

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kasus Keterlambatan Bicara dan Bahasa

1. Pengertian

Bahasa adalah pengolahan secara konseptual dari komunikasi yang meliputi pemahaman dan pengekspresian informasi, perasaan, ide, dan pikiran. Berbicara adalah produk verbal dari bahasa dengan ekspresi artikulasi verbal. Seorang anak dinilai memiliki keterlambatan bicara dan bahasa jika perkembangan bicara dan bahasanya secara signifikan berada di bawah milestone anak seusianya. Perkembangan bicara dan bahasa anak tersebut masih dalam sekuen/urutan yang benar, namun lebih lambat dari yang diharapkan. Sedangkan anak-anak dengan gangguan bicara dan bahasa, perkembangan bicara dan bahasanya secara kualitatif berbeda dari anak pada umumnya (Hartanto, 2018).

Orangtua umumnya sudah mengeluh keterlambatan bicara dan bahasa pada umur 2 tahun namun sebagian dokter memilih menunggu berdasarkan fakta bahwa perkembangan bicara masih sangat bervariasi pada umur 2 tahun. Anak yang mengalami keterlambatan bicara, akan mengejar keterlambatannya tersebut pada umur 3 tahun dan bila keterlambatan bicara hanya disebabkan oleh keterlambatan perkembangan (maturational delay), prognosisnya cukup baik. Diagnosis keterlambatan bicara pada anak didefinisikan pada umur 2-3 tahun akibat dari adanya pandangan seperti diatas(pusponegoro,2017). Keterlambatan bicara dan bahasa pada anak didefinisikan sebagai ketidak normalan kemampuan berbicara seorang anak jika dibandingkan dengan kemampuan anaknya sesuai denganya (APA, 2015).

Tabel 1
Perkembangan Bicara dan Bahasa

Umur	Perkembangan bicara dan bahasa
1 tahun	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengenali nama sendiri b. Mengikuti perintah sederhana sesuai bahasa tubuh (misalnya mengucapkan “bye-bye”) c. Mencampuradukan kata-kata dan suara-suara jargon. d. Menggunakan bahasa tubuh yang komunikatif (menunjukkan sesuatu)
2 tahun	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggunakan hingga 300 kata b. Menggunakan frase yang berdiri atas dua kata atau lebih c. Menggunakan beberapa kata depan (misal didalam diatas) kata ganti (aku, kamu) akhiran kata tetapi tidak selalu benar d. Menikmati bermain dengan mainan yang dapat digunakan untuk bercerita
3 tahun	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggunakan hingga 1000 kata b. Menyusun kalimat yang terdiri dari tiga hingga empat kata biasanya dengan subjek dan predikat tetapi dengan struktur yang sederhana c. Mengikuti perintah yang diberikan dalam dua langkah d. Mengulangi kalimat dengan lima hingga tujuh suku kata e. Bicara biasanya bisa dihamai oleh anggota keluarga
4 tahun	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggunakan hingga 1600 kata b. Dapat mengulangi kembali cerita dan kejadian-kejadian dari masa lalu yang belum lama terjadi c. Memahami sebagian besar pertanyaan tentang lingkungan disekitarnya d. Menggunakan kata penghubung e. Bicara biasanya dipahami oleh orang asing
5 tahun	<ul style="list-style-type: none"> a. Menggunakan hingga 2300 kata b. Dapat mendiskusikan perasaan c. Memahami sebagian besar kata depan yang berhubungan dengan tempat dan waktu d. Mengikuti perintah dalam tiga langkah e. Menulis nama sendiri

Sumber : (Sadock, 2015)

2. Epidemiologi

Penyebab keterlambatan bicara sangat banyak dan bervariasi. Gangguan tersebut ada yang ringan sampai yang berat. Penyebab keterlambatan bicara bisa terjadi gangguan mulai dari proses pendengaran, penerus impuls ke otak, otot atau organ pembuat suara. Beberapa penyebab utama keterlambatan bicara diantaranya

adalah retardasi mental, gangguan pendengaran dan keterlambatan maturasi. Keterlambatan maturasi sering juga disebut keterlambatan bicara fungsional termasuk gangguan yang paling ringan dan saat usia tertentu akan membaik. Penyebab lain yang relatif jarang adalah kelainan organ bicara, kelainan genetik atau kromosom, autisme selektif, afasia reseptif, dan deprivasi lingkungan. Deprivasi lingkungan bisa disebabkan lingkungan sepi, dua bahasa, status ekonomi sosial, teknik pengajaran salah, sikap orangtua (Judarwanto, 2013).

