

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. Dari acuan tersebut diimplementasikan asuhan kebidanan dalam siklus kehamilan kunjungan pertama menggunakan 7 langkah Varney dalam Manajemen Kebidanan Varney menurut Hellen Varney dan pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan catatan metode SOAP dan dirumuskan dalam data fokus.

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Berikut langkah-langkah dalam proses penatalaksanaan menurut Varney.

Standart Asuhan Kebidanan yaitu:

a) Standar I (Pengkajian)

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

b) Standar II (Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan)

Bidan menganalisis data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan suatu diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

c) Standar III (Perencanaan)

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

d) Standar IV (Implementasi)

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

e) Standar V (Evaluasi)

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

f) Standar VI (Pencatatan Asuhan Kebidanan)

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang disediakan (rekam medis/ KMS/ status pasien/ buku KIA), ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan).

Adapun tahapan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Varney menurut Hellen Varney adalah sebagai berikut:

a) Langkah I (Pengumpulan data dasar)

Adapun pengumpulan data dasar yang lengkap untuk menilai yang menyangkut keadaan klien, data ini termasuk riwayat kesehatan klien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta laporan keterangan

tambahan lain hubungan dengan kondisi klien yang didapat melalui wawancara pada klien ataupun keluarga.

b) Langkah II (Merumuskan diagnosa aktual)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan intervensi yang benar atas data yang dikumpulkan. Diagnosa adalah hasil analisa dan perumusan masalah yang diputuskan dalam menegakkan diagnosa bidan dengan menggunakan pengetahuan sebagai dasar atau arahan untuk mengambil tindakan.

c) Langkah III (Merumuskan Diagnosa atau Masalah Potensial yang Membutuhkan Antisipasi Masalah Potensial)

Mengidentifikasi adanya diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

d) Langkah IV (Identifikasi dan Menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera)

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi ibu.

e) Langkah V (Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh)

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya.

f) Langkah VI Melaksanakan perencanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini biasa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau

sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain

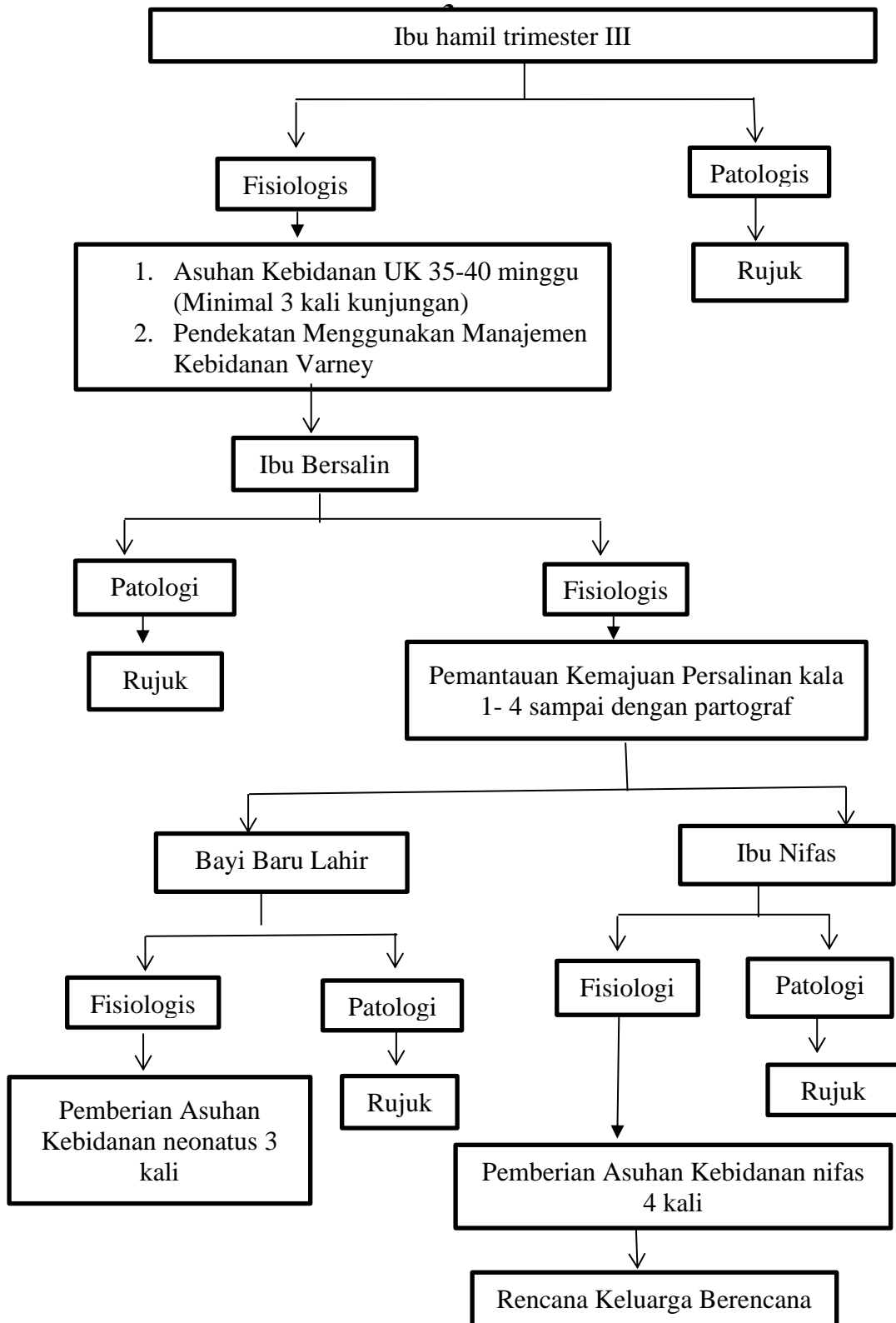
g) Langkah VII Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan hingga terjadi perubahan perilaku dari pola konsumsi selama hamil, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif.

