

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Persalinan

##### 1. Pengertian

Persalinan merupakan proses janin turun ke dalam jalan lahir dimulainya dengan membuka dan menipisnya serviks. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan terjadi tidak dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal bila tidak ada penyulit (Sukarni dan Margareth, 2013).

##### 2. Jenis Persalinan

Menurut Manuaba (2010) persalinan terbagi menjadi 3 macam yaitu:

- a. Persalinan spontan: Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan dan tenaga diri sendiri
- b. Persalinan buatan : Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar
- c. Persalinan anjuran: Bila persalinan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan merangsang

### 3. Tahapan Persalinan

#### a. Persalinan kala 1

Kala 1 merupakan waktu dimulainya persalinan, dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (Sutanto dan Fitriana, 2017). Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala 1 dibagi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga dibawah 8 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

Fase aktif merupakan lama kontraksi uterus dan frekuensi yang umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung 40 detik atau lebih), serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terbawah janin (Ilmiah, 2016). Fase aktif di bagi menjadi 3 tahap yaitu fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada

primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek (Ilmiah, 2016).

Ibu primigravida dengan multigravida mempunyai mekanisme pembukaan serviks berbeda. Pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap bila ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm di sebut ketuban pecah dini (Sukarni dan Margareth, 2013).

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat.

Kondisi ibu dan bayi harus dicatat secara seksama, yaitu denyut jantung janin : setiap 30 menit , frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit, nadi : setiap 30 menit, pembukaan serviks : setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur : setiap 4 jam, produksi rin, aseton dan protein : setiap 2 sampai 4 jam.

Penyulit pada kala 1 persalinan adalah partus tak maju atau partus memanjang. Fase laten dianggap memanjang jika berlangsung lebih dari 20 jam atau lebih pada ibu nulipara dan selama 14 jam atau lebih pada

ibu multipara. Persalinan aktif normal (pembukaan serviks 4-10 cm) harus berlangsung 5-8 jam pada ibu nulipara dan 5-6 jam pada ibu multipara (Murray and Huelsmann, 2013).

Selama proses persalinan jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Bidan atau penolong persalinan harus melakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kondisi aktual ibu dan bayi. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering (Sukarni dan Margareth, 2013).

#### 1) Fisiologi Kala I

Kontraksi uterus pada persalinan merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Kontraksi ini merupakan kontraksi yang involunter karena berada dibawah pengaruh saraf intrinsik, wanita tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi.

Perubahan-perubahan fisiologi kala I adalah :

- a) Perubahan hormon
- b) Perubahan pada vagina dan dasar panggul :

(1) Kala I pada keadaan ketuban meregang vagina bagian atas

(2) Setelah ketuban pecah, maka perubahan vagina dan dasar panggul karena bagian depan anak

c) Perubahan serviks

(1) Pendataran

(2) pembukaan

d) Perubahan uterus

Segmen atas dan bawah rahim

(1) Segmen atas rahim aktif, berkontraksi, dinding bertambah tebal

(2) Segmen bawah rahim/SBR : pasif, makin tipis

(3) Sifat khas kontraksi rahim Setelah kontraksi tidak relaksasi kembali (retraksi). Kekuatan kontraksi tidak sama kuat → paling kuat di fundus

e) Karena segmen atas makin tebal dan bawah makin tipis → Lingk retraksi fisiologis

f) Jika SBR sangat diregang lingk retraksi patologis (Lingk Band)

Bentuk Rahim

g) Kontraksi menyebabkan sumbu panjang bertambah ukuran melintang dan muka belakang berkurang

h) Lengkung punggung anak berkurang kutub atas anak ditekan oleh fundus, kutub bawah ditekan masuk PAP

i) Bentuk rahim bertambah panjang menyebabkan otot-otot memanjang diregang, menarik SBR dan serviks pembukaan.

## 2) Keadaan Psikologis Ibu Bersalin Kala I

Kebutuhan psikologis kala 1, dengan cara mengurangi perhatian ibu untuk mengurangi rasa sakit, dengan usaha usaha sebagai berikut (Sutanto, dan Fitriana, 2017) :

### a) Sugesti

Sugesti adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang diterima secara logis. Pada masa persalinan ibu mudah menerima pengaruh dan mudah mendapat sugesti. Kesempatan ini harus digunakan untuk memberikan sugesti yang bersifat positif, yaitu dengan memberikan penjelasan bahwa persalinan akan normal dan berjalan dengan baik tanpa mengalami kesulitan.