Prevalensi keterlambatan bicara pada anak usia 2-7 tahun di Amerika Serikat berkisar antara 2,3-19%. Keterlambatan bicara 1,5 kali lebih sering ditemukan pada anak laki-laki. Di Klinik khusus Tumbuh Kembang, RS Harapan Kita Jakarta (2008-2009), pasien yang datang dengan keluhan utama keterlambatan bicara sebagian besar (69,6%) terdiagnosis pada usia antara 13-36 bulan, lebih banyak (71,2%) pada anak laki-laki. Kemungkinan anak mengalami keterlambatan bicara dan bahasa meningkat jika ada riwayat keterlambatan bahasa, membaca, menulis, dan kesulitan belajar pada keluarga. Faktor sosial, ekonomi, dan pendidikan orang tua juga menjadi faktor terjadinya keterlambatan bicara dan bahasa pada anak. Studi kohort di Inggris yang melibatkan 18.000 anak menemukan bahwa anak dengan tingkat sosio-ekonomi rendah memiliki risiko keterlambatan bicara dan bahasa 2 kali lipat (Hartanto, 2018).

3. Penyebab / Etiologi

Keterlambatan bicara primer termasuk keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa, gangguan bahasa ekspresif, gangguan bahasa reseptif (*Wernicke's aphasia*). Keterlambatan bicara dan bahasa sekunder merupakan atribut kondisi lain seperti gangguan pendengaran, disabilitas intelektual,

gangguan autism, retardasi mental, kelainan fisik, mutism, dan gangguan psikososial. Anak yang sehari-hari menggunakan dua bahasa (*bilingual*) mengalami ketertinggalan dalam bahasa dibandingkan anak yang berbahasa tunggal (*monolingual*) karena anak dengan dua bahasa perlu membedakan aturan dan susunan kata masing-masing bahasa, menghasilkan pola perkembangan bahasa yang berbeda dengan anak berbahasa tunggal (Hartanto, 2018).

Gangguan berbahasa atau berkomunikasi pada umumnya dapat dikategorikan sebagai berikut :

a. Gangguan berbicara yang disebabkan :

- 1) Masalah artikulasi
- 2) Gangguan bersuara
- 3) Masalah kefasihan
- 4) Afasia karena ketidaksempurnaan perkembangan otak
- 5) Keterlambatan berbicara yang dapat dipicu faktor lingkungan, gangguan pendengaran atau gangguan tumbuh kembang

4. Diagnosis

Diagnosis keterlambatan bicara dan berbahasa tidak mudah ditegakkan, karena berhubungan dengan fungsi otak, kegiatan motoric mulut, lidah, kerongkongan, pernafasan, pita suara dan tonus otot. (Etty Indriati, 2016). Dalam pertumbuhan dan perkembangan bahasa anak terdapat 2 macam bahasa yaitu :

Bahasa Reseptif merupakan bahasa yang dapat diterima oleh anak-anak. Anak yang bahasa reseptifnya baik dapat menjawab pertanyaan dengan benar. Namun apabila ingin mengetahui adanya gangguan bahasa reseptifnya adalah

kalau kosakata (vocabulary) anak-anak tidak banyak dan anak tersebut kesulitan dalam menjawab setiap pertanyaan yang diajukan pada dirinya.