Dengan pendokumentasian atau pencatatan menggunakan metode SOAP:

- a) Data Subjektif (S) terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anamnesis maupun allo anamnesis, sesuai keadaan klien
- b) Data Objektif (O) terfokus mencatat hasil pemeriksaan fisik, laboratorium dan penunjang, sesuai keadaan klien.
- c) Assesment (Penilaian) mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien.
- d) Plan (Perencanaan) mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti: tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/tindak lanjut dan rujukan.

3.2 Kerangka Kerja Asuhan Kebidanan COC



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan COC

3.3 Sasaran Asuhan Kebidanan

a) Sasaran

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, bayi baru lahir dan neonatus, ibu dalam masa antara (pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

1) Ibu hamil

Asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III usia 35-36 minggu dan janin yang dikandungnya.

2) Ibu Bersalin

Asuhan yang diberikan bidan pada ibu bersalin adalah melakukan observasi serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III, kala IV.

3) Ibu Nifas

Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan yang diberikan 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), tanda bahaya masa nifas, laktasi, dan kondisi ibu serta bayi, dilanjutkan kunjungan nifas 4 kali.

4) Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, memberikan salep mata, injeksi vit-K, membantu melakukan IMD, memberikan injeksi

Hb0, rawat gabung bayi dengan ibu, menyusukan bayi pada ibunya, observasi TTV, pemeriksaan fisik serta memandikan.

5) Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus adalah asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi tentang ASI Eksklusif, imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus dilanjutkan kunjungan bayi dari KN 1- KN 3.

6) Pelayan KB

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

3.4 Kriteria Subjek

Rancangan yang digunakan untuk penyusunan Laporan Tugas Akhir (LTA) adalah dengan melakukan asuhan kebidanan Fisiologis secara berkelanjutan/ *Continuity Of Care* (COC) pada klien mulai dari masa kehamilan fisiologis trimester III UK 35-36 minggu, bersalin, nifas, neonatus, sampai masa interval (KB).

