

BAB III

METODE PENULISAN

3.1. Rancangan Penulisan

Pendokumentasian atau pencatatan dari asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh penulis adalah menggunakan catatan metode Varney dan SOAP (mengacu pada KepMenKes RI nomor HK.01.07/Menkes/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan) dan dirumuskan dalam data fokus.

a. Metode Pendokumentasian 7 Langkah Varney

Tabel 3. 1 - Metode 7 Langkah Varney

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 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 bersiap-siap bila diagnosa dan masalah potensial benar-benar terjadi.
Langkah IV (Identifikasi kebutuhan 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)	: Merencanakan asuhan yang menyeluruh. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien.
Langkah VI	: Melaksanakan rencana asuhan pada klien yang telah disusun secara berkesinambungan, efektif, efisien dan

(Pelaksanaan asuhan/ Implementasi)	aman berdasarkan <i>evidence based</i> kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif
Langkah VII (Evaluasi)	: Dilakukan analisis kesesuaian antara implementasi dengan rencana asuhan kebidanan.

b. Metode Pendokumentasian SOAP

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

O : Data Objektiv terfokus mencatat hasil pemeriksaan: fisik, laboratorium dan penunjang, sesuai dengan keadaan klien.

A : Assesment (Penilaian) mencatat diagnosis dan masalah kebidanan, berdasarkan data fokus pada klien.

P : Planning (Perencanaan) mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti: tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara berkesinambungan, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/tindak lanjut dan rujukan.

3.2. Ruang Lingkup

3.2.1 Sasaran

Ruang lingkup asuhan kebidanan meliputi ibu hamil, ibu bersalin dan bayi baru lahir, ibu nifas dan menyusui, neonatus, ibu dalam masa antara (pengambilan 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 kehamilan.

2) Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin adalah melakukan observasi serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III, dan kala IV. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini), melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan, pemeriksaan fisik serta memandikan bayi.

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 kebidanan berupa memantau involusi uteri (kontraksi uterus, adanya perdarahan), tanda bahaya masa nifas, laktasi dan kondisi ibu serta bayi.

4) Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus adalah asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan memberikan KIE sekitar kesehatan neonatus.

5) Pelayanan KB (Pengambilan keputusan dalam mengikuti Keluarga Berencana atau Pemilihan alat kontrasepsi)

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 dan pemakaian kontrasepsi).

3.2.2 Tempat

Studi kasus dilakukan di PMB Lilik Agustina, S.Tr.Keb, Bd Kecamatan Lawang, Kota Malang, Jawa Timur.

3.2.3 Waktu

Waktu yang diperlukan pengambilan data dimulai pada bulan Juli – Agustus 2022.

3.3. Pengumpulan Data

3.3.1 Metode

1) Anamnesis

Anamnesis dilakukan secara langsung baik kepada ibu maupun suami sebagai pengkajian data awal dengan mengkaji biodata, keluhan ibu, riwayat kesehatan ibu dan keluarga, riwayat haid, riwayat pernikahan,

riwayat obstetrik lalu dan sekarang, riwayat keluarga berencana, pola kebiasaan sehari-hari, serta riwayat psikososial dan budaya.

2) Observasi

Observasi dilakukan setiap kunjungan dan digunakan untuk mengumpulkan data dengan melakukan pengkajian secara langsung melalui pemeriksaan fisik inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, maupun pemeriksaan penunjang.

3) Dokumentasi

Dokumentasi adalah semua bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen. Dalam studi kasus ini dokumen yang digunakan yaitu Buku KIA dan laporan hasil pemeriksaan penunjang (hasil laboratorium).