### b) Mengalihkan perhatian

Perasaan sakit akan bertambah bila perhatian difokuskan pada rasa sakit itu. Perasaan sakit itu dapat dikurangi dengan menaruh perhatian lain kepada ibu misalnya bercerita, mengajak bersenda gurau.

### c) Kepercayaan

Memberikan kepercayaan kepada ibu bahwa dirinya sendiri mempunyai kekuatan dan mampu melahirkan anak secara normal seperti wanita wanita yang lain. Bidan penolong juga harus dipercaya mempunyai pengetahuan yang cukup dalam

menolong persalinan dengan aman dan nyaman (Sutanto dan Fitriana, 2017).

### 3) Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin Kala I

Kebutuhan ibu selama kala I :

- a) Kebutuhan akan rasa aman dan nyaman
- b) Nutrisi
- c) Kebutuhan privasi
- d) Kebutuhan dukungan emosional, sosial dan spiritual.

### 4) Penyulit Kala I

- a) Partus lama
- b) Gawat janin
- c) Ruptura uteri (Sukarni dan Margareth, 2013).

### 5) Faktor faktor yang Mempengaruhi Lama Persalinan Kala 1

Kemajuan proses persalinan dipengaruhi oleh 5 faktor yang dikenal dengan sebutan 5P yaitu *passanger/* penumpang, adalah janin dan plasenta, *passage way /* jalan lahir, *power/* kekuatan ibu, *position/* posisi ibu dan *psycology* atau respon psikologis. Kelima faktor tersebut saling terintegrasi dan saling mempengaruhi (Ilmiah, 2016) :

- a) *Passanger/* penumpang, adalah janin dan plasenta yaitu cara bergerak janin di sepanjang jalan lahir merupakan hasil interaksi antara ukuran kepala janin, presentasi letak, sikap dan posisi janin.

- b) *Passage way* / jalan lahir yaitu rute yang harus dilalui janin melalui uterus yaitu melalui serviks dan vagina ke perineum eksternal. Janin harus mampu menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu bentuk dan ukuran panggul harus dibuat elastis sebelum persalinan dimulai (Ilmiah, 2016).
- c) *Power*/ kekuatan ibu. Persalinan terjadi salah satunya adalah kontraksi uterus, kontraksi uterus ini terdiri dari kontraksi volunter an involunter yang terjadi secara bersamaan. Kontraksi involunter merupakan kekuatan primer yang menandai dimulainya persalinan. Kontraksi ini diimplementasikan sebagai kontraksi uterus yang menyebabkan dilatasi serviks dan ekspulsi janin dan uterus. Kekuatan kontraksi volunter merupakan kekuatan sekunder, kontraksi ini dimulai saat serviks berdilatasi penuh untuk mendorong janin keluar yang ditambah dengan kekuatan abdomen (Ilmiah, 2016).
- d) *Position*/ posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi dapat menghilangkan rasa letih memberikan rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi.
- e) *Psychology* atau respon psikologis, kondisi psikologi ibu ditandai dengan perasaan cemas atau takut yang dapat menurunkan coping ibu terhadap nyeri selama persalinan (Ilmiah, 2016).



#### b. Persalinan Kala II

Persalinan Kala II (kala pengeluaran) dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II adalah his menjadi lebih kuat dan lebih sering, timbul tenaga untuk meneran, perubahan dalam dasar panggul dan lahirnya fetus (Sukarni dan Margareth, 2013).

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rektum/vagina, perineum menonjol, vulva dan spinter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir darah (Manuaba, 2010).

#### c. Persalinan kala III

Kala III (pelahiran plasenta) dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan keluarnya plasenta. Setelah bayi lahir, akan ada masa tenang yang singkat; kemudian rahim kembali berkontraksi yang menyebabkan plasenta terlepas dari dinding rahim. Kala ini terdiri dari pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta (Prawirohardjo, 2009).

#### d. Persalinan kala IV

Kala IV ditetapkan sebagai waktu dua jam setelah plasenta lahir lengkap, hal ini dimaksudkan agar dokter, bidan atau penolong persalinan masih mendampingi wanita setelah persalinan selama 2 jam (dua jam postpartum) (Manuaba, 2010).

