

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Medis**

##### **1. Teori Kegawatdaruratan**

###### **a. Pengertian Kegawatdaruratan**

Istilah kegawatan dan kegawatdaruratan adalah suatu keadaan yang serius, yang harus mendapatkan pertolongan segera. Kegawatdaruratan dalam kebidanan adalah kegawatan atau kegawatdaruratan yang terjadi pada wanita hamil, melahirkan atau nifas (Maryunani A, 2016:28).

###### **b. Prinsip dasar penanganan gawat darurat**

Dalam menangani kasus gawatdaruratan, penentuan masalah utama (diagnosis) dan tindakan pertolongan harus dilakukan dengan cepat, tepat, dan tenang (tidak panik), walaupun suasana keluarga pasien ataupun pengantarannya mungkin dalam kepanikan. Semuanya dilakukan dengan cepat, tepat dan terarah (Maryunani A dan Eka P, 2013:1 - 3).

###### **1) Menghormati pasien:**

- a) Setiap pasien harus diperlakukan dengan rasa hormat, tanpa memandang status sosial dan ekonominya.
- b) Dalam hal ini petugas juga harus memahami dan peka bahwa dalam situasi dan kondisi kegawatdarurat perasaan cemas, ketakutan, dan kepribadian adalah wajar bagi setiap manusia dan keluarga yang mengalaminya.

## 2) Kelembutan

- a) Dalam melakukan penegakan diagnosis, setiap langkah harus dilakukan dengan penuh kelembutan.
- b) Dalam hal ini, termasuk dalam menjelaskan keadaan pasien bahwa rasa sakit atau kurang enak badan tidak dapat dihindari sewaktu melakukan pemeriksaan dan memberikan pengobatan, tetapi prosedur itu akan dilakukan selembut mungkin sehingga perasaan kurang enak itu di upayakan sedikit mungkin.

## 3) Komunikatif

- a) Petugas kesehatan harus memiliki keterampilan dalam berkomunikasi, tentunya dalam bahasa dan kalimat yang mudah dimengerti, mudah dipahami, dan memperhatikan nilai norma kebudayaan setempat.
- b) Menjelaskan kondisi yang sebenarnya pada pasien sangatlah penting.

## 4) Hak pasien

Hak – hak pasien harus dihormati, seperti penjelasan dalam pemberian persetujuan tindakan (inform consent).

## 5) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi pasien. Oleh karena itu, petugas kesehatan harus mengupayakan hal itu antara lain dengan senantiasa memberikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang kondisi akhir pasien, peka akan masalah keluarga yang berkaitan

dengan keterbatasan keuangan (finansial), keterbatasan transportasi, dan sebagainya.

c. Prinsip umum penanganan kasus gawat darurat

Dalam prinsip umum, petugas kesehatan dan pasien adalah sama – sama subjek, sebagai mitra yang bekerja sama dalam menangani suatu kondisi suatu kasus kegawatdaruratan (Maryunani A dan Eka P, 2013: 3 – 6).

1) Stabilisasi pasien

Setelah kita mengenali kondisi kegawatdaruratan, lakukan stabilisasi keadaan pasien sebelum melakukan rujukan. Elemen – elemen penting dalam stabilisasi pasien:

- a) Menjamin kelancaran jalan nafas, pemulihan respirasi dan sirkulasi.
- b) Menghentikan sumber perdarahan dan infeksi
- c) Mengganti cairan tubuh yang hilang
- d) Mengatasi rasa nyeri atau gelisah

2) Terapi cairan

- a) Antisipasi ini dilakukan pada tahap awal untuk persiapan jika kemudian hari penambahan cairan di butuhkan.
- b) Pemberian cairan ini harus di perhatikan baik jenis cairan banyaknya cairan yang diberikan, kecepatan pemberian misalnya cairan yang sesuai dengan diagnosis.

c) Misalnya pemberian cairan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang pada kasus syok hipovolemik seperti pada perdarahan berbeda pada saat pemberian cairan pada syok septik.

