

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. IKTERUS FISIOLOGIS

1. Pengertian Ikterus Fisiologis

Physiologic jaundice (PJ) atau Ikterus neonatorum yang terjadi pada bayi baru lahir disebabkan karena imaturitas dari hepar biasanya timbul pada umur antara 2-5 hari, dan hilang pada umur 5-8 hari pada bayi cukup bulan atau sampai umur 2 minggu pada bayi premature atau pada bayi dari ibu dengan diabetes mellitus. Secara normal, kadar bilirubin reaksi indirek dalam serum talipusat adalah 1-3 mg/dL dan meningkat <5 mg/dL/24 jam, jadi Ikterus terlihat pada hari 2-3, biasanya maksimum pada hari 2-4 yaitu 5-6 mg/dL, dan menurun menjadi <2 mg/dL pada hari 5-7.

Ikterus pada hari ketiga postpartum adalah ikterus fisiologis yang tidak memerlukan pengobatan, perubahan Ikterus mengikuti pola tersebut adalah tergolong Fisiologis dan diyakini bahwa hal tersebut terjadi sebagai akibat dari peningkatan bilirubin oleh pemecahan SDM janin disertai dengan adanya keterbatasan sementara dari proses konjugasi oleh hepar yang masih imatur. Pada bayi cukup bulan kadar bilirubin biasanya <7 mg/dL dan jarang mencapai >10 mg/dL. Kadar bilirubin >12 mg/dL pada bayi cukup bulan adalah patologik. (Astari Yuni R,2020)

Peningkatan kadar bilirubin dalam serum per hari pada bayi cukup bulan adalah tidak >1.5 mg/dL. Pada bayi kurang bulan kadar bilirubin dalam serum

dapat meningkat dan mencapai 15-20 mg/dL dan kadar tingkat demikian memerlukan penanganan lebih lanjut. Walaupun pada bayi dalam umur 10 hari pertama terjadi destruksi eritorit dalam jumlah yang besar, namun tidak akan terjadi Ikterus bila fungsi hati sudah matang, aliran bilirubin dari usus kembali ke hati juga merupakan factor penyebab timbulnya Ikterus fisiologis (Oswari Hanifah, 2017).

Factor lain yang mempengaruhi terhadap terjadinya peningkatan bilirubin adalah hipoksia, minum air susu ibu (ASI), penyakit membrane hialin (HMD), hipoglikemia, asidosis, hipotermia dan hipoproteemia, keadaan tersebut juga merupakan predisposisi untuk terjadinya kren Ikterus walau kadar bilirubin tidak terlalu tinggi. Bayi yang berusia kurang dari 2 minggu, bila terlihat kuning, umumnya hal ini terjadi karena peningkatan bilirubin indirek. Bayi kuning berusia ini paling sering terjadi karena kuning “normal” Fisiologis saja. Maksudnya dalam perkembangan normal bayi baru lahir memang sering bukan dianggap pada penyakit (Bijanti Retno,2010)

2. Klasifikasi Bayi Ikterus

Dibedakan menjadi 3 tipe ikterus fisiologis, ikterus patologi k e r n ikterus:

a. Ikterus Fisiologi

Tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Ikterus fisiologi bisa juga disebabkan karena hati dalam bayi tersebut belum matang, atau disebabkan kadar penguraian sel darah merah yang cepat. Adanya metabolisme

normal bilirubin pada bayi baru lahir usia minggu pertama. Peningkatan kadar bilirubin pada hari-hari pertama kehidupan dapat terjadi pada sebagian besar neonatus. Hal ini disebabkan karena tingginya kadar eritrosit neonatus dan umur eritrosit yang lebih pendek (80-90 hari) dan fungsi hepar yang belum matang. Peningkatan bilirubin ini tidak melebihi 10mg/dl pada bayi cukup bulan dan 12mg/dl pada bayi kurang bulan yang terjadi pada hari 2-3, dan mencapai puncaknya pada hari ke 5-7, kemudian menurun kembali pada hari ke-14, Selain itu bisa karena pemberian minum yang belum mencukupi. Bayi yang puasa panjang atau asupan kalori/cairan yang belum mencukupi akan menurunkan kemampuan hati untuk memproses bilirubin (Oswari Hanifah, 2017).

