

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan terjadi jika ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (*ovum*) dan sel mani (*spermatozoa*) (Saminem, 2009). Kehamilan dimulai dari proses pembuahan (konsepsi) sampai sebelum janin lahir. Kehamilan normal berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung mulai dari hari pertama menstruasi terakhir (Huliana, 2008).

b. Tanda-tanda Kehamilan

Megasari dkk (2015) beberapa gejala dan tanda-tanda awala kehamilan yaitu

1) Tanda tidak pasti hamil (*presumptive sign*)

Tanda tidak pasti hamil yaitu perubahan-perubahan fisiologis maternal yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda ini meliputi amenorea, mual muntah, meringis, *syncope* (pingsan), tidak ada selera makan, lelah, payudara tegang, sering miksi, konstipasi atau obstipasi, pigmentasi pada kulit, epulis, varices.

2) Tanda mungkin hamil (*probavility sign*)

Tanda mungkin hamil yaitu perubahan-perubahan psikologis dan anatomis di luar semua tanda *presumptive* yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda mungkin hamil yaitu pembesaran perut, pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim, tanda *piskacek*, tanda *hegar*, tanda *chadwick*, tanda *goodell's*, *braxton hick*, teraba *ballotement*, reaksi kehamilan positif.

3) Tanda pasti kehamilan (*positive sign*)

Tanda pasti hamil yaitu gerakan janin, dapat diraba dan dikenal bagian-bagian janin, dapat didengar denyut jantung janin dan terlihat rangka janin.

c. Perubahan pada Kehamilan

Saminem (2009) menyatakan bahwa perubahan pada kehamilan dapat diuraikan sebagai berikut :

1) Perubahan fisiologis

a) Perubahan pada kulit

Terjadi hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen di tempat tertentu. Pada wajah, pipi dan hidung mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng. Pada areola mammae dan puting susu, daerah yang berwarna hitam di sekitar puting susu akan menghitam. Pada area supra pubis terdapat garis hitam yang memanjang dari atas simfisis sampai pusat.

b) Perubahan kelenjar

Kelenjar gondok membesar sehingga leher ibu berbentuk seperti leher pria. Perubahan ini tidak selalu terjadi pada wanita hamil.

c) Perubahan payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir. Perubahan payudara yaitu membesar, tegang, sakit, vena di bawah payudara membesar dan terlihat, hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu, payudara ibu mengeluarkan cairan apabila dipijat.

d) Perubahan perut

Semakin mendekati persalinan, perut semakin membesar. Saat kehamilan tua, perut menjadi tegang dan pusat menonjol ke

luar. Timbul stria gravidarum dan hiperpigmentasi pada linea alba serta linea nigra.

e) Perubahan alat kelamin luar

Alat kelamin luar tampak hitam kebiruan karena adanya kongesti pada peredaran darah.

f) Perubahan tungkai

Timbul varises pada sebelah atau kedua belah tungkai. Pada hamil tua terjadi edema pada salah satu tungkai. Edema terjadi karena tekanan uterus yang semakin membesar pada vena femoralis sebelah kanan atau kiri.

g) Perubahan pada sikap tubuh

Sikap tubuh ibu menjadi lordosis karena perut membesar.

h) Perubahan yang tidak dapat dilihat

Perubahan ini meliputi perubahan pada alat pencernaan, peredaran darah dan pembuluh darah, paru, perkemihan, tulang, jaringan pembentuk organ, alat kelamin dalam.

2) Perubahan psikologis

Perubahan psikologis terjadi pada trimester I meliputi ambivalen, takut, frustrasi dan khawatir. Trimester II perubahan meliputi perasaan tidak nyaman serta kebutuhan mempelajari perkembangan dan pertumbuhan janin meningkat. Kadang tampak egosentris dan berpusat pada diri sendiri. Pada trimester III yaitu perubahan yang terjadi meliputi memiliki perasaan aneh, sembronon, lebih introvert, dan merefleksikan pengalaman masa lalu.

d. Pembagian Trimester Kehamilan

Suririnah (2010) membagi kehamilan menjadi tiga trimester yaitu :

- 1) Trimester 1 : kehamilan 0-12 minggu
- 2) Trimester 2 : kehamilan 13-28 minggu
- 3) Trimester 3 : kehamilan 29-40 minggu

2. Abortus

a. Pengertian

Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 32 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Triana dkk, 2015). Abortus merupakan terhentinya proses kehamilan sebelum berumur 28 minggu atau berat janin 500 gram (Manuaba, 2008).

Abortus adalah kehilangan kehamilan pada usia < 20 minggu atau janin dengan berat < 500 gram. Abortus dini terjadi sebelum usia 12 minggu, sedangkan abortus tahap akhir (*late abortions*) terjadi antara minggu ke-12 dan ke-20 (Sinclair, 2008).

b. Penyebab

Penyebab abortus sebagian besar tidak diketahui dan terjadi secara spontan. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan abortus meliputi faktor telur (ovum) yang kurang baik atau faktor spermatozoa yang kurang sempurna. Faktor ketidaksuburan lapisan dalam rahim (endometrium) yang disebabkan oleh kekurangan gizi, kehamilan dengan jarak pendek, terdapat penyakit dalam rahim, dan faktor sistemik seperti penyakit jantung, paru, ginjal, tekanan darah tinggi, hati dan penyakit kelenjar dengan gangguan hormon pada ibu (Manuaba, 2010).

Menurut Sastrawinata (2010) faktor penyebab terjadinya abortus sebagai berikut :

1) Faktor janin

Kelainan yang paling sering dijumpai pada abortus adalah gangguan pertumbuhan zigot, embrio, janin atau plasenta. Kelainan tersebut biasanya menyebabkan abortus pada trimester pertama yaitu:

- a) Kelainan telur, telur kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio atau kelainan kromosom (manosomi, trisomi atau poliploidi)

- b) Embrio dengan kelaianan lokal
 - c) Abnormalita pembentukan plasenta (hipoplasia trofoblas)
- 2) Faktor maternal
- a) Infeksi

Infeksi maternal dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, apakah janin yang terinfeksi atautkah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme penyebabnya. Penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan abortus sebagai berikut :

 - (1) Virus, misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, *varicella zoster*, vaccinia, campak, hepatitis, polio dan ensefalomielitis
 - (2) Bakteri misalnya *Salmonella typhi*
 - (3) Parasit misalnya *Toxoplasma gondii*, plasmodium
 - b) Penyakit vaskular misalnya hipertensi vaskular
 - c) Kelainan endokrin

Abortus spontan dapat terjadi bila produksi progesteron tidak mencukup atau pada penyakit disfungsi tirod, defisiensi insulin.
 - d) Faktor imunologis, ketidakcocokan (inkompatibilitas) sistem HLA (*Human Leukocyte Antigen*)
 - e) Trauma

Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut, misalnya trauma akibat pembedahan :
 - f) Pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum graviditatum sebelum minggu ke-8
 - g) Pembedahan intraabdominal dan operasi pada uterus pada saat hamil
 - h) Kelainan uterus

Hipoplasia uterus, mioma (terutama mioma sub mukosa), serviks inkompeten atau *retroflexio uteri gravidi incarcerata*.

3) Faktor psikosomatik

Pengaruh dari faktor ini masih dipertanyakan.

4) Faktor eksternal

a) Radiasi

Dosis 1-10 rad bagi janin pada kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin dan dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan keguguran.

b) Obat-obatan

Antagonis asam folat, antikoagulan dan lain-lain sebaiknya tidak menggunakan obat-obatan sebelum kehamilan 16 minggu, kecuali telah dibuktikan bahwa obat tsb tidak membahayakan janin atau untuk pengobatan penyakit ibu yang parah.

c) Bahan-bahan kimia lainnya seperti bahan yang mengandung arsen dan benzen

c. Gambaran Klinis Abortus

Menurut Triana dkk (2015) gambaran klinis abortus sebagai berikut :

1) Adanya gejala kehamilan (terlambat haid, mual/muntah pada pagi hari) yang disertai perdarahan pervaginam (mulai bercak sampai bergumpal) dan atau nyeri perut bagian bawah, mengarah ke diagnosis abortus

2) Abortus Imminens (ancaman keguguran)

Ditandai dengan perdarahan pervaginam sedikit, nyeri perut tidak ada atau sedikit. Belum ada pembukaan serviks.