Bahasa Ekspresif merupakan bahasa yang diekspresikan anak-anak, yang mana mereka lebih mengutarakan keinginannya atau pendapatnya, bertanya atau menjawab pertanyaan. Kesulitan mengekspresikan bahasa menimbulkan frustrasi dan anak-anak akan berusaha berkomunikasi dengan menunjuk dengan jarinya, atau dengan menyetuh bisa dengan halus atau biasanya dengan agak memukul orang yang sedang diajak bicara. Oleh karena itu anak-anak dengan kemampuan bahasa ekspresif biasanya terlihat seperti anak tersebut nakal atau hyperaktif, padahal pada kenyataannya, gaya bahasa ekspresif adalah ketidakmampuan diri anak tersebut dalam menyampaikan maksudnya, sehingga menggunakan kemampuan fisiknya untuk mengajak bicara orang atau teman di sekitarnya.

Tabel 2
Diagnosis Bandingan Beberapa Penyebab Keterlambatan Bicara dan Bahasa

	Gangguan pendengaran	Hendaya intelektual	Gangguan spektrum autisme	Gangguan defisit Bahasa ekspresif	Gangguan defisit Bahasa reseptif ekspresif	Mutisme selektif	Gangguan suara bicara
Pemahaman Bahasa	-	-	-	+	-	+	+
Bahasa ekspresif	-	-	-	-	-	Bervariasi	+
Audiogram	-	+	+	+	Bervariasi	+	+
Artikulasi	-	-	-	-	-	+	-
Bahasa dalam	+	+ (terbatas	-	+	+	+	+
Menggunakan Bahasa tubuh	+	+ (terbatas)	-	+	+	+ bervariasi	+
Meniru	-	+	+ (tidak tepat)	+	+	+	+
Merespons suara	Hanya pada suara keras atau dengan frekuensi tinggi	+	-	+	Bervariasi	+	+
Mengamati wajah	+	+	-	+	+	+	+
Kinerja	+	-	+	+	+	+	+

Sumber: (Sadock dkk, 2015)

5. Deteksi Awal

Tenaga pendidik anak usia dini, tenaga medis, dan profesi lainnya dapat mengidentifikasi risiko keterlambatan bicara dan bahasa pada anak-anak berdasarkan laporan orang tua. Rujukan segera ke ahli patologi bahasa dianjurkan jika orang tua khawatir anaknya memiliki masalah bicara dan bahasa atau jika ada faktor risiko tambahan. Sebaliknya, jika orang tua tidak khawatir dan tidak ada faktor risiko tambahan, pemantauan (*watchful waiting*) direkomendasikan untuk anak-anak yang belum dapat membuat gabungan katakata atau yang memiliki kosa kata terbatas (di bawah 40 kata) di usia 24 bulan.

Mencantumkan pola perkembangan anak yang normal. *American Academy of Pediatrics* (AAP) membuat panduan klinis yang merekomendasikan kunjungan anak saat berusia *auditory milestone scale* (CLAMS).

CAPUTE SCALES (CAT/CLAMS) Capute scales terdiri dari CLAMS untuk skrining gangguan bicara dan CAT untuk menilai kemampuan kognitif (*visual-motor*). Pada CLAMS akan dinilai kemampuan bahasa ekspresif dan reseptif anak; terdapat 43 milestones yang terdiri dari 26 milestones gugus tugas bahasa ekspresif (berdasarkan laporan orang tua saja) dan 17 milestones gugus tugas bahasa reseptif (6 laporan orang tua dan 11 demonstrasi anak).

Pada CAT terdapat 57 milestones *visual-motor/kognitif adaptif* yang harus dilakukan oleh anak dan tidak berdasarkan keterangan orang tua. Beberapa definisi dan istilah

- a. Usia ekuivalen/*age-equivalent* (AE) adalah usia (dalam bulan) seorang anak berfungsi sesuai dengan perkembangan yang diuji. Usia ekuivalen ditentukan dengan menambahkan usia basal dengan total bobot nilai desimal (*point*

values) yang diperoleh dari tiap uji/gugus tugas di atas usia basal yang mampu dilakukan oleh anak.