b. Ikterus patologi

Ikterus patologi adalah ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia. Dasar patologi ini misalnya jenis bilirubin saat timbulnya dan menghilangnya ikterus dan penyebabnya. Ikterus diikuti dengan adanya tanda – tanda penyakit yang mendasari pada setiap bayi (muntah, letargi, malas menetek, penurunan berat badan yang cepat, dan suhu yang tidak stabil). Ikterus bertahan setelah 8 hari pada bayi cukup bulan atau setelah 14 hari pada bayi kurang bulan. 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)

c. Kern Ikterus

Kern mengacu pada ensefalopati bilirubin yang berasal dari deposit bilirubin terutama pada batang otak (brainstem) dan nucleus serebrobasal. Warna kuning (jaundis pada jaringan otak) dan nekrosis neuron akibat toksik bilirubin tidak terkonjugasi (unconjugated bilirubin) yang mampu melewati sawar darah otak karena kemudahannya larut dalam lemak (high lipid solubility). Kern ikterus bisa terjadi pada bayi tertentu tanpa disertai jaundis klinis, tetapi umumnya berhubungan langsung pada kadar bilirubin total dalam serum. (Purba Handayani, 2020).

3. Karakteristik Ikterus Fisiologis

Ikterus Fisiologis mempunyai karakteristik sebagai berikut :

- a. Timbul pada hari ke 2-3 dan hilang pada umur 4-5 hari. Kadar bilirubin indirek (larut dalam lemak) tidak melewati 12 mg/dl pada neonatus cukup bulan dan 15 mg/dL pada kurang bulan.
- b. Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg/dL per hari.
- c. Kadar bilirubin direk (larut dalam air) kurang dari 1mg/dL.
- d. Gejala ikterus akan hilang pada sepuluh hari pertama kehidupan.
- e. Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis tertentu. (Magdalena C, 2020)

4. Etiologi Ikterus Fisiologi

Etiologi peningkatan bilirubin umum terjadi pada setiap bayi baru lahir karena hemolisis yang disebabkan oleh jumlah sel darah merah lebih banyak dan berumur lebih pendek. Fungsi hepar yang belum sempurna sehingga penurunan bilirubin oleh hepatosit dan konjugasi. Kejadian ikterus atau hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir disebabkan oleh disfungsi hati pada bayi baru lahir sehingga organ hati pada bayi tidak dapat berfungsi maksimal dalam melarutkan bilirubin ke dalam air yang selanjutnya disalurkan ke empedu dan diekskresikan ke dalam usus menjadi urobilinogen. Hal tersebut menyebabkan kadar bilirubin meningkat dalam plasma sehingga terjadi ikterus pada bayi baru lahir (Anggraini, 2016) Etiologi ikterus pada bayi baru lahir 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 hemolisis yang meningkat pada inkompatibilitas darah Rh, ABO, golongan darah lain, defisiensi enzim G6PD, pyruvate kinase, perdarahan tertutup dan sepsis.
- b. Gangguan dalam proses uptake dan konjugasi hepar gangguan ini dapat disebabkan oleh imaturitas hepar, kurangnya substrat untuk konjugasi bilirubin, gangguan fungsi hepar akibat asidosis, hipoksia, dan infeksi atau tidak terdapatnya enzim glukoronil transferase (Crigler Najjar syndrome). Penyebab lain ialah defisiensi protein Y dalam hepar yang berperan penting dalam uptake bilirubin ke sel-sel hepar
- c. Gangguan dalam transportasi bilirubin dalam darah terikat oleh albumin kemudian diangkut ke hepar, ikatan bilirubin dengan albumin ini dapat

dipengaruhi oleh obat-obatan misalnya salisilat, sulfatfurazole. Defisiensi albumin menyebabkan lebih banyak terdapatnya bilirubin indirek yang bebas dalam darah yang mudah melekat ke sel otak. 18