3) Abortus Insiptien (keguguran sedang berlangsung)

Perdarahan pervaginam banyak (dapat sampai bergumpal-gumpal), nyeri perut hebat, terdapat pembukaan serviks, kadang-kadang tampak jaringan hasil konsepsi di ostium serviks.

4) Abortus Inkompletus

Perdarahan pervaginam banyak, nyeri perut sedang sampai hebat. Riwayat keluar jaringan hasil konsepsi sebagian, ostium serviks bisa masih terbuka atau mulai tertutup.

5) Abortus Kompletus (keguguran lengkap)

Perdarahan pervaginam mulai berkurang sampai berhenti, tanpa nyeri perut, ostium serviks sudah tertutup. Riwayat keluar jaringan hasil konsepsi utuh, seluruhnya.

6) *Missed Abortion* (keguguran yang tertahan)

Abortus hasil konsepsi tetap tertahan intra uterin selama 2 minggu atau lebih. Riwayat perdarahan pervaginam sedikit, tanpa nyeri perut, ostium serviks masih tertutup. Pembesaran uterus tidak sesuai (lebih kecil) dari usia gestasi yang seharusnya.

d. Tindakan penanganan

Menurut Manuaba (2008) tindakan penanganan abortus meliputi :

- 1) Semua komplikasi yang dapat ditangani seperti perdarahan, infeksi sampai sepsis, trauma genetalia dapat diatasi
- 2) Penanganan abortus radikal dengan pengobatan sehingga komplikasi berkelanjutan dapat dihindari

Menurut Sinclair (2010) abortus terapeutik dapat dilakukan dengan teknik aborsi bedah meliputi ekstraksi menstrual (aspirasi kavum endometrium dengan kateter tipis dan spuit pada usia kehamilan 5-8 minggu), kuretase vakum (dilatasi serviks dan pengisapan uterus pada usia < 14 minggu), D&C (dilatasi serviks lebih lanjut dan kuretase dengan kuret logam pada kehamilan < 14 minggu), atau dilatasi dan evakuasi (D&E dilatasi serviks lebar yang diikuti dengan kuretase vakum setelah kehamilan 16 minggu).

e. Komplikasi

Menurut Leveno dkk (2009) komplikasi abortus sebagai berikut:

- 1) Perforasi uterus secara tidak sengaja dapat terjadi sewaktu pemasangan sonde uterus, dilatasi atau kuretase. Penentu komplikasi ini adalah ketrampilan dokter dan posisi uterus, kemungkinan perforasi akan jauh lebih besar jika uterus retroversi.
- 2) Kerusakan intra abdomen yang cukup besar oleh alat yang menembus defek uterus ke dalam rongga peritoneum. Hal ini terutama jika terjadi pada kuretase isap atau kuretase tajam. Pada keadaan ini, laparotomi untuk memeriksa isi abdomen, terutama usus, merupakan tindakan yang paling aman.
- 3) Laserasi serviks, perdarahan, pengeluaran janin dan plasenta yang tidak lengkap dan infeksi setelah trimester pertama.
- 4) Aborsi tahap lanjut yang dilakukan dengan kuretase dapat memicu koagulopati konsumtif mendadak dan parah yang dapat menyebabkan kematian.

Komplikasi abortus adalah perdarahan, infeksi, perforasi usus, abortus inkomplet, koagulopati konsumtif berpotensi fatal, dan inkompetensi serviks selanjutnya atau sinekia uterus (Sinclair, 2010:79).

f. Faktor Risiko

Menurut Sinclair (2008) faktor risiko terjadinya abortus sebagai berikut :

- 1) Usia maternal lanjut
- 2) Ketidaknormalan anatomi
- 3) Antibodi antifosfolipid
- 4) Sindrom Asherman
- 5) Faktor autoimun dan aloimun
- 6) Masalah medis kronis
- 7) Merokok (2x lipat untuk perokok \geq 14 batang/ hari)