### 3) Resusitasi jantung paru (RJP)

a) Resusitasi jantung paru (RJP) merupakan gabungan penyelamatan pernafasan (bantuan nafas) dengan kompresi dada eksternal. RJP digunakan ketika seseorang mengalami henti jantung dan henti nafas.

b) Dalam melakukan RJP, sebagai seorang penolong harus:

- (1) Mempertahankan terbukanya jalan nafas (Airway=A)
- (2) Memberikan nafas untuk pasien (Breathing=B)
- (3) Mengusahakan kembalinya sirkulasi pasien (Circulation=c)

c) Dalam prinsip RJP selalu mengikutsertakan ABC:

- (1) Suatu pernafasan tidak akan efektif jika jalan nafas tidak terbuka.
- (2) Pernafasan buatan tidak efektif pula jika sirkulasi terhenti.
- (3) Darah yang bersirkulasi tidak akan efektif, kecuali darah tersebut teroksigenisasi.
- (4) Selalu di ingat jika perdarahan dapat mengganggu sirkulasi
- (5) Oleh karena itu jika seorang pasien kehilangan darah terlalu banyak maka RJP yang dilakukan tidak efektif.

d) Pemantauan kandung kemih

- (1) Dalam pemantauan kandung kemih, sebaiknya menggunakan kateter untuk mengukur banyaknya urin yang keluar guna

menilai fungsi ginjal dan keseimbangan pemasukan dan pengeluaran cairan.

(2) Jika katektisasi tidak mungkin dilakukan, urin di tampung dan dicatat kemungkinan terdapat peningkatan konsentrasi urin (urin berwarna gelap) atau produksi urin berkurang sampai tidak ada urin sama sekali.

(3) Jika produksi urin mula – mula rendah kemudian semakin bertambah, hal ini menunjukkan bahwa kondisi pasien membaik.

(4) Diharapkan produksi urin paling sedikit 100 ml/4 jam atau 30 ml/ jam.

e) Rujukan

(1) Apabila fasilitas medik di tempat kasus diterima terbatas untuk menyelesaikan kasus dengan tindakan klinik yang adekuat, maka kasus harus di rujuk ke fasilitas kesehatan lain yang lebih lengkap

(2) Seharusnya sebelum kasus di rujuk, fasilitas kesehatan yang akan menerima rujukan sudah di hubungi dan di beritahu terlebih dahulu sehingga persiapan penanganan ataupun perawatan inap telah dilakukan dan di yakini rujukan kasus tidak akan ditolak.

d. Penanganan kasus gawat darurat pada pasien abortus inkompletus

Menurut Maryunani A, (2016:98-99) Penanganan yang bisa dilakukan pada pasien abortus inkompletus ini adalah:

- 1) Segera rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap (rumah sakit)
- 2) Optimalisasi keadaan umum ibu dengan pemberian cairan, pemberian oksigen atau bila dicurigai ada infeksi diberikan juga antibiotika.
- 3) Pada keadaan syok segera diberikan infus cairan fisiologis NaCl atau Ringer Laktat. (kondisi penderita harus di perbaiki, kontrol tekanan darah, nadi dan pernafasan)
- 4) Penanganan yang ideal adalah menghentikan sumber perdarahan segera dengan penanganan *curretase* setelah diagnosa dipastikan.

e. Menurut Maryunani A, (2016:99) hal- hal penting yang perlu diperhatikan pada tatalaksana abortus inkompletus, antara lain:

- 1) Membuat diagnosa
- 2) Mengawasi perdarahan
- 3) Segera mempersiapkan pasien untuk segera dirujuk ke rumah sakit/fasilitas kesehatan yang lebih lengkap untuk mendapatkan pertolongan yang tepat.

