleh kelainan organik pada alat genital atau oleh kelainan fungsional (Prawirohrdjo, 2007).

#### **B. Etiologi**

Penyebab menometroragia adalah berasal dari luar uterus (gangguan pembekuan darah, terjadi akibat infeksi pada uterus) atau berasal dari uterus sendiri yaitu gangguan hormonal, artinya semata-mata akibat ketidakseimbangan hormonal dalam siklus menstruasi yang mengaturnya (Manuaba, 2008).

Menurut Wiknjosastro (2009), *menometroragia* dapat disebabkan kelainan organik pada alat genital atau oleh kelainan fungsional.

##### **1. Sebab-sebab organik**

Perdarahan dari uterus, tuba, dan ovarium disebabkan oleh kelainan pada :

- a. *Serviks uteri*, seperti *polipsus servisis uteri*, *erosion porsionis uteri*, *ulkus pada porsio uteri*, *karsinoma servisis uteri*.
  - b. *Korpus uteri*, seperti *polip endometrium*, *abortus imminens*, *abortus sedang berlangsung*, *abortus inkompletus*, *molahidatidosa*, *koriokarsinoma*, *subinvolusio uteri*, *karsinoma korporis uteri*, *sarcoma uteri*, *mioma uteri*.
  - c. *Tuba falopii*, seperti kehamilan *ektopik* terganggu, radang tuba, tumor tuba
  - d. *Ovarium*, seperti radang ovarium, tumor ovarium
2. Sebab – sebab fungsional

Perdarahan dari uterus yang tidak ada hubungannya dengan sebab organik dinamakan perdarahan disfungsi. Perdarahan disfungsi dapat ditemukan bersamaan dengan berbagai jenis endometrium, yakni endometrium *atrofik*, *hiperplastik*, *proliferative*, dan *sekretoris*, dengan endometrium jenis nonsekresi merupakan bagian terbesar. Dengan demikian dapat dibedakan perdarahan yang *anovulatoar* dan yang *ovulatoar*.

- a. Perdarahan *ovulatoar*

Untuk menegakkan diagnosis perlu dilakukan kerokan pada masa mendekati haid. Jika perdarahan lama dan tidak teratur siklus haid tidak lagi dikenali, maka kadang bentuk kurva suhu badan basal dapat menolong. Jika sudah dipastikan bahwa perdarahan berasal dari endometrium tipe sekresi tanpa ada sebab organik, maka harus dipikirkan sebagai etiologinya :

- 1) *Korpus luteum persistens*, dijumpai perdarahan kadangkadangkadangan bersamaan dengan ovarium membesar. Sindrom ini harus dibedakan dari kehamilan *ektopik*

karena riwayat penyakit dan hasil pemeriksaan panggul sering menunjukkan banyak persamaan antar keduanya.

- 2) *Insufisiensi* korpus luteum dapat menyebabkan *premenstrual spotting*, *menoragia* atau *polimenorea*.
- 3) *Apopleksia uteri*, pada wanita dengan hipertensi dapat terjadi pecahnya pembuluh darah dalam uterus.
- 4) Kelainan darah, seperti anemia, purpura *trombositopenik*, dan gangguan dalam mekanisme pembekuan darah.

b. Perdarahan *anovulator*

Penderita-penderita dengan penyakit metabolik, dijumpai perdarahan *anovulatoar* biasanya dijumpai pada penyakit endokrin, penyakit darah, penyakit umum yang menahun, tumor-tumor ovarium. Sedangkan pada masa pubertas sesudah *menarche*, perdarahan yang tidak normal disebabkan oleh gangguan proses maturasi pada *hipotalamus*, dengan akibat bahwa pembuatan *releasing factor* dan hormon *gonadotropin* tidak sempurna.

