

BAB III METODE PENULISAN

3.1 Bentuk Asuhan Kebidanan

Bentuk Asuhan Kebidanan mengacu pada KepMenkes RI nomor 938/Menkes/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Acuan tersebut diimplementasikan pada siklus kehamilan kunjungan pertama dicatat dengan menggunakan 7 Langkah dalam Manajemen Kebidanan Varney menurut Hellen Varney. Selanjutnya, pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan catatan metode SOAP dan dirumuskan dalam data fokus.

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

STANDAR I : Pengkajian

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Data tepat, akurat, dan lengkap
- 2) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

- 3) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Diagnosa sesuai dengannomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

STANDAR III : Perencanaan

a. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa kebidanan dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga

- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

STANDAR IV : Implementasi

a. 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.

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harusmendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*informed consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/pasien dalamsetiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsippencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Mengguakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dansesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar

10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

STANDAR V : Evaluasi

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien/ dan keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan Standar

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

b. Kriteria Pengkajian

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) A adalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 6) 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.

7 Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah kesehatan ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Manajemen kebidanan bagi bidan dapat juga diartikan sebagai alat untuk digunakan seorang bidan untuk memecahkan masalah kesehatan ibu dan anak.

Proses manajemen kebidanan merupakan pola pikir bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan pemecahan masalah sistematis dan rasional, maka seluruh aktivitas atau tindakan yang bersifat coba-coba yang akan berdampak kurang baik untuk klien.

Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, seperti Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik pada kesehatan, Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan interpretasi data yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik, diagnosis kebidanan yang ditegakkan oleh bidan dalam lingkup praktek kebidanan yang memenuhi standar nomenklatur tata nama diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur tersebut adalah:

1. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
2. Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
3. Memiliki ciri khas kebidanan
4. Didukung oleh clinical judgement dalam praktik kebidanan.

Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

Langkah IV (Menetapkan Kebutuhan Segera)

Mengidentifikasi dan menetapkan 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 kondisi klien.

Langkah V (Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh)

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah diberikan penyuluhan, konseling, dan apakah merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultur atau masalah psikologis, setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif.

Langkah VI (Melaksanaan perencanaan)