## 2. Abortus

### a. Pengertian abortus

Menurut Prawirohardjo S, (2010:460) abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

Menurut Prawirohardjo S, (2009:145) abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat – akibat tertentu) pada atau sebelum

kehamilan berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.

b. Macam – macam abortus

Macam – macam abortus dapat dibagi atas dua golongan:

1) Abortus spontan

Menurut Rukiyah A Y dan Lia Y (2010:142), abortus spontan adalah abortus yang terjadi tidak didahului faktor-faktor mekanik ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah (20% dari semua abortus).

Berdasarkan penilaian kliniknya, jenis abortus spontan dapat dibagi menjadi:

- a) Abortus imminens adalah terjadinya perdarahan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin masih dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks (Fauziyah Y, 2012:42).
- b) Abortus insipiens adalah suatu abortus yang sedang mengancam ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya serviks telah mendatar atau ostium uteri telah membuka (Nugroho T, 2010:12).
- c) Abortus inkompletus adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri melalui kanalis serviks yang tertinggal pada desidua atau plasenta (Prawirohardjo S, 2010: 469).

- d) Abortus kompletus adalah perdarahan pada kehamilan muda dimana seluruh dari hasil hasil konsepsi telah dikeluarkan dari kavum uteri (Prawirohardjo S, 2009:148).
- e) Missed abortus adalah kehamilan yang tidak normal, janin mati pada usia kurang dari 20 hari dan tidak dapat dihindari (Fauziyah Y, 2012:44).
- f) Abortus habitualis adalah abortus spontan yang terjadi berturut – turut tiga kali atau lebih (Nugroho T, 2010:14).
- 2) Abortus provokatus (*induced abortion*)

Abortus provokatus adalah abortus yang terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan, biasanya karena kehamilan yang tidak diinginkan (Maryunani A, 2016:80).

Abortus ini terbagi lagi menjadi:

- a) Abortus therapeuticus  
Abortus yang aman dilakukan secara medis.
- b) Abortus kriminalis  
Abortus yang dilakukan tanpa dasar hukum atau melawan hukum.

### c. Etiologi Abortus

Menurut Maryunani A dan Eka P(2013: 120), hal-hal yang menyebabkan abortus dapat disebabkan oleh hal-hal berikut ini:

#### 1) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat kelainan berat biasanya menyebabkan kematian

mudigah pada hamil muda. Fakto-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan ialah sebagai berikut:

a) Kelainan kromosom

Kelainana kromosom, terutama trisomi autosom dan monosomi X. Paling sering ditemukannya kromosom dengan trisomi 16. Lebih dari 60 % abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik.

b) Lingkungan kurang sempurna

Lingkungan sekitar tempat implantasi kurang sempurna. Adanya faktor anatomi kongenital pada ibu, yaitu kelainan duktus mullerian (uterus berseptata), kelainan kongenital arteri uterina yang membahayakan aliran darah endometrium, kelainan yang didapat misalnya adliesi intrauterin (synechia), leiomioma, dan endometriosis.

c) Pengaruh dari luar

Pengaruh dari luar akibat radiasi, virus, obat-obatan. Termasuk faktor infeksi yang diakibatkan oleh virus TORCH dan malaria yang menyerang ibu.

2) Kelainan pada plasenta

Kelainan pada plasenta misalnya endarteritis dapat terjadi dalam villi koriales menyebabkan oksigenisasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin.

### 3) Penyakit ibu

Penyakit ibu yang kronis dan melemahkan seperti pneumonia, tifus abdominalis, anemia berat, dan keracunan.

### 4) Kelainan *traktus genitalis*

Seperti retroversi uteri, mioma uteri atau kelainan bawaan uterus yang dapat menyebabkan abortus. Penyebab lain dari abortus dalam trimester II adalah servik inkompeten yang disebabkan kelemahan bawaan servik, dilatasi serviks berlebihan dan atau robekan serviks yang tidak dijahit.

