**BAB III**

**METODE PENULISAN**

1. 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**

1. Pernyataan Standar

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

1. Kriteria Pengkajian
2. Data tepat, akurat, dan lengkap
3. Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamnesa, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
4. Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

**Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan**

1. Pernyataan Standar

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

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

**Standar III : Perencanaan**

1. Pernyataan Standar

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

1. Kriteria Pengkajian
2. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
3. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based*  dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

**Standar IV : Implementasi**

1. 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.

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

**Standar V : Evaluasi**

1. Pernyataan Standar

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

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

**Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan**

1. Pernyataan Standar

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

1. Kriteria Pengkajian
2. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
3. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
4. S adalahdata subjektif, mencatat hasi anamnesa
5. Oadalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
6. Aadalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
7. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatf, 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 pelaksananya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | **:** | **Penatalaksanaan** mencatat seluruh pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti: tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau tindak lanjut dan rujukan. |

**3.2 Sasaran Asuhan Kebidanan**

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

1. Ibu Hamil Fisiologis 🡪 Asuhan kebidanan pada ibu hamil diberikan mulai kehamilan trimester III dengan usia kehamilan 34 minggu sampai 40 minggu dengan minimal 3 kali kunjungan.
2. Ibu Bersalin 🡪 Asuhan yang diberikan melakukan observasi serta pertolongan persalinan pada ibu bersalin kala I, kala II, kala III, dan kala IV.
3. Ibu Nifas 🡪Asuhan kebidanan pada ibu nifas diberikan normalnya berlangsung selama 42 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 dan kunjungan ibu nifas KF1,KF2,KF3.
4. Bayi baru lahir 🡪 Asuhan yang diberikan bidan pada bayi baru lahir yaitu memotong tali pusat, membantu melakukan IMD, melakukan observasi ada tidaknya gangguan pada pernafasan dan sebagainya, pemeriksan fisik serta memandikan.
5. Neonatus 🡪 Asuhan yang diberikan bidan pada neonatus yaitu memberikan pelayanan, informasi tentang imunisasi dan KIE sekitar kesehatan neonatus dan Kujungan neoantuas pada KN 1,KN 2,dan KN 3 yang berlangsung pada usia 0-28 hari.
6. 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).
   * 1. **Tempat**

Studi kasus dilakukan di TPMB Sri Wahyuningsih A.Md Keb Pakisaji Kabupaten Malang

* + 1. **Waktu**

Waktu yang dibutuhkan dalam penyusuanan proposal sampai dengan memberikan asuhan dimulai dari Oktober 2022 sampai dengan Juni 2023

* 1. **Metode Pengumpulan Data**

Metode pengumpulan data menggunakan pendekatan manajemen kebidanan (pengkajian, diagnosis masalah, rencana tindakan, implementasi, evaluasi) secara holistik, dan menekankan pada tindakan serta masalah sesuai topik penelitian.Menurut (Surahman, Rachmat, & Supardi, 2016), Metode pengumpulan data atau instrument pengumpulan data yang dilakukan penulis adalah:

1. Anamnesa

Wawancara dilakukan langsung kepada ibu, suami, dan orang tua ibu pada kunjungan pertama kehamilan sebagai pengkajian data awal meliputi biodata, keluhan ibu,riwayat kesehatan ibu dan keluarga, riwayat haid, riwayat pernikahan, riwayat obsterti yang lalu dan sekarang, riwayat keluarga berencana, pola kebiasaan sehari-hari, serta riwayat psikologi, social dan budaya.

1. Observasi

Observasi dilakukan pada setiap kunjungan dalam bentuk pemeriksaan kepada ibu melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, maupun perkusi, seperti cek tekanan darah, pengukuran berat badan dan tinggi badan, pengukuran LILA, pemeriksaan reflek patella, pemeriksaan TFU dan memeriksa DJJ, serta pada kunjungan pertama kehamilan didukung dengan adanya pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan labolatorium seperti cek kadar HB, reduksi dan albumin. Observasi dilakukan selama kurang lebih 12 minggu atau sampai pasien melahirkan.

1. Dokumentasi

Mendukung hasil pengamatan yang maksimal, maka peneliti menggunakan dokumen pendukung. Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu.