- d. Gangguan dalam sekresi, gangguan ini dapat terjadi akibat obstruksi dalam hepar atau diluar hepar, biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain.
- e. Obstruksi saluran pencernaan (fungsional atau struktural) dapat mengakibatkan hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi akibat penambahan dari bilirubin yang berasal dari sirkulasi enterohepatik.
- f. Ikterus akibat air susu ibu (ASI) merupakan hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi yang mencapai puncaknya terlambat (biasanya menjelang hari ke 5-6). Dapat dibedakan dari penyebab lain dengan reduksi kadar bilirubin yang cepat bila disubstitusi dengan susu formula selama 1-2 hari. Hal ini untuk membedakan ikterus pada bayi yang disusui ASI selama minggu pertama kehidupan. Sebagian bahan yang terkandung dalam ASI (beta glucuronidase) akan memecah bilirubin menjadi bentuk yang larut dalam lemak sehingga bilirubin indirek akan meningkat dan kemudian akan diresorpsi oleh usus. Bayi yang mendapat ASI bila dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula, mempunyai kadar bilirubin yang lebih tinggi berkaitan dengan penurunan asupan pada beberapa hari pertama kehidupan. Pengobatannya bukan dengan menghentikan pemberian ASI melainkan dengan meningkatkan frekuensi pemberian (Sembiring Br J,2019)

5. Patofisiologi Ikterus Fisiologi

a. Ikterus fisiologi

Sel-sel darah merah yang telah tua dan rusak akan dipecah menjadi bilirubin, yang oleh hati akan dimetabolisme dan dibuang melalui feses. Didalam usus juga terdapat banyak bakteri yang mampu mengubah bilirubin sehingga mudah dikeluarkan oleh feses. Hal ini terjadi secara normal pada orang dewasa. Pada bayi baru lahir, jumlah bakteripemetabolisme bilirubin ini masih belum mencukupi sehingga ditemukan bilirubin yang masih beredar dalam tubuh tidak dibuang bersama feses. Begitu pula dalam usus bayi terdapat enzim glukorinil transferase yang mampu mengubah bilirubin dan menyerap kembali bilirubin kedalam darah sehingga makin memperparah akumulasi bilirubin dalam badannya. Akibatnyapigmen tersebut akan disimpan dibawah kulit, sehingga kulit bayi menjadi kuning. Biasanya dimulai dari wajah, dada, tungkai dan kakimenjadi kuning. Biasanya hiperbilirubinemia dan sakit kuning akan menghilang setelah minggu pertama. Kadar bilirubin yang sangat tinggi biasanya disebabkan pembentukan yang berlebihan atau gangguan pembuangan bilirubin. Kadang pada bayi cukup umur yang diberi susu ASI, kadar bilirubin meningkat secara progresif pada minggu pertama, keadaan ini disebut jaundice ASI. Penyebabnya tidak diketahui dan hal ini tidak berbahaya, jika kadar bilirubin sangat tinggi mungkin perlu dilakukan terapi yaitu terapi sinar dan transfusi tukar. (Widagdo, 2012).

b. Patofisiologi Ikterus Patologi

Peningkatan kadar bilirubin tubuh dapat terjadi pada beberapa keadaan. Kejadian yang sering ditemukan adalah apabila terdapat penambahan beban pada sel hepar yang terlalu berlebihan.

Hal ini dapat ditemukan bila terdapat peningkatan penghancuran eritrosit, polisitemia, memendeknya umur eritrosit janin atau bayi, meningkatnya bilirubin dari sumber lain, atau terdapatnya peningkatan sirkulasi enterohepatik.