3.5 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data saat melakukan studi kasus. Instrumen yang digunakan sesuai dengan asuhan kehamilan, persalinan, dan bayi baru lahir, masa nifas dan neonatus, serta masa interval (KB) adalah:

1) Instrumen pengumpulan data

- a) Kehamilan : Buku KIA asuhan kebidanan, kartu skor poedji rochjati, tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan, stadiometer, metlin, dopler, thermometer, pita LILA dan jam tangan, reflek hammer.
- b) Persalinan: Buku KIA, lembar observasi, lembar penapisan, partograf, ceklis APN, partus set, heating set, tensimeter, stetoskop, dopler, thermometer dan jam tangan, timbangan, metlin.
- c) Nifas : Buku KIA, tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan.
- d) Neonatus : Buku KIA, timbangan berat badan, metlin, pita LILA, termometer, stetoskop, jam tangan.
- e) KB : Tensimeter, stetoskop, timbangan.

2) Jenis Data

a) Data Subjektif

Data yang didapatkan dari hasil anamnesis meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang dan lalu, riwayat pernikahan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan sekarang dan lalu, pola kehidupan sehari-hari, riwayat psiko, sosial, spiritual, dan budaya.

b) Data Objektif

Data yang didapat dari hasil pemeriksaan yaitu pemeriksaan umum yang meliputi keadaan umum, kesadaran, TTV dan antropometri, pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi, pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (Pengkajian, diagnosis kebidanan, rencana tindakan, implementasi, evaluasi) melalui anamnesis, kaji dokumen dan observasi.

a. Metode Pengumpulan Data

1) Wawancara

Menurut Emzir, 2018 wawancara merupakan suatu interaksi untuk memperoleh informasi dengan cara melakukan tanya jawab yang dilakukan antara peneliti dengan informan pertama kali dilakukan wawancara pada tanggal 15 Februari 2023 di tempat.

2) Observasi/Pengamatan

Observasi dapat dilakukan dengan cara melihat, mencium maupun mendengar suatu kejadian, aktivitas peristiwa, kondisi ataupun suasana dari suatu objek. Penerapan observasi pada studi kasus ini dilakukan untuk memperoleh data pada Ny. Y melalui ekspresi tubuh dan suasana ibu secara umum (Masturoh & T., 2018).

1) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan metode penelitian yang dilakukan untuk mendapatkan data objektif dari subjek penelitian. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini dilakukan pada Ny. Y secara head to toe (Maritalia, 2017).

2) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mengetahui kondisi ibu dan janin lebih mendalam. Pemeriksaan penunjang bisa dilakukan melalui pemeriksaan darah lengkap, tes lakmus (menggunakan lakmus merah apabila berubah menjadi warna biru, menunjukkan adanya pengeluaran cairan amnion) dan pemeriksaan USG. Pemeriksaan dari studi kasus ini didapatkan dari buku KIA dan data rekam medis yang ada di PMB Ngadilah A.Md.Keb

3) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi kasus ini dilakukan dari data rekam medis ibu, buku KIA, dan data register ibu hamil. Penulis menggunakan catatan medis dengan menggunakan data rekam medis dan buku KIA sebagai acuan studi dokumentasi dalam penyusunan dan pelaksanaan Laporan Tugas Akhir ini.

3.7 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

a. Tempat

Studi Kasus dilaksanakan di PMB Ngadilah A.Md.Keb Kecamatan Pakis, Kabupaten Malang

b. Waktu

Waktu pelaksanaan studi kasus ini dimulai pada Februari sampai dengan Mei 2023.

3.8 Etika Pelaksanaan

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

- 1) Perjanjian yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai aturan yang berlaku di daerah tersebut.
- 2) Lembar persetujuan menjadi subyek (*Informed Consent*) yang diberikan sebelum asuhan dilaksanakan agar subyek mengetahui maksud dan tujuan asuhan diberikan. Apabila subyek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani.
- 3) Tanpa nama (*Anonymity*) 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.
- 4) Kerahasiaan (*Confidential*) kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin oleh penyusun.