**C. Faktor Resiko**

Perdarahan disfungsional dapat terjadi setiap waktu dalam kehidupan menstrual seorang wanita. Pada masa pubertas sesudah *menarche*, perdarahan tidak normal disebabkan oleh gangguan atau terlambatnya proses maturasi pada *hipotalamus*. Pada wanita pada masa pramenopause proses terhentinya fungsi ovarium tidak selalu berjalan dengan lancar. Selain itu *stress* yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari, baik didalam maupun diluar pekerjaan, kejadian-kejadian yang mengganggu keseimbangan emosional seperti kecelakaan, kematian dalam keluarga, pemberian obat penenang terlalu lama, dan lain-lain dapat menyebabkan perdarahan *anovulatoar*. ( Wiknjastro, 2009 ).

#### **D. Tanda Klinis/Laboratoris**

Pada usia reproduksi pemeriksaan suhu basal badan, sitologi vagina, atau analisa hormonal (FSH, LH, estradiol, prolaktin, dan progesteron) dapat dilakukan. Pada usia perimenopause, antara masa pramenopause dan pascamenopause (usia 40-50 tahun) perlu dilakukan analisa hormonal, yaitu pemeriksaan hormon FSH, LH, estradiol, dan prolaktin. Kadar FSH lebih dari 35 mIU/ml menunjukkan pasien memasuki masa perimenopause. Kadar estradiol yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya penebalan endometrium (Baziad & Prabowo, 2011).

#### **E. Diagnosis**

Menurut Anwar, Baziad, dan Prabowo (2011), keluhan terlambat haid, mual, nyeri, dan mual sebaiknya ditanyakan. Palpasi bimanual perlu untuk melihat pembesaran uterus, dan USG untuk memastikan adanya gangguan kehamilan. Penyebab iatrogenik seperti pemakaian obat hormon, kontrasepsi, kortikosteroid dan obat herbal juga harus dievaluasi. Bahan obat tersebut akan mengganggu kadar estrogen dan faktor pembekuan darah sehingga berpotensi menjadi perdarahan.

Pembuatan anamnesis yang cermat penting untuk diagnosis. Perlu ditanyakan bagaimana mulainya perdarahan, apakah didahului oleh siklus yang pendek atau oleh oligomenorea/amenorea, sifat perdarahan (banyak atau sedikit sedikit, sakit atau tidak), lama perdarahan. Pada pemeriksaan umum perlu diperhatikan tanda-tanda yang menunjuk kearah kemungkinan penyakit metabolik, penyakit endokrin, penyakit menahun. Pada pemeriksaan ginekologik perlu dilihat apakah tidak ada kelainan-kelainan organik, yang menyebabkan perdarahan abnormal (polip, ulkus, tumor, kehamilan terganggu). ( Wiknjosastro, 2009 ).

## F. Penatalaksanaan

Penanganan pertama kasus menometroragia ditentukan pada kondisi hemodinamik. Bila keadaan hemodinamik tidak stabil segera masuk rumah sakit untuk perawatan perbaikan keadaan umum. Pada keadaan akut, dimana Hb <8 gr% maka pasien harus dirawat dan diberikan transfusi darah (Anwar, Baziad dan Prabowo, 2011; Baziad, 2008). Penatalaksanaan penghentian perdarahan dapat dilakukan dengan terapi hormon dan nonhormon. Penanganan dengan medikamentosa nonhormon dapat digunakan untuk perdarahan uterus abnormal adalah sebagai berikut (Anwar, Baziad dan Prabowo, 2011) :

### 1. Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

Terdapat 5 kelompok NSAID berdasarkan susunan kimianya, yaitu :

- a. Salisilat (aspirin)
- b. Analog asam indoleasetik (indometasin)
- c. Derivat asam aril propanoik (ibuprofen)
- d. Fenamat (asam mefenamat)
- e. Coxibs (celecoxib)

Asam mefenamat diberikan dengan dosis 250-500 mg 2-4 kali sehari. Ibuprofen diberikan dengan dosis 600-1200 mg per hari. NSAID dapat memperbaiki hemostasis endometrium dan mampu menurunkan jumlah darah haid 20-50%. Efek samping secara umum dapat menimbulkan keluhan gastrointestinal dan kontraindikasi pada perempuan dengan ulkus peptikum.