Gangguan pemecahan bilirubin plasma juga dapat menimbulkan peningkatan kadar bilirubin tubuh, hal ini dapat terjadi apabila kadar protein Y dan Z berkurang, atau pada bayi hipoksia, asidosis. Keadaan lain yang memperlihatkan peningkatan kadar bilirubin adalah apabila ditemukan gangguan konjugasi hepar atau neonatus yang mengalami gangguan eksresi, misalnya sumbatan saluran empedu. Pada derajat tertentu bilirubin ini akan bersifat toksik dan merusak jaringan tubuh.

Toksisitas terutama ditemukan ada bilirubin indirek yang bersifat sukar larut dalam air tapi mudah larut dalam lemak. Saat ini memungkinkan terjadinya efek patologis pada sel otak apabila bilirubin tadi dapat menembus darah otak. Kelainan yang terjadi pada otak disebut kernikterus. Pada umumnya dianggap bahwa kelainan pada syaraf pusat tersebut mungkin akan timbul apabila kadar bilirubin indirek lebih dari 20 mg/dl (Rahyani,2020).

6. Penyakit Yang Berhubungan dengan Ikterus Fisiologis

a. Kern Ikterus

Kernikterus adalah kelainan akibat kelebihan bilirubin merusak otak,

terutama bagian ganglia basal, hipokampus, serebelum, dan nukleus dari lantai ventrikel keempat. Pada bayi baru lahir, kadar bilirubin yang sangat tinggi dapat menembus sampai ke otak hingga menimbulkan kerusakan otak. Bilirubin merupakan pigmen berwarna kuning kecokelatan yang ditemukan di dalam empedu, darah, dan tinja. Bilirubin berasal dari pemecahan hemoglobin di sel darah merah dan perombakan zat lain. Risiko kernikterus meningkat jika seseorang memiliki penyakit hemolitik yang tidak diobati dan kadar bilirubin lebih dari 25-30 mg/dL. Kelebihan bilirubin lebih berisiko pada bayi yang mengidap penyakit kuning pada 24 jam pertama kehidupan, riwayat saudara kandung pernah menerima fototerapi, ras Asia Timur, bayi laki-laki, usia ibu lebih dari 25 tahun, dan pengidap diabetes.

b. Hipotiroid

Pada keadaan bayi dengan fungsi kelenjar tiroid yang kurang normal yang disebut hipotiroid. Hormone tiroid bayi kurang jumlahnya. Akibatnya bayi bisa kuning memanjang dan lambat menurun. Bila bayi diberikan tambahan hormone tiroid, kuning akan lebih cepat hilang. Sebenarnya kuning pada keadaan ini tidak berbahaya, tetapi kekurangan hormone tiroid ini yang bisa berbahaya menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan bayi terganggu dan dapat menurunkan IQ bayi nantinya bila terlambat diberikan tambahan hormone tiroid.

c. Infeksi Saluran Kemih

Bayi kuning dapat terjadi karena infeksi saluran kemih. Adanya bakteri dalam saluran kemih dapat membuat bayi terlihat kuning (peningkatan bilirubin indirek). Dokter biasanya akan meminta pemeriksaan urin rutin dan kultur urin

untuk mencari kemungkinan infeksi saluran kemih. Dokter akan memberikan antibiotic yang sesuai untuk bayi apabila infeksi saluran kemih yang menjadi penyebabnya.

d. Atresia Bilier

Atresia bilier adalah penyakit hati dengan gejala kuning yang mengenai bayi. Gejala umumnya terlihat pada usia 2-8 minggu. Hati yang normal akan mengeluarkan empedu melalui saluran empedu dari hati ke usus 12 jari yang disebut juga duodenum. Pada atresia bilier, aliran empedu dari hati ke duodenum terhambat total, empedu tidak dapat mengalir sampai ke duodenum, akibatnya empedu tidak bisa sampai ke duodenum. Empedu akan tertahan di hati, empedu yang tertahan ini, mengandung asam empedu yang bila berlebihan dapat merusak hati dalam waktu cepat. Dalam 3 bulan hati dapat mengalami kerusakan hati hebat yang disebut serosis hati.

