

BAB III

METODE PENULISAN

3.1 Rancangan Penulisan

Pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan metode varney dan SOAP (mengacu pada KepMenKes RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar asuhan kebidanan) dan dirumuskan dalam data fokus.

- a. Metode 7 langkah varney

Tabel 3.1 Metode 7 Langkah Varney

No	Metode	Keterangan
1	Pengkajian	Mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.
2	Interpretasi data dasar	Menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan dengan tepat.
3	Identifikasi diagnosa dan masalah potensial	Identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik.
4	Identifikasi kebutuhan segera	Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan untuk dikonsultasikan segera ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang sesuai dengan kondisi pasien.
5	Intervensi (perencanaan)	Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi

No	Metode	Keterangan
6	Implementasi (pelaksanaan)	Melaksanakan rencana asuhan kepada ibu yang telah disusun secara komprehensif, efektif, efisien dan aman.
7	Evaluasi	Menganalisis kesesuaian antara implementasi dengan rencana asuhan yang diberikan. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Ada kemungkinan sebagian rencana lebih efektif.

b. Metode SOAP

Tabel 3.2 Metode SOAP

Sesuai dengan KepMenKes RI nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar asuhan kebidanan) yaitu:

No	Metode	Keterangan
1	Subjektif	Terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anamnesis maupun allo anamnesis, sesuai keadaan klien.
2	Objektif	Terfokus mencatat hasil pemeriksaan: fisik laboratorium dan penunjang, sesuai keadaan klien.
3	Assesment	Mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien.
4	<i>Plan</i>	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 Ruang Lingkup

b. Sasaran

Sasaran asuhan kebidanan ditujukan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan menyusui, bayi baru lahir dan neonatus, serta ibu dalam masa interval

(masa pengambilan keputusan dalam mengikuti program Keluarga Berencana atau pemilihan alat kontrasepsi)

1) Ibu Hamil Trimester III

Merupakan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil guna mengetahui kondisi kesehatan baik ibu maupun janin untuk mencegah dan memberikan penanganan kegawatdaruratan yang terjadi pada kehamilan sedini mungkin

2) Ibu Bersalin

Asuhan yang diberikan dengan melakukan observasi dan pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III, dan kala IV

3) Ibu Nifas

Asuhan kebidanan pada ibu nifas merupakan asuhan yang diberikan bidan pada ibu nifas, berlangsung selama 40 hari atau sekitar 6 minggu. Pada asuhan ini bidan memberikan asuhan dengan memantau kontraksi uterus, tanda bahaya masa nifas, laktasi. Serta kondisi ibu dan bayi.

4) Bayi Baru Lahir (BBL)

Asuhan kebidanan pada Bayi Baru Lahir merupakan asuhan yang diberikan oleh bidan pada bayi baru lahir meliputi pemotongan tali pusat, melakukan IMD, melakukan observasi gangguan pernafasan bayi, pemeriksaan fisik, serta memandikan bayi.

5) Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonates merupakan asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yang meliputi pelayanan serta informasi mengenai imunisasi dan KIE mengenai kesehatan neonatus.

6) Pelayanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana adalah asuhan yang diberikan oleh bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB (pengambilan keputusan program keluarga berencana atau pemilihan alat kontrasepsi)

c. Tempat

Studi kasus dilaksanakan di Praktek Mandiri Bidan Soemidyah Ipung

d. Waktu

Waktu yang diperlukan dalam penyusunan Laporan hingga memberikan asuhan mengacu pada kalender akademik program studi D-III Kebidanan Malang Poltekkes Kemenkes Malang

3.2 Pengambilan Data (Metode dan Instrumen)

3.3.1 Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Wawancara merupakan suatu teknik yang digunakan untuk mengumpulkandata, dimana penulis mendapatkan keterangan mengenai informasi secara lisan dari klien atau perbincangan berhadapan muka dengan klien(Notoatmodjo, 2010) wawancara dilakukan secara langsung baik kepada ibu maupun suami sebagai pengkajian data awal dengan mengkaji biodata, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, riwayat pernikahan, riwayat obstetrik lalu dan sekarang, riwayat keluarga berencana, pola kebiasaan sehari-hari, serta riwayat psikososial dan budaya

b. Metode Observasi/Pengamatan

Observasi atau pengamatan merupakan cara pengumpulan data meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmojo, 2010) observasi dilakukan setiap kunjungan dan digunakan untuk mengumpulkan data dengan melakukan pengkajian secara langsung melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, maupun pemeriksaan penunjang

c. Metode Kajian Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan sumber dokumentasi seperti buku KIA (Notoatmodjo, 2010)

d. Protokol Kesehatan

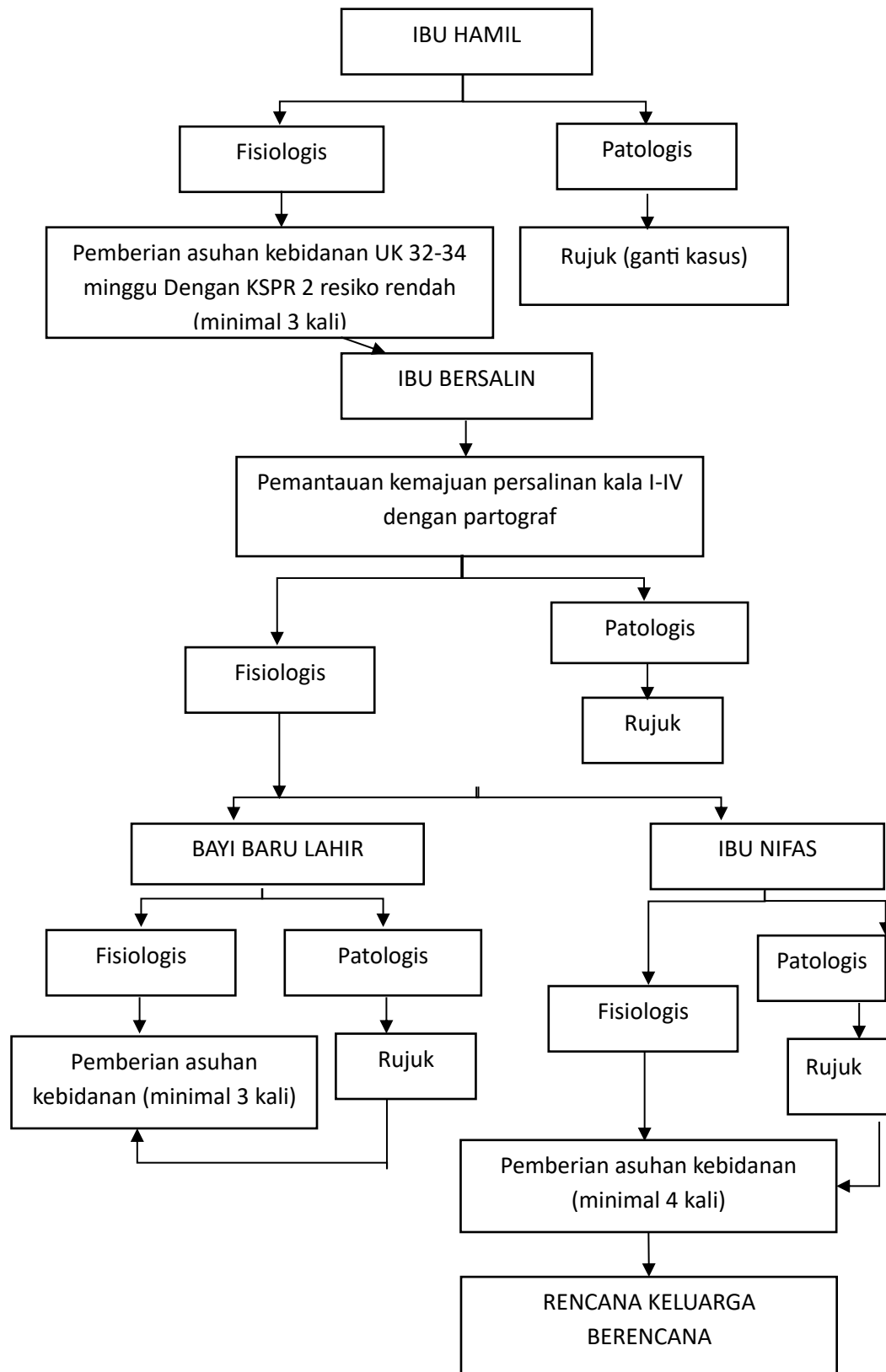
Saat melaksanakan penelitian, peneliti selalu menerapkan protokol kesehatan dengan 5M (Mencuci tangan, Masker, Menjaga jarak, Menjauhi kerumunan, dan mengurangi mobilitas) guna menjaga dan mencegah penularan virus. Apabila saat pelaksanaan klien tidak memakai masker, maka peneliti memfasilitasi.

3.3.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data saat melakukan studi kasus. Adapun instrumen yang digunakan adalah buku KIA, form SOAP, KSPR, form skrining TT, lembar penapisan, lembar observasi, lembar partograf, ceklis APN, form APGAR

Score, buku KIA bagian catatan kesehatan ibu nifas, form penilaian BBL, tensimeter, stetoskop, pita LILA, doppler/funandoskop, timbangan, metlin, hammer, partus set, jam tangan, alat tulis.

3.3 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan COC



3.4 Etika dan Prosedur Pelaksanaan

- 1) Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian maupun instansi tertentu sesuai dengan aturan yang berlaku di daerah tersebut
- 2) Persetujuan (*Informed Consent*)
Lembar persetujuan menjadi subjek yang diberikan sebelum dilakukan asuhan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian
- 3) Tanpa Nama (*Anonymity*)
Menjaga kerahasiaan identitas subjek, penulis tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode atau inisial
- 4) Kerahasiaan (*Confidential*)
Dalam menjaga kerahasiaan subjek, penulis menjamin seluruh kerahasiaan data serta perijinan hasil penelitian baik berupa informasi maupun permasalahan lainnya.