### 2. Antifibrinolisis

Pada perempuan dengan keluhan perdarahan uterus abnormal ditemukan kadar activator plasminogen pada endometrium lebih tinggi dari normal. Penghambat activator plasminogen atau obat

antifibrinolisis dapat digunakan untuk pengobatan perdarahan uterus abnormal. Asam traneksamat bekerja menghambat plasminogen secara reversible dan bila diberikan saat haid mampu menurunkan jumlah perdarahan 40-50%. Efek sampingnya adalah keluhan gastrointestinal dan tromboemboli.

Sedangkan terapi hormon untuk menghentikan perdarahan dikelompokkan menjadi 3 kelompok usia, yaitu :

#### 1. Usia Remaja

Pada usia remaja terjadi siklus haid anovulatorik. Tanpa pengobatan, ovulasi akan terjadi spontan selama perdarahan yang terjadi tidak berbahaya, atau tidak mengganggu pasien. Pengobatan hanya diberikan bila gangguan yang terjadi sudah 6 bulan, atau 2 tahun setelah menarche belum juga dijumpai siklus haid yang berovulasi. Pada keadaan yang tidak akut dapat diberikan antiprostaglandin, antiinflamasi nonsteroid, atau asam traneksamat. Pada keadaan akut diberikan sediaan estrogen-progesteron kombinasi (pil kontrasepsi kombinasi) selama 3 hari. Pengobatan berhasil bila perdarahan berkurang atau berhenti. 3-4 hari setelah pengobatan akan terjadi perdarahan lucut. Setelah perdarahan teratasi, selanjutnya adalah pengaturan siklus dengan pemberian progesteron dari hari ke 16-25, selama 3 bulan (Baziad, 2008).

#### 2. Usia Reproduksi

Pada usia reproduksi, setelah dipastikan bahwa perdarahan dari uterus dan bukan karena gangguan kehamilan maka dapat dilakukan dilatasi dan kuretase yang kemudian diperiksa patologi-anatominya. Jika hasilnya perdarahan yang dialami karena penyebab hormonal maka dapat diberikan terapi hormonal estrogen-progesteron kombinasi atau pil kontrasepsi kombinasi yang diberikan sepanjang siklus menstruasi dapat juga diberikan tablet progesteron MPA dosis 10 mg / hari selama 14 hari

kemudian pengobatan dihentikan 14 hari berikutnya, diulang selama 3 bulan (Anwar, Baziad dan Prabowo, 2011; Baziad, 2008; Wiknjosastro, 2007).