#### d. Patofisiologis Abortus

Patofisiologis terjadinya keguguran adalah mulai terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yaitu menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O<sub>2</sub>. Pengeluaran tersebut bisa terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian sisa hasil konsepsi. Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya: sedikit – sedikit dan berlangsung lama, sekaligus dalam jumlah yang besar dapat disertai gumpalan, akibat perdarahan, dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung akral dingin (Sukarni I dan Margareth, 2013: 167 – 168).

e. Diagnosis abortus

Abortus dapat diduga bila seorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang perdarahan pervaginam setelah mengalami haid terlambat, sering pula terdapat rasa mulas. Kecurigaan tersebut dapat diperkuat dengan ditentukannya kehamilan muda pada pemeriksaan bimanual dan dengan tes kehamilan secara biologis atau imunologi bilamana hal itu dikerjakan. Harus diperhatikan macam dan banyaknya perdarahan, pembukaan servik, dan adanya jaringan dalam kavum uterus atau vagina (Nugroho T, 2011:31).

f. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus menurut Nugroho T, (2010:21-22) adalah :

1) Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah.

2) Perforasi

Perforasi uterus pada saat *curretage* dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang biasa menimbulkan persoalan gawat karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

### 3) Infeksi

Infeksi berat (syok endoseptik) dalam uterus dan adneksa dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkompletus yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (*unsafe abortion*).

### 4) Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik). Anemia merupakan salah satu keadaan adanya penurunan kadar hemaglobin, hematokrit dan jumlah eritrosit dibawah nilai nilai normal. Volume plasma meningkat 45 – 65 % dimulai pada trimester II kehamilan, dan maksimum terjadi pada bulan ke-9 dan meningkatnya sekitar 1000 ml, menurun sedikit menjelang aterm serta kembali normal 3 bulan setelah partus.

Hipervolemia menyebabkan terjadinya pengenceran darah, pertama bahan darah tidak sebanding dengan penambahan plasma, kurangnya zat besi dalam makanan.

Gejala – gejala dapat berupa kepala pusing, berkunang – kunang, perubahan epikel jaringan epikel kuku, lesu, lemah. WHO tahun 1972 ditetapkan 3 kategori yaitu normal: >11 gr/dl, ringan 8-11 gr/dl, berat < 8 gr/dl (Rukiyah A Y dan Lia Y, 2010:114-115)

### g. Tatalaksana penanganan abortus

- 1) Menurut Prawirohardjo S (2009:149) penanganan abortus imminens adalah:

- a) Tidak diperlukan pengobatan medik yang khusus atau tirah baring secara total
- b) Anjurkan untuk tidak melakukan aktifitas fisik secara berlebihan atau hubungan seksual
- c) Bila perdarahan:
  - (1) Berhenti: lakukan asuhan antenatal terjadwal dan penilaian ulang bila terjadi perdarahan lagi
  - (2) Terus berlangsung: nilai kondisi janin (uji kehamilan/USG).
  - (3) Pada fasilitas kesehatan dengan sasaran terbatas, pemantauan hanya dilakukan melalui gejala klinik dan hasil pemeriksaan ginekologi.
- 2) Menurut Maryunani A dan Eka P (2013:126) penanganan abortus insipiens adalah:
  - a) Pasien harus dirawat dirumah sakit
  - b) Karena tidak ada kemungkinan kelangsungan hidup bagi janin pada abortus insipiens, pantau kondisi pasien, membantu memberikan obat intravena sesuai instruksi dokter, memasang infus RL dengan oksitosin 20 unit dengan 40 tetes per menit untuk membantu ekspulsi hasil konsepsi.
- 3) Menurut Fauziah Y (2012:43) penanganan abortus inkompletus adalah:
 

Penanganannya, diberikan infus cairan NaCl fisiologik dan transfusi, setelah syok diatasi dilakukan kerokan. Saat tindakan disuntikan

intramuskulus ergometrin untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.