Bayi dengan atresia bilier perlu ditangani dan dilakukan operasi Kasai sebelum usia 2 bulan, yaitu sebelum hati bayi menjadi serosis. Operasi adalah usaha menyambung usus langsung ke hati. Akibatnya, empedu dari hati tidak lagi melalui saluran empedu masuk ke duodenum, tapi langsung masuk ke usus, sehingga empedu bisa lancar dialirkan keluar hati.

Gejala dan Tanda Atresia Bilier :

- 1) Bayi kuning pada usia 2 minggu atau lebih
- 2) Urinya bewarna kuning (tua)
- 3) USG hati terlihat ada pengosongan kandung empedu atau bahkan kandung empedu tidak terlihat pada bayi sudah dipuasakan lama.

Atresia bilier mengenai bayi 1 diantara 8.000-15.000 bayi lahir hidup. Lebih banyak mengenai bayi perempuan dibandingkan laki- laki, jadi setiap bayi kuning setelah usia 2 minggu wajib dipikirkan mengalami atresia bilier.

e. Ibu Diabetes Melitus

Bayi dari ibu hamil dengan diabetes mellitus yang selama hamilnya ibu mempunyai kadar gula darah yang tinggi , seringkali lebih besar dari bayi lain. Bila IDM tidak terkontrol maka lebih sering mengalami abortus atau lahir mati. Partus berlangsung sulit, dengan lebih sering trauma lahir. Manifestasi klinik pada bayi IDM ialah bayi terlihat besar untuk masa gestasi, wajah bulat, bayi nampak kemerahan, bercak kebiruan pada kulit, takikardia, takipneu, menangis lemah, hipoglikemia berat, Ikterus, malas minum, let alergi, tremor, atau gemetar atau menggigil segera setelah lahir. (Oktaria Mika,2015)

7. Penatalaksanaan Ikterus Fisiologis

Ikterus yang berhubungan dengan pemberian ASI disebabkan oleh peningkatan bilirubin indirek. Ada 2 jenis ikterus yang berhubungan dengan pemberian ASI, yaitu:

- a. Jenis pertama: ikterus yang timbul dini (hari kedua atau ketiga) dan disebabkan oleh asupan makanan yang kurang karena produksi ASI masih kurang pada hari pertama.
- b. Jenis kedua: ikterus yang timbul pada akhir minggu pertama, bersifat familial disebabkan oleh zat yang ada di dalam ASI. Ikterus karena ASI pertama kali didiskripsikan pada tahun 1963. Karakteristik ikterus karena ASI adalah kadar bilirubin indirek yang masih meningkat setelah 4-8 hari pertama, berlangsung

lebih lama dari ikerus fisiologis yaitu sampai 3-12 minggu dan tidak ada penyebab lainnya yang dapat menyebabkan ikterus. Ikterus karena ASI berhubungan dengan pemberian ASI dari seorang ibu tertentu dan biasanya akan timbul ikterus pada setiap bayi yang disusukannya. Selain itu, ikterus karena ASI juga bergantung kepada kemampuan bayi mengkonjugasi bilirubin indirek (misalnya bayi prematur akan lebih besar kemungkinan terjadi ikterus).

Bayi yang mendapat ASI eksklusif dapat mengalami ikterus. Ikterus ini disebabkan oleh produksi ASI yang belum banyak pada hari hari pertama. Bayi mengalami kekurangan asupan makanan sehingga bilirubin direk yang sudah mencapai usus tidak terikat oleh makanan dan tidak dikeluarkan melalui anus bersama makanan. Di dalam usus, bilirubin direk ini diubah menjadi bilirubin indirek yang akan diserap kembali ke dalam darah dan mengakibatkan peningkatan sirkulasi enterohepatik. Keadaan ini tidak memerlukan pengobatan dan jangan diberi air putih atau air gula. Untuk mengurangi terjadinya ikterus dini perlu tindakan sebagai berikut :