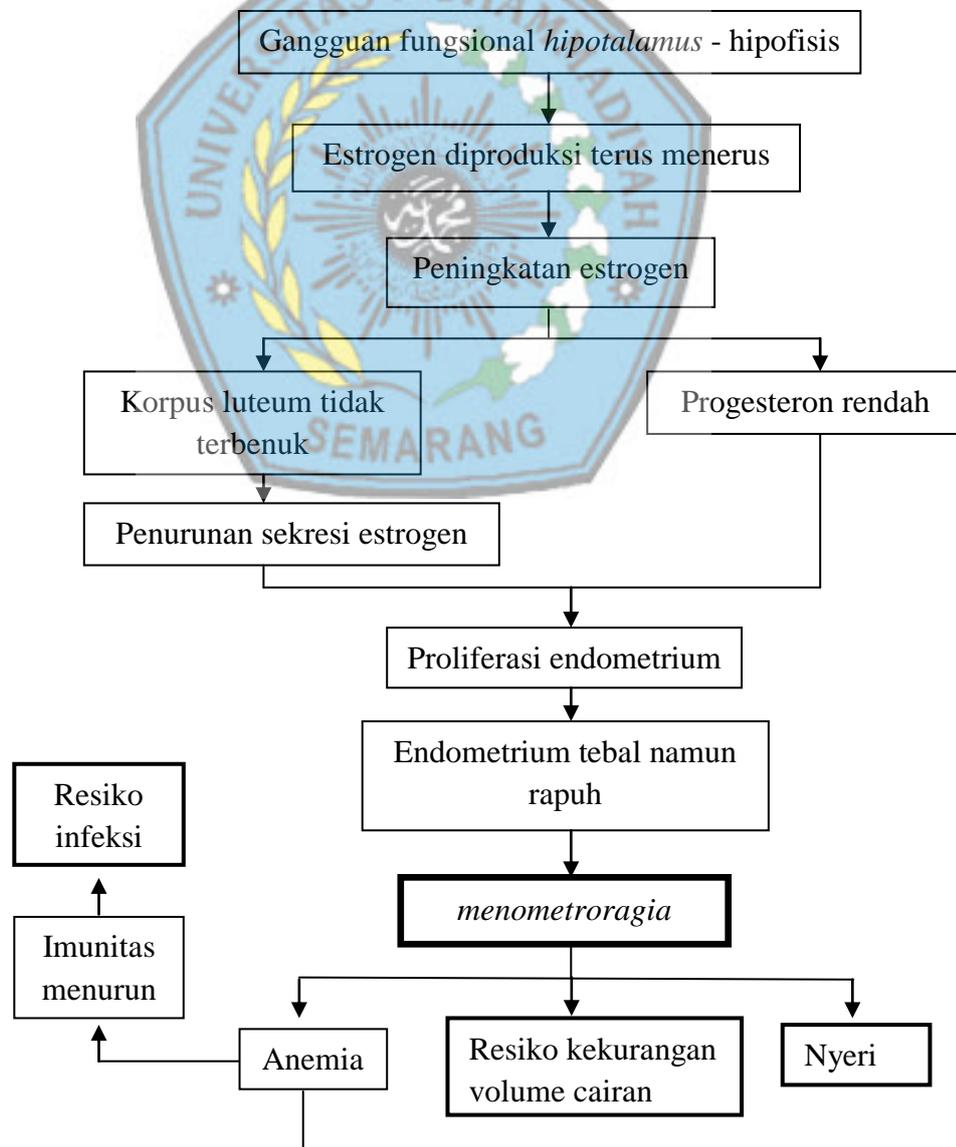
### 3. Usia Perimenopause

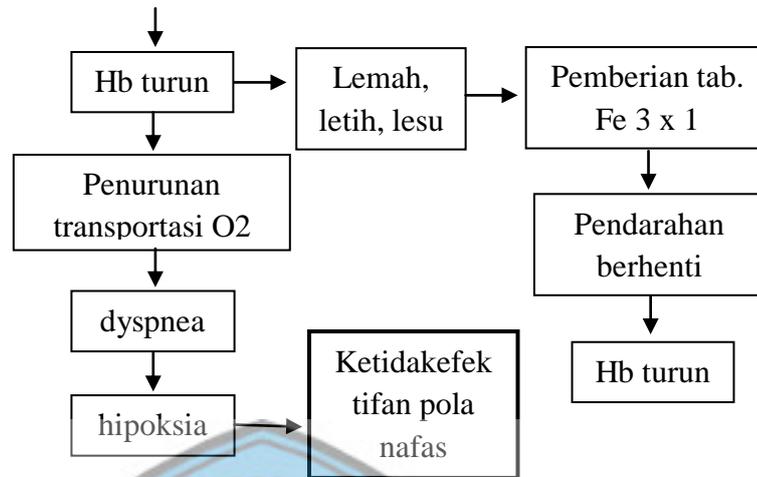
Pada keadaan tidak akut, maka dilakukan dilatasi dan kuretase untuk mengetahui ada tidaknya keganasan pada endometrium. Jika hasil pemeriksaan patologi anatomi menggambarkan suatu hiperplasia kistik, atau hiperplasia adenomatosa maka diberikan MPA dosis 3x10 mg/hari selama 6 bulan. Kemudian dilakukan dilatasi dan kuretase ulang setelah pasien mendapatkan haid normal atau setelah pengobatan terjadi lagi perdarahan yang abnormal (Baziad, 2008).