4) Menurut Maryunani A (2016:100–101) penanganan abortus kompletus adalah:

a) Untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang abortus kompliit, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien.

b) Bila pasien anemia dapat diberikan sulfat ferrous (zat besi) atau transfusi darah.

c) Diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.

d) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi diet protein, vitamin dan mineral.

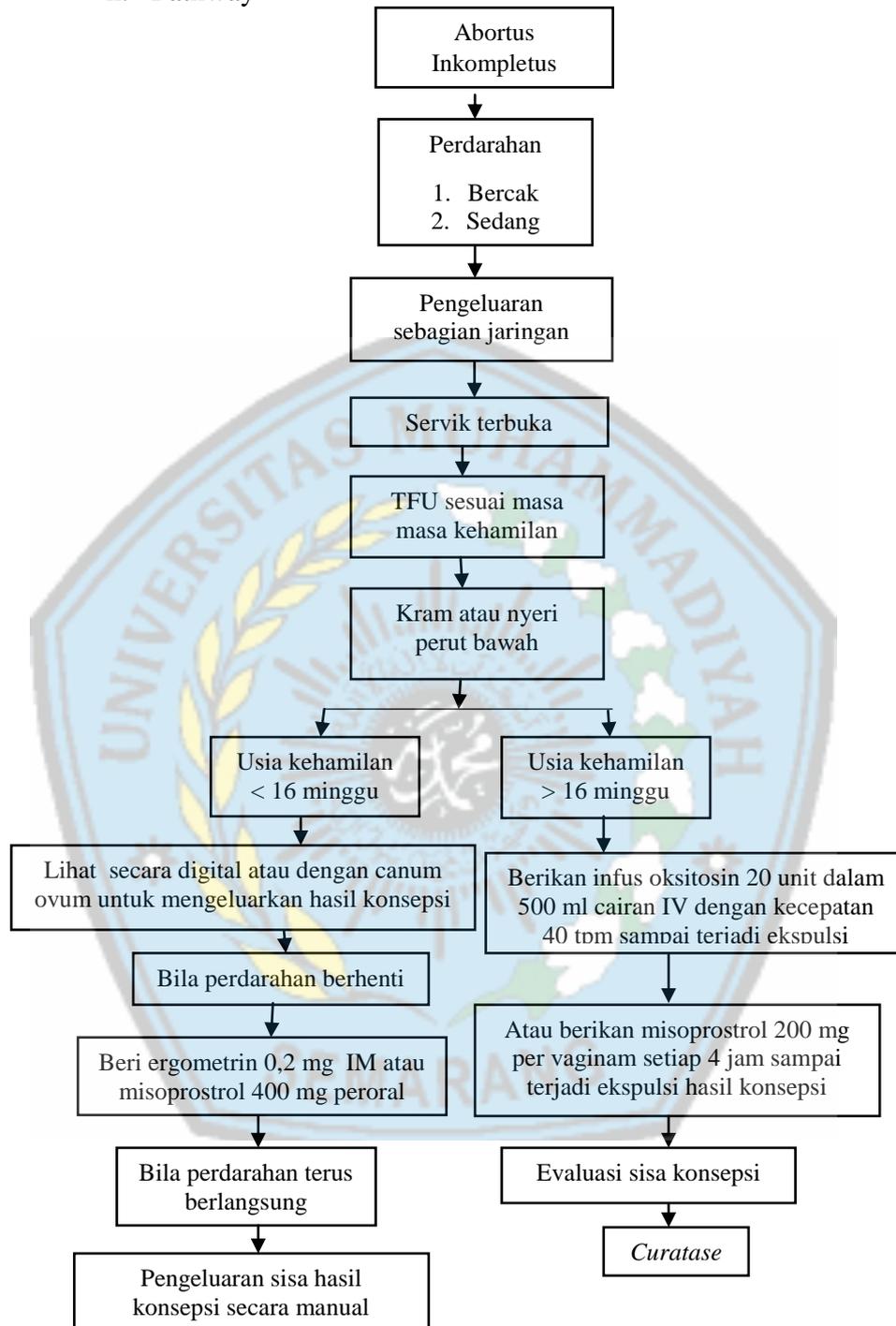
5) Menurut Maryunani A dan Eka P (2013:12) penanganan missed abortion adalah:

a) Segera dirujuk ke rumah sakit atas pertimbangan: plasenta dapat melekat dengan erat di dinding rahim, sehingga prosedur evakuasi (kuretase) akan lebih sulit dari resiko perforasi, pada umumnya kanalis servikalis dalam keadaan tertutup sehingga perlu tindakan dilatasi dengan batang laminaria selama 12 jam, tingginya kejadian komplikasi hipofibrinogenis yang berlanjut dengan gangguan pembekuan darah.

- b) Perlakukan kuretase isap dan prostaglandin oleh dokter ahli kandungan lebih di sukai tergantung pada ukuran uterus dan hari haid.



## h. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Abortus Inkompletus

(Prawirohardjo S, 2009:146; Rukiyah A Y, 2010:151; Pudiastuti D ,2012:45)

## B. Teori Manajemen Kebidanan

Manajemen adalah mengungkapkan apa yang hendak dikerjakan, kemudian menyelesaikannya. Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Sari R N, 2011:90).

Berikut penerapan manajemen kebidanan 7 langkah varney dalam kasus ibu hamil Abortus Inkompletus.

### 1. Langkah I: pengkajian

Dalam tahap ini data/fakta yang dikumpulkan adalah data subjektif dan data objektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum didokumentasikan (Sari R N, 2011:92)

#### a. Data subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (*anamnesis*) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allo anamnesis*).

#### b. Data objektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, dan data penunjang yang diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium (seperti pemeriksaan radio diagnostik atau USG) yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

Data yang telah terkumpul diolah, disesuaikan dengan kebutuhan pasien kemudian dilakukan pengolahan data, yaitu menghubungkan dan

menggabungkan data satu dengan data yang lainnya sehingga menunjukkan fakta. Tujuan dari pengolahan data adalah untuk menunjukkan fakta berdasarkan kumpulan data. Data yang telah diolah dianalisis dan hasilnya didokumentasikan.

## 2. Langkah II: Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Berdasarkan atas tanda dan gejala serta hasil pemeriksaan yang telah dilakukan maka dapat ditentukan:

### a. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa kebidanan menurut (Mufdillah, et al, 2011:114) adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik. Pada kasus ini diagnosa kebidanan meliputi:

Ny... umur ... tahun, G ... P... A..., umur kehamilan ... dengan Abortus Inkompletus.

#### 1) Data dasar

##### a) Data subyektif

Adalah data yang ditetapkan untuk mengetahui keluhan atau masalah yang dirasakan. Data subyektif pada ibu hamil dengan Abortus Inkomplit menurut Rukiyah Ai Yeyeh (2010:143) adalah perdarahan ringan hingga sedang pada kehamilan muda

dimana hasil konsepsi masih berada dalam kavum uteri melalui kanalis servik yang tertinggal pada desidua atau plasenta.

b) Data obyektif

Data obyektif menurut (Pudiastuti, 2011:54) pada kasus Abortus Inkompletus adalah:

(1) Tinggi fundus uteri, contoh:

Sesuai dengan usia kehamilan pasien.

(2) Vital sign, contoh:

TTV: TD:110/70 mmHg, nadi: 88x/menit, suhu: 37,5<sup>0</sup>c,  
rr:22x/menit

(3) Banyaknya perdarahan pervaginam, contoh:

Darah keluar terus menerus dan bergumpal – gumpal.

b. Masalah

Masalah adalah problem yang dialami ibu tetapi tidak termasuk kedalam kategori standar nomenklatur diagnosa kebidanan, misalnya rasa cemas, dan problem ekonomi. Masalah pada pasien abortus inkompletus adalah perasaan cemas karena ada kram pada perut bagian bawah dan perdarahan banyak melalui jalan lahir (Heryani R, 2011:123).

c. Kebutuhan

Kebutuhan dalam asuhan kebidanan adalah hal –hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Rukiyah Ai

Yeyeh dan Lia Puspita, 2011:87) Kebutuhan pada pasien abortus Inkompletus adalah dorongan moral dan memberikan informasi mengenai abortus Inkompletus.