- b. Usia basal/basal age adalah usia tertinggi seorang anak dapat menyelesaikan semua gugus tugas dengan benar.
- c. Usia ceiling/*ceiling* age adalah usia tertinggi dengan 1 milestone masih bisa dilakukan oleh anak.
- d. Usia kronologis/*chronological age* (CA) adalah usia anak sebenarnya (dalam bulan) pada saat dilakukan uji.
- e. *Developmental quotient* (DQ) adalah skor yang menggambarkan proporsi perkembangan normal anak pada usia tersebut. Secara aritmetika DQ dihitung dengan membagi usia ekuivalen anak dengan usia kronologis anak, dinyatakan dalam persentase perkembangan yang diharapkan untuk usia kronologis.
- f. *Expressive language quotient* (ELQ) adalah usia ekuivalen pada expressive language milestone dibagi usia kronologis dikalikan 100.
- g. *Receptive language quotient* (RLQ) adalah usia ekuivalen pada receptive language milestone dibagi usia kronologis dikalikan 100.
- h. *Language quotient* (LQ) adalah total usia ekuivalen bahasa (language ageequivalent) dibagi dengan usia kronologis dikalikan 100. LQ merupakan sinonim CLAMS DQ.
- i. *Problem-solving* (cognitive/a daptive) *quotient* adalah total visual-motor (problem solving) age-equivalent dibagi dengan usia kronologis dikalikan 100, yang merupakan sinonim dari CAT DQ.
- j. *Full-scale* (composite) *developmental quotient* (FSDQ) merupakan nilai rerata CAT DQ dan CLAMS DQ, yang menunjukkan kemampuan keseluruhan anak.

6. Penatalaksanaan Kasus Yang Diambil

a. Terapi

Target utama terapi keterlambatan bicara adalah mengajarkan anak strategi untuk memahami secara komprehensif bahasa yang diucapkan orang lain dan menghasilkan sikap komunikasi yang baik, serta membantu orang tua mempelajari cara mendorong keterampilan komunikasi anak. Studi Wallace mendukung adanya efektivitas terapi bicara (*speech-language therapy*), terutama pada anak dengan gangguan bahasa ekspresif primer. Anak-anak yang memiliki gangguan bicara dan bahasa harus sesegera mungkin dirujuk ke ahli patologi bicara dan bahasa sebelum usia perkembangan bahasa, yaitu 2- 3 tahun. Periode 36 bulan pertama kehidupan adalah periode kritis perkembangan bahasa.

Kecepatan perkembangan bahasa selama periode ini tidak pernah diulang pada waktu lain di kehidupan. Intervensi dini sangat penting, risiko gangguan bicara dan bahasa permanen meningkat dibandingkan dengan teman seusianya yang normal.

Anak-anak usia 2 tahun dengan keterlambatan bahasa ekspresif, 2-5 kali lebih berisiko gangguan bahasa menetap pada akhir prasekolah sampai sekolah dasar dibandingkan anak tanpa keterlambatan bahasa ekspresif.³ Gangguan perhatian dan kesulitan berinteraksi sosial lebih sering terjadi pada anak dengan gangguan bicara dan bahasa yang menetap sampai melewati usia 5,5 tahun. Anak dengan gangguan bicara dan bahasa pada usia 7,5 sampai 13 tahun terbukti memiliki gangguan keterampilan menulis, kesulitan pengejaan, dan penggunaan tanda baca dibandingkan anak-anak tanpa gangguan bicara dan bahasa.

b. Stimulasi Bicara Bayi 6-12 bulan

Memberikan respons pada ocehan yang dikeluarkan si kecil Menggunakan kalimat pendek dengan tempo lambat dan 1 bahasa Memberikan tanda pada setiap tindakan bayi Mengajak bermain Cilukba menggunakan kain lebar (Jangan hanya menggunakan tangan) karena harus ada efek ada dan tiadanya serta memunculkan reflek bersuara "baaa"

c. Stimulasi Pada Anak 1 th - 2 th :

Oral motor exercise aktif gerak lidah

1) Fungsi

Mematangkan oromotor gerak lidah. Melemaskan oromotor lidah yang kaku. Menguatkan oromotor lidah (ke atas, bawah, kanan, kiri, melingkar bibir, dll). Mempersiapkan anak memproduksi suara yang melibatkan lidah spt kata yang mengandung /l/, /r/, /t/, /d/, /n/, dll.