3.3.2 Instrumen

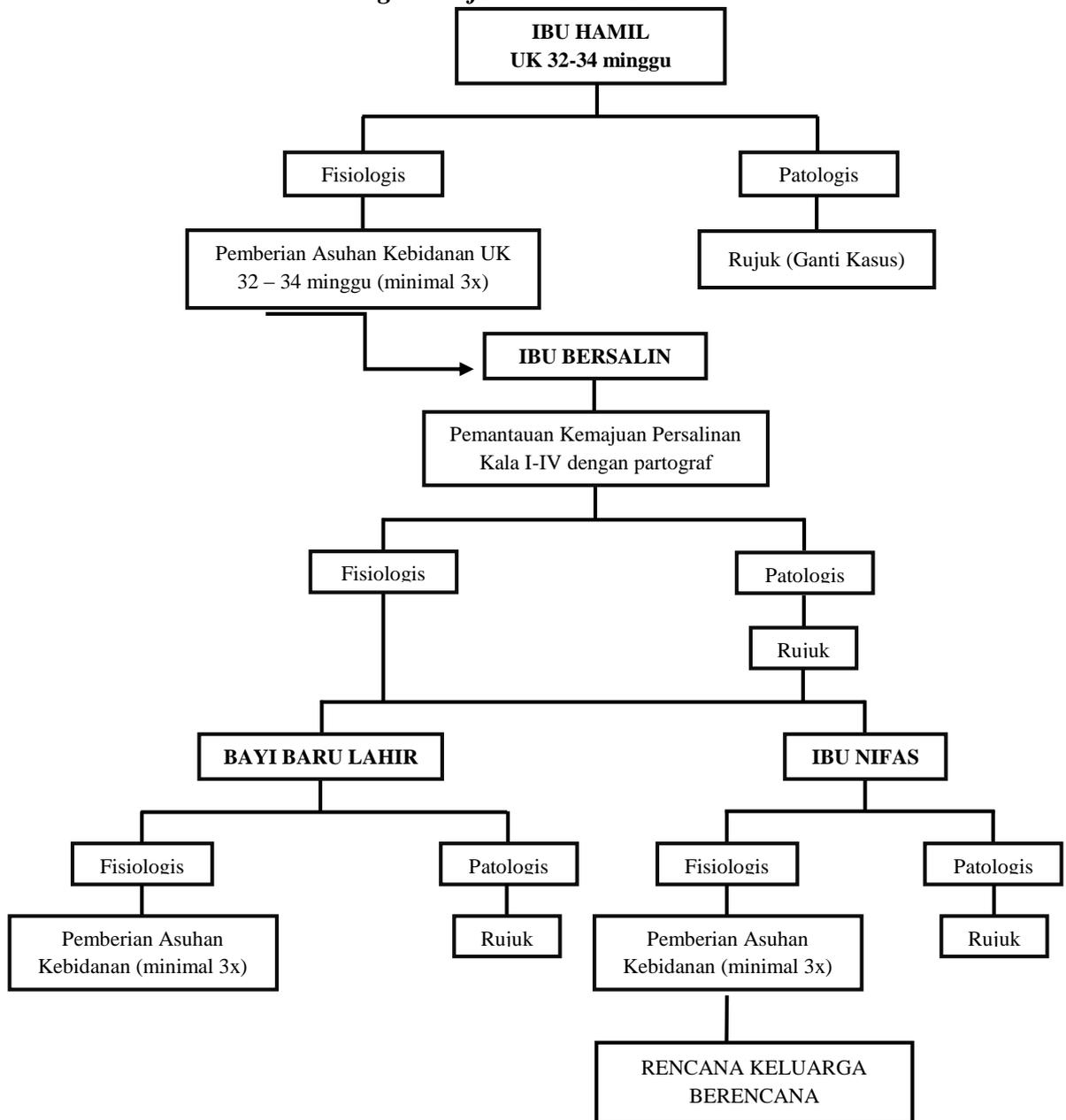
Instrumen pengumpulan data merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data saat melakukan studi kasus. Instrumen yang digunakan sesuai dengan asuhan kehamilan, persalinan dan bayi baru lahir, masa nifas dan neonatus, serta masa interval (KB) adalah:

Tabel 3. 2 - Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen	ANC	INC	Neonatus/ BBL	PNC	KB
DOKUMENTASI					
Buku KIA	√	√	√	√	√
Form. SOAP	√	√	√	√	√
Form Varney	√				
KSPR	√				
Skrining TT	√				
Lembar Penapisan		√			
Lembar Observasi		√			
Partograf		√			
Ceklis APN		√			
Form <i>APGAR Score</i>			√		
Form Penilaian BBL			√		
Form MTBM			√		
Lembar balik Pemilihan Kontrasepsi					√
TINDAKAN					
Tensimeter	√	√	√	√	√
Stetoskop	√	√	√	√	√
Pita LILA	√		√		
Doppler/ Funandoskop	√	√			
Timbangan	√	√	√	√	√
Microtoise	√				
Metline	√	√	√		
Hammer	√				
Partus Set		√			
Hecting set		√			
Jam tangan	√	√	√	√	√
Alat tulis	√	√	√	√	√

3.4. Kerangka Kerja

Tabel 3. 3 - Kerangka Kerja Asuhan Kebidanan COC



3.5. Etika dan Prosedur Pelaksanaan

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

- 1) Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai dengan aturan yang berlaku di daerah tersebut.
- 2) Lembar penjelasan sebelum persetujuan yang berisikan identitas penyusun, asal penyusun, tujuan yang dilakukan terhadap subjek, keuntungan yang diperoleh subjek dari asuhan yang diberikan, serta apakah terdapat risiko dalam asuhan yang diberikan oleh penyusun. Lembar ini berisikan informasi dan penjelasan sebelum lembar persetujuan di tanda tangani oleh subjek.
- 3) Lembar persetujuan menjadi subjek (*Informed Consent*) yang diberikan sebelum asuhan dilaksanakan agar subjek mengetahui maksud dan tujuan asuhan yang diberikan. Apabila subjek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat di tanda tangani.
- 4) Tanpa nama (*Anonymity*). Dalam menjaga kerahasiaan identitas subjek, penyusun tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data dan Proposal LTA cukup dengan memberikan kode atau inisial saja.
- 5) Kerahasiaan (*Confidential*). Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin oleh penyusun.