### G. Patway menometroragia

Estrogen mengalami peningkatan pada siklus anovulatoar. Endometrium mengalami proliferasi berlebih tetapi tidak diikuti dengan pembentukan jaringan penyangga yang baik karena kadar progesteron yang rendah. Endometrium menjadi tebal tapi rapuh. Jaringan endometrium lepas tidak bersamaan dan tidak ada kolaps jaringan sehingga terjadi perdarahan yang tidak teratur (Anwar, Baziad dan Prabowo, 2011).





Bagan 2.1 Bagan Patofisiologi *Menometroragia*  
( Anwar, Baziad dan Prabowo, 2011 )

## H. Asuhan Kebidanan dengan Menometroragi

### 1. Identifikasi Data Dasar

#### a. Data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh bidan secara independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Nursalam, 2009). Identitas untuk mengetahui status klien secara lengkap sehingga sesuai dengan sasaran (Nursalam, 2009). Adapun data subjektif, meliputi:

#### 1) Identitas

- a) Nama : Jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- b) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat –alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.

- c) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.
- d) Suku bangsa : Berpengaruh pada adat -istiadat atau kebiasaan sehari-hari.
- e) Pendidikan : Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga konseling bidan sesuai dengan pendidikannya.
- f) Pekerjaan : Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya

## 2) Keluhan Utama

Pada kasus menometroragia. Pasien datang dengan keluhan perdarahan saat mentruasi yang berlangsung terus/panjang dan berdarah banyak (Manuba, 2008)

## 3) Riwayat Mentruasi

Bagaimana mulainya perdarahan, apakah didahului oleh siklus memanjang, oligomenorea / amenorea, sifat perdarahan (banyak atau sedikit), lama perdarahan, ciri khas darah yang hilang (misalnya warna, konsistensi, gumpalan), periode menstruasi terakhir, periode menstruasi normal terakhir, menarke (Anwar, Baziad, dan Prabowo, 2011; Benson, 2009).

## 4) Riwayat Obstetri

Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu perlu untuk ditanyakan guna mengetahui apakah pasien seksual aktif atau masih virgin sehingga dapat dibedakan dalam penatalaksanaannya (Manuaba, 2010).

## 5) Riwayat Kesehatan

Perlu diperhatikan adanya penyakit metabolik, penyakit endrokrin, dan penyakitmenaun yang dicurigai sebagai penyebab dari perdarahan (Wiknjosastro, 2007).

#### 6) Riwayat Sosial

Stress yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari, baik di dalam maupun di luar pekerjaan, kejadian-kejadian yang mengganggu keseimbangan emosional seperti kecelakaan, kematian dalam keluarga, pemberian obat fe memang terlalu lama, dan lain-lain, dapat menyebabkan menometroragia (Wiknjosastro, 2007).

#### 7) Pola kebiasaan sehari-hari

##### a) Nutrisi

Pada menometroragia memerlukan nutrisi yang cukup terutama bahan makanan yang banyak mengandung zat besi untuk meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah.

##### b) Pola Istirahat

Pada menometroragia dianjurkan untuk tirah baring atau beristirahat untuk menghindari keruannya darah yang banyak.

##### c) Pola Kebersihan

Pada menometroragia darah yang banyak keluar sehingga pasien harus menjaga kebersihannya alat genitalia dan sering ganti pembalut untuk mencegah terjadinya infeksi.

##### d) Pola Eliminasi

Untuk mengetahui adakah gangguan pada BAB dan BAK.

##### e) Pola Aktivitas

Pada menometroragia nona tidak boleh banyak aktivitas karena akan memperbanyak pengeluaran darah.