## B. Partus Tak Maju

### 1. Pengertian

Partus tak maju adalah tidak adanya penurunan kepala, pembukaan, serta putaran paksi yang menunjukkan bahwa persalinan tidak maju dan perlu dilakukan tindakan (Oxfor dan Forte, 2010). Menurut Nugraheni (2010) partus tak maju adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida. Partus kasep adalah persalinan lama yang disertai dengan komplikasi ibu dan janin.

### 2. Penyebab

Penyebabnya partus tak maju dibedakan menjadi dua yaitu (Achaidat, 2010) :

#### a. Faktor ibu

##### 1) Kelainan tenaga (power)

Penyebabnya partus tak maju dari ibu yaitu karena kelainan tenaga (power) kelainan pada his atau tenaga mengejan, kontraksi uterus yang tidak efektif menyebabkan kemajuan persalinan atau terlambat atau bahkan persalinan tidak maju samak sekali. Hal ini disebabkan karena kelelahan miometrium akibat persalinan yang lama. Kontraksi uterus yang tidak efektif (Oxfor dan Forte, 2010).

Kontraksi uterus yang tidak efektif ini terjadi karena adanya disfungsi uterus yang ditandai dengan oleh kontraksi intensitas rendah, jarang dan biasanya sering terjadi pada disproporsi petopelvis yang signifikan (Leveno, 2009).

Dapat dilakukan terapi untuk kontraksi uterus yang tidak efektif :

- a) Uterus diistirahatkan karena umumnya pasien kelelahan baik fisik maupun mental sebaiknya dibantu agar dapat istirahat karena umumnya pasien kelelahan baik fisik maupun mental sebaiknya dibantu agar dapat istirahat dengan 10 mg morfin sulfat atau 100 mg demerol yang dapat memberi istirahat 1 atau 2 jam sedangkan untuk persalinan ini dapat menimbulkan dilatasi serviks dan berikan infus RL sebanyak 1 liter untuk memperbaiki status dehidrasi.
- b) Dipacu yaitu dengan menambahkan 5 satuan oksitoksin dalam 1 liter RL dan diberikan sebagai infuse intravena. Tetesan dimulai perlahan lahan dengan kecepatan sekitar 10 tetes per menit. Tujuannya adalah untuk mencapai kontraksi uterus yang baik setiap 2 atau 3 menit lamanya 45 sampai 6 detik (Oxfor dan Forte, 2010).
- c) Pecah ketuban dengan menggunakan klem kokker dan percepat persalinan menggunakan oksitoksin kemudian kaji kembali kemajuan persalinan dan periksa dalam 2 jam setelah drip oksitoksin dan diharapkan terbentuk kontraksi baik dan kuat.

## 2) Kelainan jalan lahir

Kelainan jalan lahir adalah kelainan tulang panggul maupun jaringan lunak panggul. Bagian terbawah janin berada di atas

panggul atau biasanya kepala tidak turun ke panggul yang sering kali bisa disebabkan oleh masalah disporporsi, masalah ini terjadi dikarenakan adanya ukuran panggul yang kurang dari normal, serta ukuran janin yang terlalu berlebihan. Dipanggul tengah terdapat kegagalan putaran paksi secara sebagian atau total/ seluruhnya (Oxforn dan Forte, 2010). Panggul tengah berbentuk android yaitu pintu atas panggul berbentuk segitiga.

#### b. Faktor janin

Menurut Prawiroharjo (2010) penyebab partus tak maju dari faktor janin sebagai berikut :

##### 1) Posisi oksipitalis posterior persisten

Dimana sutura sagitaris melintang atau miring sehingga ubun ubun kecil dapat berada di kiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang. Hal ini dapat disebabkan karena penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Mekanisme persalinannya bila hubungan panggul dan ukuran janin cukup longgar persalinan dapat dilakukan secara spontan, tetapi pada umumnya akan lebih lama untuk mengambil tindakan yang tepat maka tindakan yang tepat adalah secsio caesria.

##### 2) Presentasi dahi

Presentasi dahi adalah kedudukan dimana kepala diantara fleksi maksimal dan difleksi maksimal, sehingga dahi meruakan bagian terendah. Pada umumnya presentasi dahi ini merupakan kedudukan

yang bersifat sementara dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi belakang kepala.