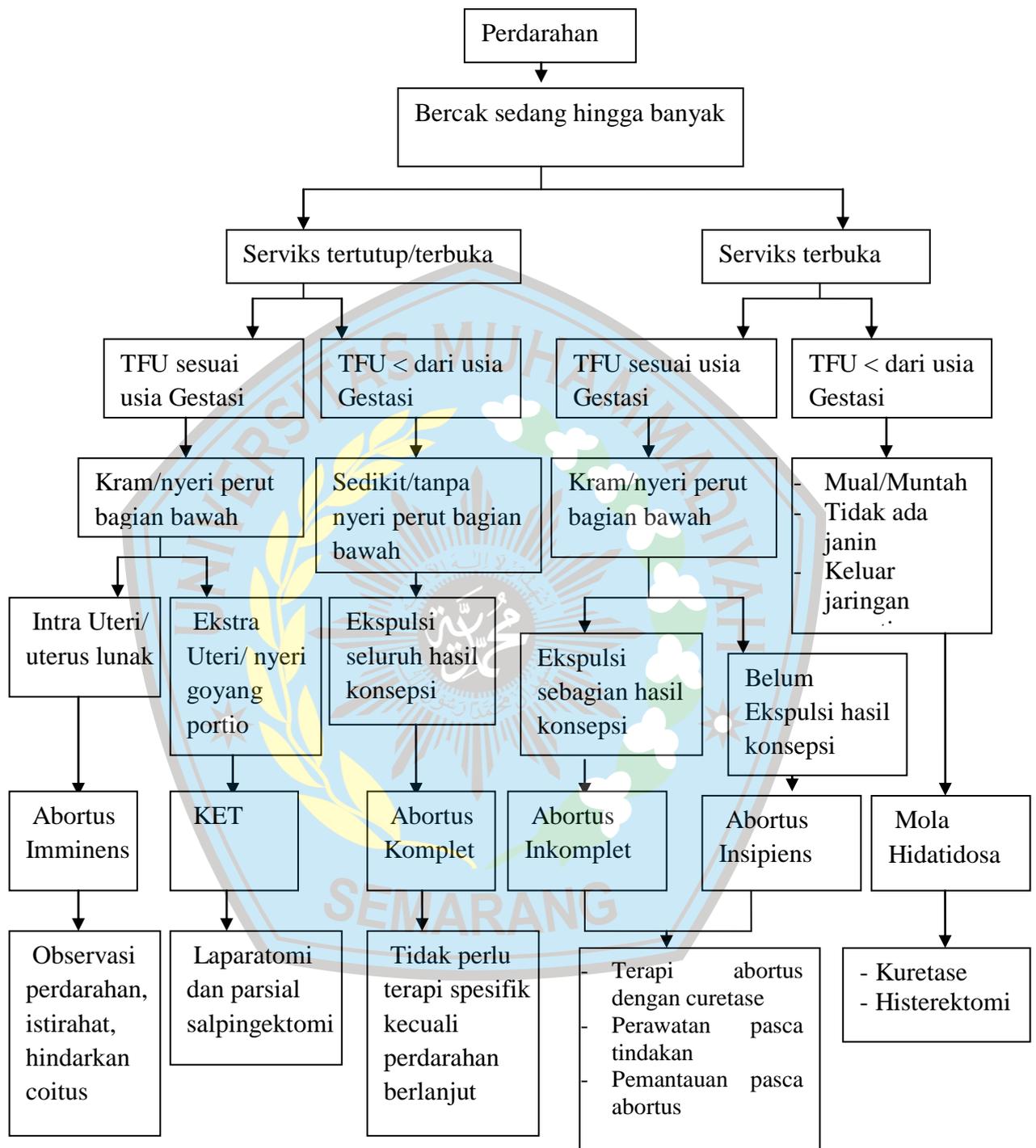
- 8) Masalah lingkungan seperti obat-obatan, toksin, stres dan pekerja shift malam
- 9) Infeksi
- 10) Defek fase luteal
- 11) Konsumsi alkohol tingkat sedang atau lebih banyak
- 12) Sindrom ovarium polikistik
- 13) Diabetes tidak terkontrol
- 14) Lupus eritematosus sistemik

g. Penatalaksanaan

Menurut Manuaba (2010) penatalaksanaan abortus sebagai berikut:

- 1) Konservatif
 - a) Tirah baring
 - b) Obat penenang
- 2) Hormon terapi
 - a) Derivat progesteron
 - b) Dupaston
 - c) Gestanon
- 3) Periksa laboratorium
- 4) Tindakan definitif
 - a) Persiapan dilatasi dan kuretase
 - b) Pasang infus KP transfusi darah
 - c) Dilatasi dan kuretase

h. Pathways Abortus



Bagan 2. 1 Pathway Abortus

(Prawirohardjo, 2008)

3. Abortus Inkomplit

a. Pengertian Abortus Inkomplit

Abortus inkomplit (keguguran tidak lengkap) adalah pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadangkadangkang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pendarahan tidak akan berhenti sebelum sisa janin dikeluarkan, dapat menyebabkan syok (Irianti, 2012).

b. Tanda-tanda Abortus Inkomplit

- 1) Setelah terjadi abortus dengan pengeluaran jaringan, pendarahan berlangsung terus.
- 2) Sering cervix tetap terbuka karena masih ada benda di dalam rahim yang dianggap corpus allieum, maka uterus akan berusaha mengeluarkannya dengan mengadakan kontraksi. Tetapi kalau keadaan ini dibiarkan lama cerviksakan menutup kembali (Pudiastuti, 2012)

c. Diagnosis

- 1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis.
- 2) Perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat.
- 3) Terjadi infeksi ditandai suhu tinggi.
- 4) Dapat terjadi degenerasi ganas.
- 5) Pada pemeriksaan dijumpai gambaran:
 - a) Kanalis servikalis terbuka
 - b) Dapat diraba jaringan dalam rahim.
 - c) Lakukan pemeriksaan bimanual: ukuran uterus, dilatasi, nyeri tekan, penipisan serviks, serta kondisi ketuban.
 - d) Jika hasil pemeriksaan negatif, lakukan pemeriksaan denyut jantung janin untuk menentukan kelangsungan hidup janin dan tenangkan keadaan ibu.

- e) Jika perdarahan terus berlanjut, khususnya jika ditemui uterus lebih besar dari yang harusnya mungkin menunjukkan kehamilan ganda atau molahidatidosa.
- f) Jika perdarahan berhenti, lakukan asuhan antenatal seperti biasa dan lakukan penilaian jika terjadi perdarahan lagi.
- g) Konsultasi dan rujuk ke dokter spesialis jika terjadi perdarahan hebat, kram meningkat atau hasil pemeriksaan menunjukkan hasil abnormal (Yulaikhah, 2015)

d. Penanganan

Abortus Inkomplit Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ngot Thi Nuh Nguyen, 2013 adalah 300 terdaftar antara bulan September 2009 dan Mei 2010. Hampir semua Peserta (96,3%) berhasil menyelesaikan pemeriksaan dengan menggunakan dosis tunggal misoprostol 400 mcg. Mayoritas wanita (87,2%) menemukan efek samping yang bisa ditoleransi atau mudah ditolerir. Sebagian besar wanita (84,3%) merasa puas atau sangat puas. Dengan perlakuan yang mereka terima: hanya satu yang tidak puas (0.3%).

Penelitian ini mengkonfirmasi bahwa 400 mcg sublingual misoprostol efektif mengevakuasi uterus untuk sebagian besar. Wanita mengalami aborsi tidak lengkap. Tingginya tingkat kepuasan dan tolerabilitas efek samping juga membuktikan kemudahan penggunaan metode ini. Dari data tersebut dan diberikan consensus Internasional seputar keefektifan misoprostol untuk perawatan aborsi yang tidak lengkap, tampaknya tepat waktu penggunaan obat untuk indikasi ini diperluas secara luas baik di seluruh Vietnam maupun dimanapun akses terhadap perawatan aborsi terbatas (Ngot Thi Nuh Nguyen dkk, 2013).

Abortus Inkomplit harus segera dibersihkan dengan curettage atau secara digital. Selama masih ada sisa-sisa plasenta akan terus terjadi pendarahan (Pudiastuti,2012)

Penanganan

- 1) Terapi abortus dengan curetase
- 2) Perawatan pasca tindakan
- 3) Pemantauan pasca abortus

Penanganan

- 1) Lakukan konseling.
- 2) Lakukan penilaian secara cepat mengenai keadaan umum ibu termasuk tanda-tanda vital (nadi, tekanan darah, pernapasan, suhu).
- 3) Pemeriksaan tanda-tanda syok (akral dingin, pucat, takikardi, tekanan sistolik <90 mmHg). Jika terdapat syok, lakukan tatalaksana awal syok. Jika tidak terlihat tanda-tanda syok, tetap pikirkan kemungkinan saat penolong melakukan evaluasi mengenai kondisi ibu karena kondisinya dapat memburuk dengan cepat.
- 4) Bila terdapat tanda-tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikan kombinasi antibiotika sampai ibu bebas demam untuk 48 jam:
 - a) Ampisilin 2 g IV/IM kemudian 1 g diberikan setiap 6 jam.
 - b) Gentamicin 5 mg/kgBB IV setiap 24 jam
 - c) Metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam
- 5) Segera rujuk ibu ke rumah sakit.
- 6) Semua ibu yang mengalami abortus perlu mendapat dukungan emosional dan konseling kontrasepsi pasca keguguran (WHO, 2013)
- 7) Jika perdarahan ringan atau sedang dan usia kehamilan kurang dari 16 minggu, gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencup dari serviks.
- 8) Jika perdarahan berat atau usia kehamilan kurang dari 16 minggu, lakukan evaluasi isi uterus. Aspirasi vacuum manual (AVM) adalah metode yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia. Jika evaluasi tidak dapat

segerah dilakukan, berikan ergometri 0,2 mg IM (dapat di ulang 15 menit kemudian bila perlu).

- 9) Jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam satu liter NaCl 0,9% atau ringer laktat dengan kecepatan 40 tetes/menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi.
 - 10) Lakukan evaluasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
 - 11) Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopis dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi kelaboratorium.
 - 12) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar hb > 8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang (WHO, 2013)
- e. Komplikasi abortus inkomplit

1) Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

2) Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus pada posisi hiperretrofleksi. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadi perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada uterus dan apakah ada perlukaan alat-alat lain.

3) Infeksi

Infeksi dalam uterus dan sekitarnya dapat terjadi disetiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkomplit dan lebih sering

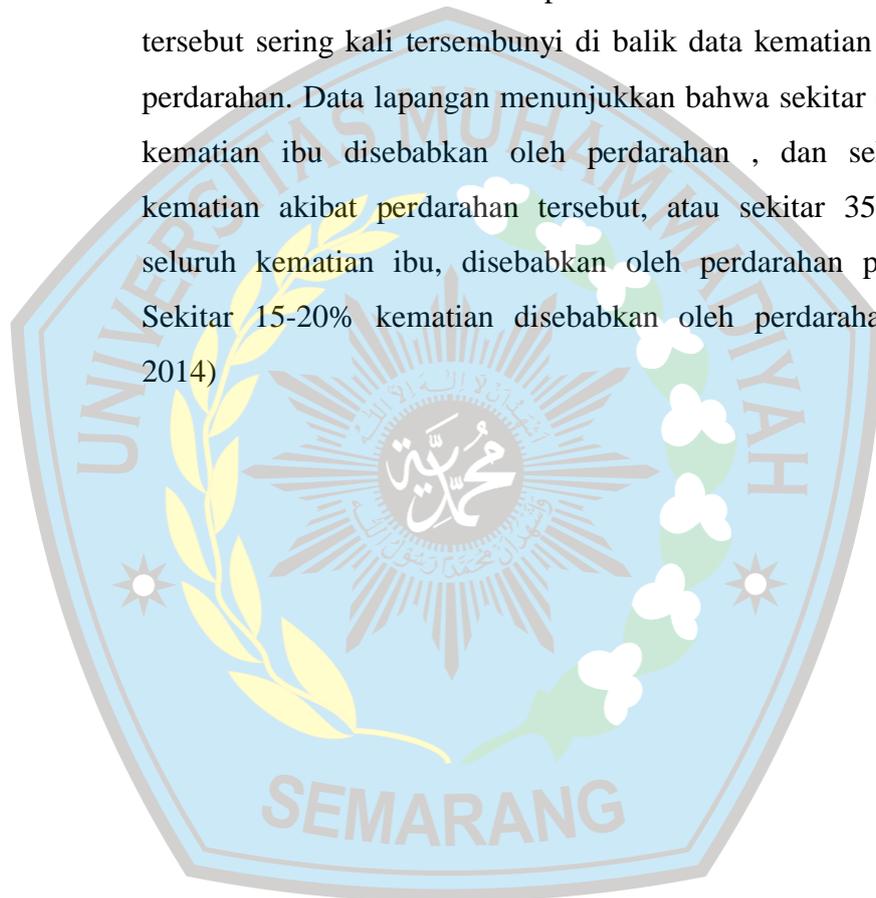
pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan aseptis dan antisepsis.

4) Syok

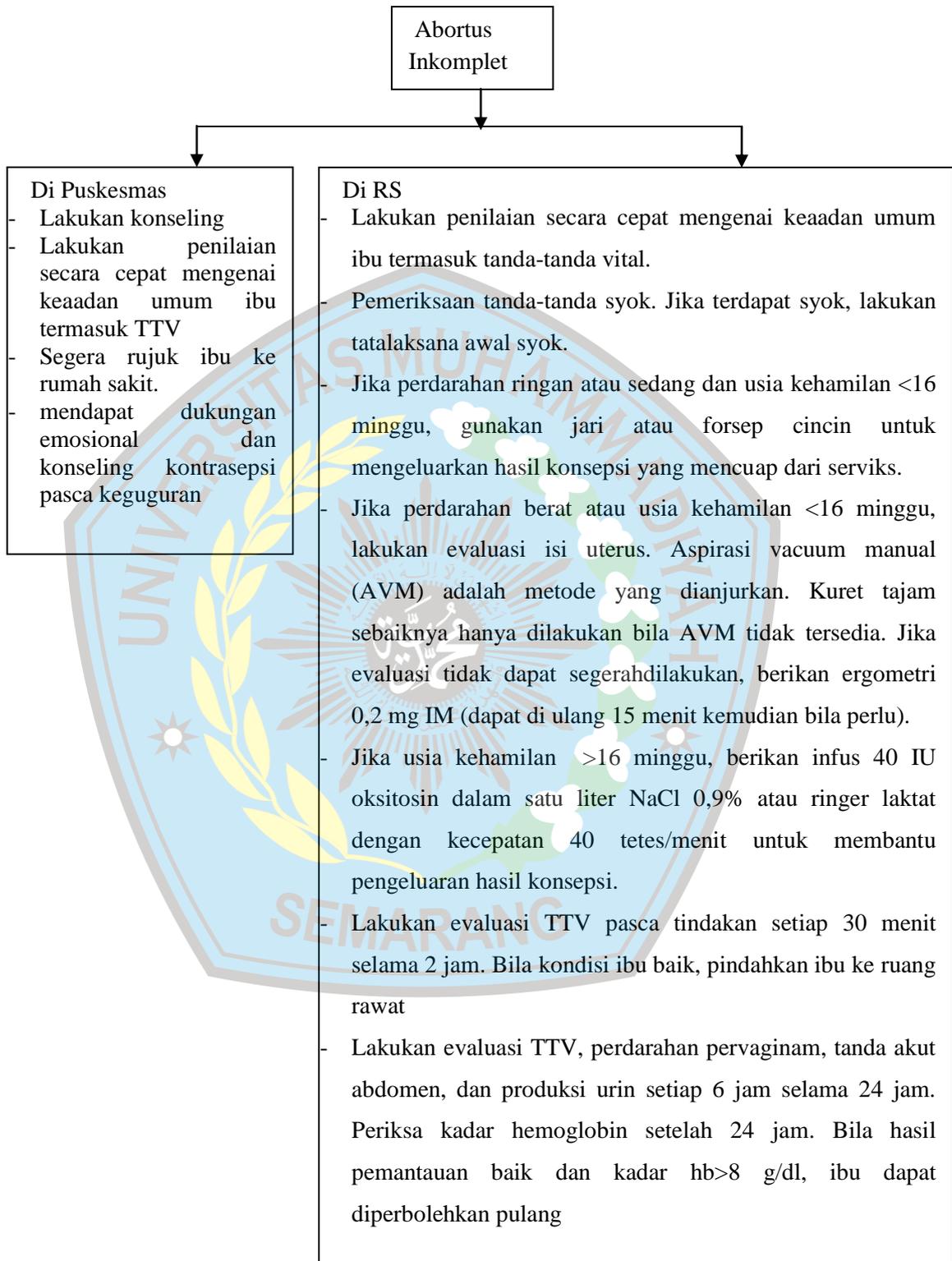
Syok pada abortus biasa terjadi karena perdarahan dan karena infeksi berat

5) Kematian

Abortus berkontribusi terhadap kematian ibu sekitar 15%. Data tersebut sering kali tersembunyi di balik data kematian ibu akibat perdarahan. Data lapangan menunjukkan bahwa sekitar 60% -70% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan , dan sekitar 60% kematian akibat perdarahan tersebut, atau sekitar 35-40% dari seluruh kematian ibu, disebabkan oleh perdarahan postpartum. Sekitar 15-20% kematian disebabkan oleh perdarahan (Irianti, 2014)



f. Pathway Abortus Inkomplit



Sumber:

(Pudiasuti,2012), (WHO, 2013)

B. Teori Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2003).

1. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney yang menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis yaitu :

Langkah 1 : Mengumpulkan data baik melalui anamnesa dan berikut adalah pemeriksaan yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara menyeluruh.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pengalaman riwayat
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Pemeriksaan khusus
- d. Pemeriksaan penunjang

Langkah berikut merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

Langkah 2 : Menginterpretasikan data dengan tepat untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosa

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan

diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial atau mungkin timbul untuk mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4 : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan keputusan konsultasi dan kolaborasi dokter.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.

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

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologi.

Langkah 6 : Pelaksanaan pemberian asuhan dengan memperhatikan efisiensi dan keamanan tindakan.

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

Langkah 7 : Mengevaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan.

Dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif, untuk mengetahui faktor yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah diidentifikasi di alam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

C. Dasar Hukum Kewenangan Bidan

Dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan anemia, seseorang bidan akan membatasi kewenangannya sesuai dengan:

1. KEPMENKES RI No 900/ MENKES/SK/VII/2002.
 - a. Pasal 25 ayat 1: “ Bidan yang menjalankan praktik harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan pendidikan dan pengalaman

serta dalam memberikan pelayanan kebidanan berdasarkan standar profesi.”

- b. Pasal 35 ayat 1: “ Bidan yang melakukan praktik dilarang: Menjalankan praktik apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam izin praktik, melakukan perbuatan yang bertentangan dengan standar profesi.
 - c. Pasal 42 (c) yaitu “ melakukan praktik kebidanan tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (1) ayat (2) dipidana sesuai dengan ketentuan Pasal 35 Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga Kesehatan. ”
2. UU Kesehatan No 23 tahun 1992.
- a. Pasal 15
 - 1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan janinnya, dapat dilakukan tindakan medis tertentu.
 - 2) Tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) hanya dapat dilakukan:
 - a) Berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut
 - b) Oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggungjawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli.
 - c) Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya.
 - d) Pada sarana kesehatan tertentu.
 - b. Pasal 80 yaitu “ Barang siapa dengan sengaja melakukan tindakan medis tertentu pada ibu hamil yang tidak memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 ayat (1) dan ayat (2), dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun dan pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000, 00 (lima ratus juta rupiah).

3. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 75 Butir (1) setiap orang dilarang melakukan aborsi. Namun demikian, ada dua kondisi dimana seorang wanita dapat melakukan aborsi yaitu dalam PP nomor 61 Tahun 2014 Pasal 31 tentang Kesehatan Reproduksi yakni:

- a. Kehamilan karena korban perkosaan
- b. Kehamilan karena kondisi darurat medis

4. UU No. 61 Tahun 2014 Pasal 31 tentang Kesehatan Reproduksi.

Ancaman Pidana terhadap pelaku aborsi yang tidak sesuai dengan Undang-Undang di atas antara lain: “setiap orang yang dengan sengaja melakukan aborsi tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 75 ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 tahun dan denda paling banyak Rp1 miliar.”