#### b. Data Objektif

Data yang dikaji pada klien dengan menometroragia yakni:

##### 1) Keadaan Umum

Pengkajian pada menometroragia ini terdiri dari pemeriksaan umum seperti pemeriksaan status kesadaran dan keadaan umum klin untuk mengetahui apakah klien dalam keadaan stabil atau tidak (Anwar, dkk., 2011).

## 2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada kasus menometroragia, data yang menjadi kasus utama yakni:

- a) Inspeksi : dilakukan pemeriksaan pada mata untuk melihat apakah konjungtiva terlihat pucat atau tidak.
- b) Pemeriksaan dalam (vagina toucher): untuk mengetahui bagaimana paginanya, serviksnya, uterusnya ada atau tidaknya kelainan.
- c) Pemeriksaan inspekulo: mencari sumber perdarahannya dan menetapkan terdapatnya atau tdak kelainan pada serviks (Manuaba, 2008).

## 3) Pemeriksaan Penunjang

Pada kasus menometroragia pemeriksaan menunjang yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap) dan USG. Selain itu untuk mengaji masalah stuktur dan keganasan, dapat dilaksanakan pap smear-biopsi, pemeriksaan patologi-anatomi, histeroskopi serta pemeriksaan hormonal. Pada wanita usia produksi juga dan diperlukan pemeriksaan suhu basal badan (SSB) untuk mengetahui ada tidaknya ovulasi (Wiknjastro, 2007).

## 2. Identifikasi atau Masalah Aktual

### a. Diagnosis Kebidanan

Diagnosis kebidanan yang dapat di tegakan pada kasus pasien dengan gangguan reproduksi menometroragia adalah Nn. ..../ Ny. ...umur... dengan metroragia dengan dasar data subjektif dan data objektif.

- 1) Data subjektif berasal dari keluhan subjektif klien pada kasus menometroragia yakni perdaraham diluar siklus menstruasi

yang belangsung terusatau panjang dan berdarah banyak (Anwar, dkk, 2011).

2) Data objektif berasal dari hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang klien pada kasus menometroragia tanda-tandanya.

- Muka : Biasanya muka pucat karena perdarahan.
- Mata : Konjungviva pucat karena perdarahan.
- Genetalia : Terdapat pengeluaran darah banyak dan menggumpal.

b. Masalah

Masalah yang muncul pada pasien dengan menometroragia berkaitan dengan kekhawatiran pasien terhadap keadaan yang dialami. Hal ini muncul karena kurangnya pengetahuan pasien tentang menometroragia (Manuba, 2008).

c. Kebutuhan

Kebutuhan pasien dengan menometroragia adalah dukungan moral serta KIE tentang kasus serta penatalaksanaan menometroragia (Manuba, 2008).

3. Antisipasi Diagnosis atau Masalah Potensial.

Antisipasi yang dapat dilakukan bidan menghadapi kasus menometroragia apabila setelah dilakukan pemeriksaan keadaan umum menunjukkan klien dalam keadaan tidak stabil maka bidan dapat segera menganjurkan klien untuk di rawat di rumah sakit dan memberikan tambahan nutrisi suportif (Anwar, dkk.; 2011).

4. Tindakan Segera dan Kolaborasi.

Tindakan segera yang dilakukan oleh bidan dalam penangan kasus menometroragia adalah melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan genikologi untuk pemberian terapi untuk tindakan serta kolaborasi dengan bagian laboratorium (Manuba, 2008).

## 5. Rencana Tindakan Asuhan

Rencana tindakan asuhan kebidanan secara umum yang dilakukan pada kasus menometroragia menurut Varney (2010) adalah :

- a. Informasikan pada klien dan keluarga tentang keadaan yang dialami klien (Varney, 2010).
- b. Konsultasi atau kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri (ginekologi atau haematologi) meliputi (Manuaba, 2010) :
  - 1) Pemeriksaan USG untuk mengetahui perubahan pada endometrium.
  - 2) Pemberian terap dan tindakan dengan pertimbangan aktivitas seksual dan penyebabnya.
  - 3) Kolaborasi dengan pihak laboratorium untuk melakukan pemeriksaan laboratorium.
- c. Memberikan motivasi dan suport mental kepada klien.
- d. Informasikan pada klien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan kepada klien.
- e. Anjurkan pasien untuk tirah baring atau bedrest.