* 1. **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).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instrumen** |  | **ANC** | **INC** | **Neonatus/ BBL** | **PNC** | **KB** |
|  | **Dokumentasi** | | | | | |
| Buku KIA  Buku register bidan |  | √  √ | √ | √ | √ | √ |
| Form SOAP |  | √ | √ | √ | √ | √ |
| Form Pemeriksaan Ibu Hamil KSPR |  | √  √ |  |  |  |  |
| Skrining TT |  | √ |  |  |  |  |
| Lembar Penapisan |  |  | √ |  |  |  |
| Lembar Observasi |  |  | √ |  |  |  |
| Partograf |  |  | √ |  |  |  |
| Form *APGAR Score* |  |  |  | √ |  |  |
| Form Penilaian BBL |  |  |  | √ |  |  |
| Form MTBM |  |  |  | √ |  |  |
|  | **Tindakan** | | | | | |
| Tensimeter |  | √ | √ | √ | √ | √ |
| Stetoskop |  | √ | √ | √ | √ | √ |
| Pita LILA |  | √ |  | √ |  |  |
| Doppler/ Funandoskop |  | √ | √ |  |  |  |
| Timbangan |  | √ | √ | √ | √ | √ |
| Microtoise |  | √ |  |  |  |  |
| Metline |  | √ | √ | √ |  |  |
| Hammer |  | √ |  |  |  |  |
| Alat tulis |  | √ | √ | √ | √ | √ |

**3.5 Langkah-langkah Pengumpulan Data**

1. Mengajukan atau mengurus surat untuk digunakan penelitian ke PMB
2. Menentukan subjek/sasaran dan informasi data yang akan dilakukan dengan sasaran pada ibu hamil usia kehamilan 34 minggu.
3. Mencari data di PMB sesuai denga usia kehamilan dan melakukan Informent conset dengan pasien sebagai bukti persetujuan untuk penelitian
4. Menetapkan jangka waktu pengumpulan data. Jangka waktu pengumpulan data dimulai dari usia kehamilan 34 minggu sampai dengan masa KB yang berkisar kurang lebih 12 minggu mulai dari 21 maret sampai dengan 18 Juni 2023.
5. Menentukan metode pengumpulan data yang akan dipakai.
6. Melakukan pendampingan dengan pendekatan studi kasus dari masa kehamilan sampai masa antara dengan asuhan yang telah direncanakan.
7. Menganalisa data dan di implementasikan hasilnya dengan asuhan kebidanan varney dan pendokumentasian SOAP.
8. Memasukan data ke dalam pembahasaan untuk mencari terdapat kesejangan atau tidak antara teori dan hasil penelitian dilahan.
9. Membuat kesimpulan dari masing-masing penelitian kehamilan sampai dengan masa interval.
10. Melakukan pendaftaran dan pelaksanaan ujian sidang akhir.
11. Pengumpulan laporan tugas akhir.

* 1. **Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan COC**

Ibu Hamil Trimester III di TPMB Sri Wahyuningsih

Fisiologis

1 Asuhan Kebidanan UK 35 minggu (5 kali kunjungan)

2 Pendekatan menggunakan manajemen Kebidanan varney

**Ibu Bersalin**

Fisiologis

Pemantauan Kemajuan Persalinan Kala 1-4dengan Partograf

**Bayi Baru Lahir**

**Ibu Nifas**

Fisiologis

Fisiologis

Pemberian Asuhan Kebidanan minimal 3 kali KN 1,KN2,K3

Pemberian Asuhan Kebidanan minimal 4 kali KF1,KF2,KF3,KF4

**RencanaKeluarga Berencana menggunakan KB suntik**

Gambar 3 1Kerangka Kerja Asuhan Kebidanan

* 1. **Etika dan Prosedur Pelaksanaan**

Penyusunan LTA yang menyertakan manusia sebagai subjek perlu adanya prosedur yang harus 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 consent) yang diberikan sebelum asuhan dilaksanakan agar subjek mengetahui maksud dan tujuan asuhan yang akan diberikan. Apabila subjek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani.
3. Tanpa nama (Anonimity). Dalam menjaga kerahasiaan identitas subjek penyusun tidak mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data dan LTA cukup dengan memberikan kode atau inisial saja.
4. Kerahasiaan (Confidential).Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin oleh penyusun.