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

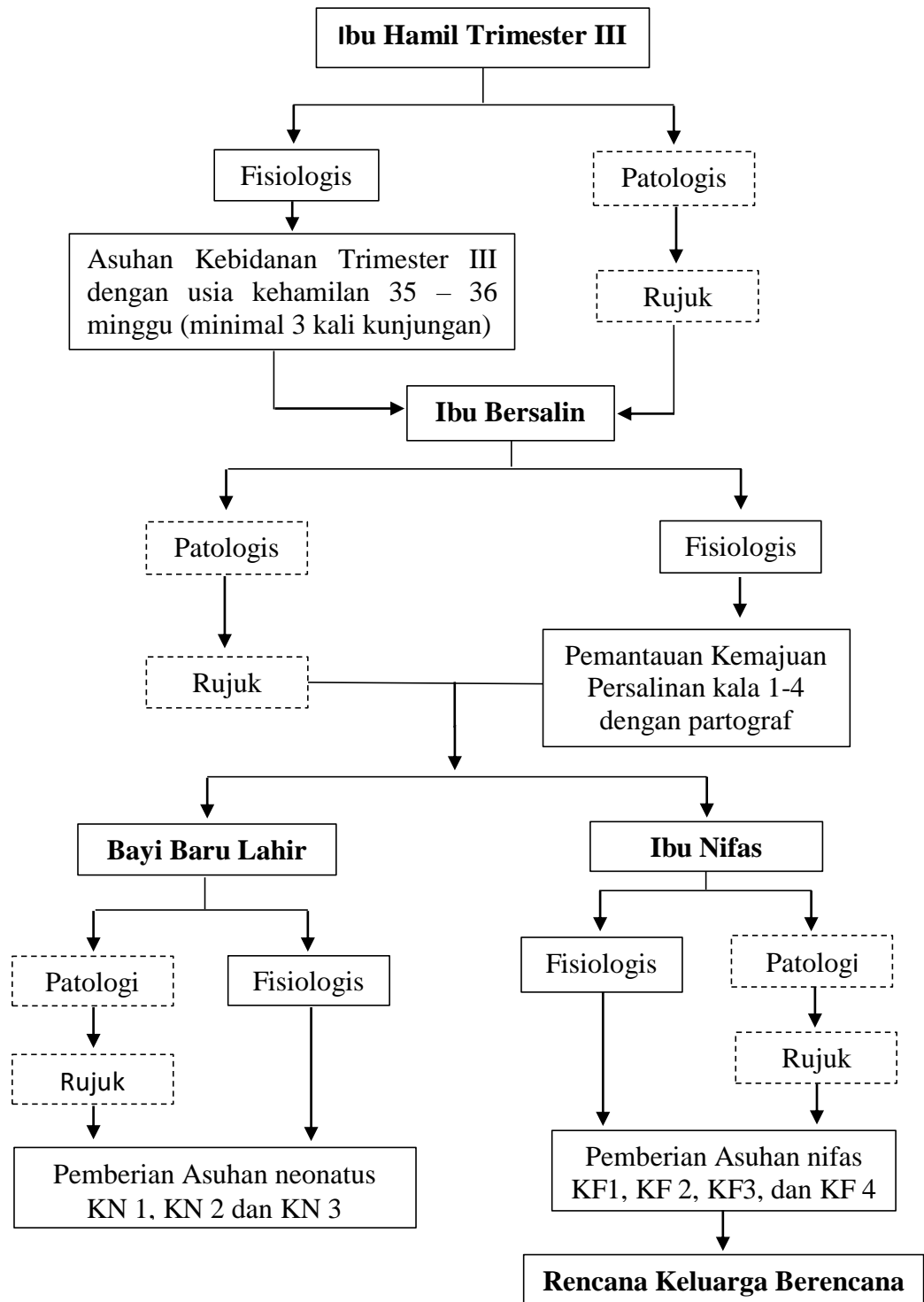
Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

S : Data **Subjektif** terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anamnesis maupun allo anamnesis, sesuai keadaan klien

- O : Data **Objekif** terfokus mencatat hasil pemeriksaan: fisik, laboratorium dan penunjang, sesuai keadaan klien
- A : **Assesment (Penilaian)** mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien
- P : **Plan (Perencanaan)** mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti: tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau tindak lanjut dan rujukan.

3.2 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan



Gambar 3. 1 Kerangka Kerja Asuhan Kebidanan

3.3 Sasaran Asuhan Kebidanan

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan nifas dan menyusui, asuhan bayi baru lahir dan neonatus, asuhan pelayanan KB (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

a. Asuhan Kehamilan

Asuhan kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu hamil trimester III usia kehamilan 35 – 36 minggu untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan.

b. Asuhan Persalinan

Asuhan yang di berikan bidan pada ibu bersalin adalah melakukan Observasi kemajuan persalinan serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III, dan kala IV.

c. Asuhan Nifas dan Menyusui

Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan yang di berikan bidan pada ibu nifas, normalnya berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6 minggu. Pada siklus ini bidan memberikan asuhan berupa memantau involusi uteri (kontraksi uterus, perdarahan), tahapan psikososial pada ibu nifas, tanda bahaya masa nifas, laktasi, personal hygiene, perawatan payudara, dan kondisi ibu serta bayi.

d. Asuhan Bayi baru lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang di berikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD, memberikan vitamin K dan salep mata, melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan dsb, pemeriksaan fisik dan setelah 2 jam pemberian vitamin K dilakukan pemberian imnisasi pertama Hb0 serta memandikan.

e. Asuhan Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus adalah Asuhan yang di berikan bidan pada neonatus yaitu kunjungan pertama memberikan perawatan tali pusat, ASI Eksklusif, kunjungan kedua melakukan personal hygiene, ASI Eksklusif, KIE sekitar kesehatan neonatus, kunjungan ketiga memberikan informasi tentang ASI Eksklusif dan imunisasi.