### 3. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien abortus inkompletus, bidan diharapkan dapat bersiap – siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar- benar terjadi (Mufdilah et al,2012:117). Contoh masalah potensial yang terjadi pada pasien abortus inkompletus adalah potensial terjadinya anemia dan syok (Pudiastuti, 2012:57).

### 4. Langkah IV: Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Menurut Pudiastuti R D (2011:57) Penanganan pada pasien abortus inkompletus adalah:

- a) Pasang infuse RL
- b) Pasang O2 dengan kecepatan 2 lpm
- c) Kolaborasi dengan dokter untuk segera dilakukan curretage.

### 5. Langkah V: Merencanakan asuhan yang komprehensif/menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan

manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Rukiyah A Y dan Lia Y, 2011:88).

Menurut Pudiastuti R D (2011:57-58) contoh tindakan yang dilakukan pada pasien abortus inkompletus adalah:

- a) Lakukan pendekatan pada klien dengan komunikasi terapeutik
- b) Memberikan penjelasan tentang hasil tindakan
- c) Lakukan observasi KU, TTV dan perdarahan pre curretage
- d) Lakukan pro kolaborasi dengan dokter obysgin pre curretage
- e) Memberikan inform untu melakukan tindakan kuretase.
- f) Siapkan pasien dan alat – alat serta obat - obatan .
- g) Pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dengan pemberian infus.
- h) Membantu melakukan tindakan kuretase secara septic dan antiseptic.
- i) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi post curretage.
- j) Melakukan observasi KU, TTV dan perdarahan post curratage
- k) Memberikan dukungan psikologis.
- l) Pemenuhan nutrisi dan hidrasi.
- m)Konseling alat kontrasepsi pasca abortus.

#### 6. Langkah VI: Pelaksanaan

Pada langkah VI merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya (Sari R N, 2012:96).

## 7. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar – benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Hidayat A dan Muftilah, 2008:79).

### C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan abortus inkomplit, landasan hukum yang digunakan diantaranya:

1. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 146/Menkes/Per/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.
  - a. Pasal 9  
Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi
    - 1) Pelayanan kesehatan ibu
    - 2) Pelayanan kesehatan anak
    - 3) Pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana
  - b. Pasal 14
    - 1) Bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan.

2) Daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) adalah kecamatan atau kelurahan/desa yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten atau kota.

c. Pasal 18 point c

Merujuk kasus yang bukan kewenangan atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu.

d. Pasal 19 point a dan point c

Dalam melaksanakan praktik/kerja, bidan mempunyai hak:

- 1) Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan praktik/kerja sepanjang sesuai dengan standar.
- 2) Melaksanakan tugas sesuai dengan kewenangan dan standar.

2. Standar 16 – Standar Penanganan perdarahan pada kehamilan

Pudiastuti (2011: 65) mengatakan, sebagai seorang bidan harus bisa mengenali cara cepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan, tujuan dari dilakukannya standar ini mengenali dan melakukan tindakan secara tepat dan cepat perdarahan, serta melakukan pertolongan pertama dan melakukan rujukan secara dini ke tempat yang memadai (puskesmas atau rumah sakit).

3. Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemi pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Walyani, E S. 2014:135).

#### 4. Kompetensi Bidan Indonesia

Menurut Mufdilah, et al, (2012:86), seorang bidan harus mempunyai kompetensi dalam memberikan asuhan kebidanan. Kompetensi bidan yang sesuai dengan kasus ini adalah kompetensi bidan ke-3, yaitu bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama hamil yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari kasus tertentu.