### 3) Ukuran janin berlebihan

Janin yang ukurannya berlebihan bahkan kepala dan bahu akan mengalami kesulitan untuk melewati pintu atas panggul, janin yang ukurannya 4.250 gram sampai 4.500 gram kemungkinan harus dilakukan secsio caesari secara selektif (Lenovo, 2009).

## 3. Komplikasi

### a. Komplikasi pada ibu

Infeksi intrapartum, bahaya yang serius akan mengancam ibu dan bayi apalagi ketuban sudah pecah, bakteri dalam cairan amnion akan menembus desidua secara pembuluh korion, sehingga akan terjadi bakterimia dan sepsis pada ibu dan janin. Penumonia pada janin terjadi akibat aspirasi amnion yang terinfeksi.

Cincin retraksi patologis, cincin ini sering timbul akibat persalinan yang sulit yang disertai dengan peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus. Antisipasi yang dapat dilakukan apabila terjadi cincin refraksi patologis diantaranya kolaborasi dengan dokter SPOG dan mengakiri persalinan dengan sectio caesar.

Ruptur uteri, menurut Prawiroharjo (2010) penipisan segmen bawah uterus dapat menimbulkan bahaya yang serius selama partus tak maju, terutama bila wanita dengan parita tinggi dan wanita yang mengalami riwayat sectio caesaria.

Pembentukan fistula apabila bagian terendah janin menekan kuat pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk waktu yang lama, bagian jalan lahir yang terletak diantaranya dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan. Gangguan sirkulasi dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dan akan muncul fistula vesikovaginal atau rektovaginal (Lenovo, 2009).

b. Komplikasi pada janin

1) Kaput suse daneum

Kaput suse daneum merupakan akibat dari panggul yang tidak normal pada saat persalinan.

2) Cidera

3) Fetal distres atau gawat janin

Fetal distres atau gawat janin adalah ditemukannya denyut jantung janin diantara 160 kali per menit atau dibawah 100 kali per menit, denyut jantung tidak teratur atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan. Tindakan untuk memperbaiki kolaborasi dengan SPOG dan melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis, miringkan ibu ke sebelah kiri untuk memperbaiki plasenta. Beri ibu oksigen dengan kecepatan 6-8 liter per menit dengan tujuan untuk membantu memperlancar pertukaran udara dari plasenta ke janin.

4) Asfiksia, akibat partus tidak maju atau partus lama dikarenakan adanya gangguan pada uterus plasenta selama kontraksi rahim yang

lama dan kuat. Penanganan yang bisa dilakukan apabila terjadi asfiksia yaitu resusitasi pada janin.

### **C. Teori Manajemen Kebidanan**

Manajemen kebidanan menurut Hellen Varney (1997) dalam Trisnawati (2016) adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk pengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Verney 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 :

1. Pengalaman riwayat
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
3. Pemeriksaan khusus

#### 4. 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 praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Trisnawati, 2016).

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

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 (Trisnawati, 2016).



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. 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 (Trisnawati, 2016).

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 (Trisnawati, 2016).

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 (Trisnawati, 2016).

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 tanggung jawab untuk mengerahkan pelaksanaannya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan (Trisnawati, 2016).

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 dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Trisnawati, 2016).

S : Pasien mengatakan keluhan mengalami peningkatan atau penurunan

O : Hasil dari objek yang diobservasi, apakah baik apa tidak

A : Apakah masalah teratasi yaitu kondisi pasien terpantau dalam keadaan aman.

P : Lanjutkan intervensi atau hentikan intervensi

#### D. Dasar Hukum Kewenangan Bidan

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

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 Tahun 2017  
ijin dan menyelenggarakan praktik bidan disebut pada

a. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak, dan
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Pasal 19

1) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk :

- a) Episiotomi
- b) Pertolongan persalinan normal
- c) Penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II
- d) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan
- e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
- f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas

- g) Fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
- h) Pemberian utrotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- i) Penyuluhan dan konseling
- j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan
- k) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

c. Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bidan berwenang melakukan :
  - a) Pelayanan neonatal esensial,
  - b) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan,
  - c) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah, dan
  - d) Konseling dan penyuluhan.
- 3) Pelayanan neonatal esensial sebagai dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntik vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan

tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi :
  - a) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung,
  - b) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitas dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kanguru,
  - c) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering, dan
  - d) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore ( GO ).

d. Pasal 23

Pasal 1) Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah
- b. Kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

## D. Patway