## 6. Implementasi Tindakan

Implementasi pada kasus menometroragia mengacu pada rencana tindakan yang sudah disetujui oleh pasien.

## 7. Evaluasi yang Diharapkan

Evaluasi yang diharapkan dari asuhan pada pasien gangguan sistem reproduksi dengan menometroragia adalah :

- a. Pasien mendapatkan asuhan yang menyeluruh sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Keprasaan yang di alami pasien dapat berhenti dan tidak terjadi perdarahan berulang atau pada pasien pubertas siklus menstruasi dapat kembali normal.
- c. Pasien mendapatkan terapi dan tindakan untuk mengatasi

menometroragiannya. ( Manuaba, 2008 )

## I. KEWENANGAN BIDAN BERDASARKAN KEWENANGAN HUKUM UU KEBIDANAN NO. 4/2019

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan sebagai berikut :

### 1. Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Praktik Kebidanan adalah kegiatan pemberian pelayanan yang dilakukan oleh Bidan dalam bentuk asuhan kebidanan.

### 2. Pasal 15

- a. Pasal 15 ayat 1 Bidan dapat menjalankan Praktik Kebidanan secara mandiri dan/atau bekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- b. Pasal 15 ayat (2) Praktik Kebidanan secara mandiri sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa Praktik Mandiri Bidan.
- c. Pasal 15 ayat (3) Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa: a. klinik; b. puskesmas; c. rumah sakit; dan/atau d. Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya.

### 3. Pasal 16

- a. Pasal 16 ayat (1) Bidan yang berpraktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan berupa puskesmas sebagaimana dimaksud dalam

- Pasal 15 ayat (3) huruf b meliputi a. Bidan yang melakukan praktik kebidanannya di puskesmas; dan b. Bidan desa.
- b. Pasal 16 ayat (2) Bidan desa sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan Bidan yang memiliki SIPB di puskesmas, dan bertempat tinggal serta mendapatkan penugasan untuk melaksanakan Praktik Kebidanan dari Pemerintah Daerah pada satu desa/kelurahan dalam wilayah kerja puskesmas yang bersangkutan.
  - c. Pasal 16 ayat (3) Praktik Bidan desa sebagaimana dimaksud pada ayat (2) merupakan tempat praktik bidan desa sebagai jaringan Puskesmas.
  - d. Pasal 16 ayat (4) Dalam rangka penjaminan mutu pelayanan kesehatan praktik Bidan desa sebagai jaringan Puskesmas sebagaimana dimaksud pada ayat (3), dinas kesehatan kabupaten/kota setempat harus melakukan penilaian pemenuhan persyaratan tempat yang akan dipergunakan untuk penyelenggaraan praktik Bidan desa dengan menggunakan Formulir 1 yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.
  - e. Pasal 16 ayat (5) Hasil penilaian sebagaimana dimaksud pada ayat (4) menjadi dasar rekomendasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) huruf f, sebelum SIPB untuk Bidan desa diterbitkan.
4. 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.
  5. Pasal 19
    - a. 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.

- b. Pasal 19 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.
  - c. Pasal 19 ayat (3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan: a. episiotomi; b. pertolongan persalinan normal; c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; d. penanganan 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.
6. Pasal 20
- a. 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.
  - b. Pasal 20 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.
  - c. Pasal 20 ayat (3) Pelayanan noenatal 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.

- d. Pasal 20 ayat (4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan 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;
7. Pasal 21 Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan :
  - a. Penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
  - b. Pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.
  - c. Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
  - d. Penyuluhan dan konseling;
  - e. Bimbingan pada kelompok ibu hamil;
  - f. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.