f. Asuhan Pelayanan KB

Asuhan kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

3.4 Kriteria Subjek

Adapun kriteria subjek adalah pada ibu hamil trimester III usia kehamilan (35 – 36 minggu) fisiologis dengan KSPR 2 yang diikuti dari hamil sampai dengan masa interval (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan meliputi:

- a. Kehamilan : Panduan wawancara, kartu skor poedji rochjati, tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan, metlin, dopler, jangka panggul pelvimeter, thermometer, pita LILA, patella hammer dan jam tangan,
- b. Persalinan : Lembar observasi, lembar penapisan, partograf, tensimeter, stetoskop, dopler, thermometer dan jam tangan, timbangan, metlin.
- c. Nifas : Tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan.
- d. Neonatus : Lembar pemeriksaan BBLR, timbangan berat badan, pita LILA, dan metlin.
- e. KB : Tensimeter, stetoskop, dan timbangan.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (pengkajian, diagnosis kebidanan, rencana tindakan, implementasi, evaluasi) secara holistik, dan menekankan pada tindakan serta masalah sesuai topik penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini diantaranya data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung oleh klien/pasien dan keluarga melalui wawancara dan observasi. Data sekunder adalah data tambahan yang diperoleh dari pihak kedua, ketiga atau berikutnya yang digunakan untuk melengkapi kebutuhan

data studi kasus ini. Contohnya studi dokumentasi berupa buku KIA, rekam medis, hasil wawancara dari bidan, hasil laboratorium dan lain-lain.

a. Wawancara

Suatu cara yang dilakukan untuk mengenali data dengan melaksanakan komunikasi dengan klien atau keluarga untuk mendapatkan informasi yang tepat dan akurat yang dilakukan secara langsung agar pasien memperoleh pelayanan asuhan kebidanan. Wawancara dilakukan secara langsung dengan mengkaji identitas, keluhan, riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang, riwayat obstetrik, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari, dan data psikologi sesuai format pengkajian

b. Observasi

Cara pengumpulan data melalui inspeksi yang dilakukan untuk ibu sesuai dengan keadaan. Observasi yang dilakukan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana meliputi keadaan umum ibu yaitu ketika mendapatkan asuhan selama kunjungan rumah maupun kunjungan di fasilitas kesehatan.

c. Pemeriksaan fisik

Untuk mendapatkan data objektif yang dilakukan secara "*head to toe*". Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada ibu dari masa kehamilan, persalinan, nifas, dan neonatus. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi dan perkusi. Semua pemeriksaan fisik yang dilakukan sesuai dengan izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dari lembar informed consent.

d. Studi Dokumentasi

Informasi-informasi yang berhubungan dengan dokumen yang resmi maupun tidak. Dalam pengambilan data sekunder diperoleh dari rekam medis, buku KIA, dan hasil wawancara dengan bidan yang menangani kasus. Instrumen yang digunakan adalah form pendokumentasian, asuhan kebidanan SOAP, lembar penapisan, lembar observasi, lembar partograf dan catatan persalinan serta KSPR.

3.7 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

3.7.1 Lokasi

Studi kasus ini dilakukan di TPMB Ririn Restatiningrum, Kecamatan Bululawang – Kabupaten Malang

3.7.2 Waktu

Studi kasus ini dilakukan pada bulan Maret hingga Mei 2023

3.8 Etika dan Prosedur Pelaksanaan

Penyusunan Laporan Tugas Akhir yang menyertakan manusia sebagai subjek perlu adanya etika dan prosedur yang harus dipatuhi oleh penyusun. Adapun etika dari prosedurnya adalah.

a. Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai aturan yang berlaku di daerah tersebut

b. Persetujuan (*Informed consent*)

Lembar persetujuan menjadi subyek penelitian (*Informed consent*) yang diberikan sebelum penelitian agar subyek mengetahui maksud dan tujuan

asuhan yang diberikan. Apabila subyek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani.

c. Tanpa nama (*Anonimity*)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas subyek, penyusun tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data dan Laporan Tugas Akhir cukup dengan memberikan kode atau inisial saja.

d. Kerahasiaan (*Confidential*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin oleh penyusun.