Gambar 1
Gerak Lidah

Sumber : Yamet Modul Keterlambatan Bicara dan Bahasa 2020

2) Alat

Spatula / bisa menggunakan stick es krim yang steril. Madu untuk pancingan rasa stimulasi. Handscoon

3) Cara

Madu diletakkan di spatula dan minta anak untuk menjilat dengan lidah. Madu di oleskan di seputar bibir dan minta anak untuk menjilat atau membersihkan dengan lidah. Anak mengucapkan kata dengan melibatkan konsonan yang menggunakan lidah spt /l/ ==> lampu, bola, mobil dengan di bantu gerak lidah anak dengan spatula saat di akhir pergerakan lidah anak.

- a) Mengoleskan stik es krim/ spatula dengan menggunakan es krim
- b) Letakan stik es krim 2-3 cm berada di lurus di depan mulut anak kemudian minta anak untuk menjilat lakukan berulang selama 3-5 kali.
- c) Letakan stik es krim 2-3 cm berada di mulut sebelah kanan anak kemudian minta anak untuk menjilat lakukan berulang sebanyak 3-5 kali.
- d) Letakan stik es krim 2-3 cm berada di mulut sebelah kiri anak kemudian minta anak untuk menjilat lakukan berulang sebanyak 3-5 kali.
- e) Letakan stik es krim 2-3 cm berada sejajar dengan mulut atas anak kemudian minta anak untuk menjilat. Lakukan berulang sebanyak 3-5 kali
- f) Letakan stik es krim 2-3 cm berada sejajar dengan dagu anak kemudian minta anak untuk menjilat lakukan berulang sebanyak 3-5 kali.
- g) Terapi dilakukan sehari sekali

d. Stimulasi Stimulasi Bicara Anak 18 bulan

Memberikan lagu sederhana dan bernyanyi bersama (usahakan lagu yang berlirik simpel & berbahasa indonesia) mengucapkan kata yang berulang-ulang seperti "oo" "wow" "hebat" menjelaskan apa yang sedang ditonton si kecil memberikan pujian meminta anak mengambil barang yang sehari-hari dipakai (seperti baju, celana, gelas) bila sudah berhasil langsung di label "ya ini baju"

e. Stimulasi Bicara Anak 2 tahun

Memperluas penggunaan kata baru memperjelas arti suatu kata dengan menggunakan bahasa tubuh dan intonasi menggunakan percakapan sederhana merangsang anak dengan pertanyaan sederhana lalu tunggu respons dari anak selama 10 detik membaca buku dengan kalimat yang berulang dan sederhana memberikan permainan dengan instruksi seperti 'pegang hidung' atau anggota tubuh lainnya dibacakan dan menjawab pertanyaan sederhana dari cerita

a. Stimulasi Bicara Anak 3 tahun

Mulai menggunakan kalimat yang terdiri dari 3-4 kata seperti "mama aku mau makan". Membicarakan kegiatan sehari-hari, ajarkan bagaimana menyusun kata menjadi kalimat seperti "tadi aku main bola". Bermain dengan teman sebayanya Bernyanyi nyanyian sederhana dengan kejelasan artikulasi yang diucapkan.

B. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah,

penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan meyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal th 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini juga menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

1. Tujuh Langkah Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan

asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa 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 diagnosa 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.

c. Langkah III : mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

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

e. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI : Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g. Langkah VII : Evaluasi

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.

2. Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

a. Standar I : Pengkajian.

1) Pernyataan Standar.

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian.

- a) Data tepat, akurat dan lengkap.
- b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).
- c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

b. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

c. Standar III : Perencanaan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

2) Kriteria Perencanaan.

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- b) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. Standar IV : Implementasi.

1) Pernyataan Standar.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

2) Kriteria Implementasi.

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.

- e) Menjaga privacy klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. Standar V : Evaluasi.

1) Pernyataan Standar.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

2) Kriteria Evaluasi.

- a) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

f. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- d) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e) A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

3. Data Fokus SOAP

a. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini

sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.