- a. Bayi Dalam Waktu 30 Menit Diletakkan Ke Dada Ibunya Selama 30-60 Menit
- b. Posisi Dan Perlekatan Bayi Pada Payudara Harus Benar
- c. Berikan kolostrum karena dapat membantu untuk membersihkan mekonium dengan segera. Mekonium yang mengandung bilirubintinggi bila tidak segera dikeluarkan, bilirubinnya dapat diabsorpsi kembali sehingga meningkatkan kadar bilirubin dalam darah.
- d. Bayi Disusukan Sesuai Kemauannya Tetapi Paling Kurang 8 Kali Sehari.

- e. Jangan Diberikan Air Putih, Air Gula Atau Apapun Lainnya Sebelum Asi Keluar Karena Akan Mengurangi Asupan Susu.
- f. Monitor Kecukupan Produksi Asi Dengan Melihat Buang Air Kecil Bayi Paling Kurang 6-7 kali sehari dan buang air besar paling kurang 3-4 kali sehari (Widagdo, 2012).

B. MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen asuhan kebidanan adalah sebuah metode dengan perorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan (Sih Mulyati, 2017)

1. Tujuh Langkah Varney

Ada tujuh langkah dalam menejemen kebidanan menurut Varney sebagai berikut :

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang di lakukan adalah pengkajian dengan mengumpulkan semua yang di perlukan untuk mengevaluasi klien secara lengkap.

(Sih Mulyati, 2017) Data yang di kumpulakan antara lain :

- 1) Keluhan klien.
- 2) Riwayat kesehatan klien.
- 3) Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan.
- 4) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya.
- 5) Meninjau data laboratorium.

Pengumpulan data dasar adalah pengumpulan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data dasar initer masuk ke riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dengan kebutuhannya,meninjau bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap.(Rahma P. 2013)

b. Langkah II : Interpretasi Data

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Sih Mulyati, 2017)

c. Langkah III : Identifikasi diagnosis / Masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain. Berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Membutuhkan antisipasi bila mungkin dilakukann pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Sih Mulyati, 2017)

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada langkah ini yang di lakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk di konsultasikan atau di tangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. (Sih

Mulyati, 2017)

e. Langkah V : Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dan kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi berikutnya, penyuluhan, konsuling, dan rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologi bila di perlukan. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap klien tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah di setuju oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan wanita tersebut yang pada akhirnya akan melaksanakan rencan tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai pembahasan rencana bersama klien tersebut kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakan (Sih Mulyati, 2017)

f. Langkah VI : Pelaksanaan

Melaksanakan asuhan yang telah di buat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa di lakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. (Sih Mulyati, 2017)

g. Langkah VII : Evaluasi

Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan , yang mencakup pemenuhan kebutuhan untuk menilai apakah sudah benar-benar

terlaksana/terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis. (Sih Mulyati, 2017)

2. Data Fokus SOAP

Catatan perkembangan dengan dokumentasi SOAP menurut Sih dan Mulyati (2017:135), Definisi SOAP adalah:

a. S = DATA SUBJEKTIF

Data subjektif (S), merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesa. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisa, dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

b. O = DATA OBYEKTIF

Data obyektif (O) merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan Helen Varney pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan data obyektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan

diagnosis.

c. A = ANALISIS ATAU ASSESSMENT

Analisis atau assessment (A), merupakan pendokumentasi hasil analisis dan intervensi (kesimpulan) dari data subjektif dan obyektif, dalam pendokumentasi manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

Analisis atau assessment merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial. serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

d. P = PLANNING

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana

asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Pendokumentasi P adalah SOAP ini, adalah sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

Penatalaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam planning ini juga harus mencantumkan evaluation/ evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/ pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang tercapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/ asuhan, jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP