# BAB III

# METODE PENULISAN STUDI KASUS

1. **Rancangan Penulisan**

Pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh peneliti adalah menggunakan catatan metode Varney dan SOAP (mengacu pada KepMenKes RI nomor 938/MenKes/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan) dan dirumuskan dalam data fokus.

1. Metode Pendokumentasian 7 Langkah Varney

**Table 3.1 - Metode 7 Langkah Varney**

|  |  |
| --- | --- |
| **Langkah** | **Keterangan** |
| Langkah I  (Pengkajian) | Pengkajian dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. |
| Langkah II  (Interpretasi Data Dasar) | Identifikasi terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosis atau masalah adalah pengolahan data dan analisis dengan menggabungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta |
| Langkah III  (Identifikasi diagnosa dan masalah potensial ) | Identifikasi masalah/diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil terus mengamati kondisi klien. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa dan masalah potensial benar-benar terjadi |
| Langkah IV  (Identifikasi kebutuhan dan tindakan segera) | Identifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. |
| Langkah V  (Merencanakan asuhan kebidanan/Intervensi) | Merencakan asuhan yang menyeluruh. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien. |
| Langkah VI  (Pelaksanaan asuhan/ Implementasi) | Melaksanakan rencana asuhan pada klien yang telah disusun secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative |
| Langkah VII  (Evaluasi) | Dilakukan analisis kesesuaian antara implementasi dengan rencana asuhan kebidanan. |

1. Metode Pendokumentasian SOAP

**Table 3.2 - Metode SOAP**

|  |  |
| --- | --- |
| **S** | Data Subjektif terfokus mencatat hasil anamnesis, auto anamnesis maupun allo anamnesis, sesuai keadaan klien. |
| **O** | Data Objektif 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 antisipasi, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/tindak lanjut dan rujukan. |

## 3.2 Ruang Lingkup (Sasaran, Tempat dan Waktu)

1. Sasaran

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

1. Ibu hamil

Asuhan Kebidanan pada ibu hamil adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu hamil untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin serta untuk mencegah dan menangani secara dini kegawatdaruratan yang terjadi pada saat kehamilan.

1. Ibu bersalin

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

1. Ibu nifas

Asuhan kebidanan pada ibu nifas adalah asuhan, 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.

1. Bayi baru lahir

Asuhan Kebidanan pada bayi lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD, melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan, pemeriksaan fisik serta memandikan.

1. Neonatus

Asuhan Kebidanan pada neonatus adalah asuhan yang di berikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus.

1. Pelayanan KB

Asuhan Kebidanan pada pelayanan KB adalah asuhan yang diberikan bidan pada ibu yang akan melakukan pelayanan KB (pengembilan keputusan dalam mengikuti keluarga berencana atau pemilihan alat kontrasepsi).

1. Tempat

Lokasi studi kasus merupakan tempat yang akan digunakan untuk pelaksanaan studi kasus. Lokasi studi kasus ini dilaksanakan di PMB Indah Maharany S.Tr, Keb. Jalan Seruni RT 1 RW 11 Watugede Singosari Kota Malang

1. Waktu

Pembuatan Proposal Tugas Akhir dimulai bulan September 2021 sampai Maret 2022

* 1. **Pengumpulan Data (Metode dan Instrumen)**

Metode pengumpulan data menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (pengkajian, diagnosis kebidanan, rencana tindakan, implementasi, evaluasi) secara holistic, dan menekankan pada tindakan serta masalah sesuai topic penelitian.

1. Instrumen pengumpulan data
2. Alat yang digunakan untuk observasi dan pemeriksaan fisik

Alat tulis, tensimeter, stetoskop, timbangan berat badan, dopler, thermometer dan jam tangan

1. Alat dan bahan yang digunakan saat melakukan wawancara yaitu pedoman wawancara (format pengkajian data asuhan kebidanan pada ibu hamil,bersalin,nifas.neonatus,dan KB)
2. Alat dan bahan yang digunakan saat melakukan studi dokumentasi, buku KIA, foto sebagai dokumentasi saat melakukan pemeriksaan atau kunjungan rumah pasien
3. Metode pengumpulan data yaitu :
4. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melaksanakan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang akan diteliti, dan apabila peneliti juga ingi mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah dari responden tersebut sedikit. Wawancara juga merupakan 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 berhadapan dengan pasien yang dilakukan pada masa kehamilan, persalinan, masa nifas, neonatus dan keluarga berencana untuk mengetahui identitas ibu dan suami, riwayat kesehatan ibu dan riwayar kesehatan keluarga, riwayat kehamilan yang lalu, keadaan psikososial, spiritual dan pengetahuan ibu. (Menurut Sugiyono, 2017)

1. 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. Teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain. (Menurut Sugiyono, 2018)

1. 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. Pemeriksana 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 concent*. (Depkes, 2006)

1. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah dan urin untuk menegakkan diagnosa. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti EKG, dan lain-lain (Paul, 2010)

1. 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. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, dan karya-karya monumental dari seseorang. . (Menurut Sugiyono, 2017).

**Tabel 3.3 Instrument Studi Kasus**

| **Instrumen** | **ANC** | **INC** | **Neonatus/**  **BBL** | **PNC** | **KB** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOKUMENTASI** | | | | | |
| Buku KIA |  |  |  |  |  |
| Form. SOAP |  |  |  |  |  |
| KSPR |  |  |  |  |  |
| Lembar Penapisan |  |  |  |  |  |
| Lembar Observasi |  |  |  |  |  |
| Partograf |  |  |  |  |  |
| Ceklis APN |  |  |  |  |  |
| Lembar balik Pemilihan Kontrasepsi |  |  |  |  |  |
| **TINDAKAN** | | | | | |
| Tensimeter |  |  |  |  |  |
| Stetoskop |  |  |  |  |  |
| Pita LiLA |  |  |  |  |  |
| Doppler/ Funandoskop |  |  |  |  |  |
| Timbangan |  |  |  |  |  |
| Microtoise |  |  |  |  |  |
| Metline |  |  |  |  |  |
| Hammer |  |  |  |  |  |
| Partus Set |  |  |  |  |  |
| Hecting set |  |  |  |  |  |
| Jam tangan |  |  |  |  |  |
| Alat tulis |  |  |  |  |  |

* 1. **Kerangka Kerja**
  2. **Etika dan Prosedur Pelaksanaan**

Penyusunan LTA yang menyertakan manusia sebagai subyek perlu adanya etika dan prosedur yang dipatuhi oleh penyusun. Adapun etika dan prosedurnya adalah:

1. Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai aturan yang berlaku di daerah tersebut.
2. Lembar persetujuan menjadi subjek (*informed concent*) yang diberikan sebelum asuhan dilaksanakan agar subjek mengetahui maksud dan tujuan asuhan yang diberikan. Apabila subjek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani.
3. Tanpa nama (*Anonimity)* dalam menjaga kerahasian identitas subjek, penyusun tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data dan LTA cukup dengan memberikan kode atau inisial saja.
4. Kerahasiaan informasi *(Confidential)* yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin oleh penyusun.