# BAB III

# METODE PENELTIAN

## 3.1 Bentuk Asuhan Kebidanan

### 3.1.1 Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney

Tabel 3.1 7 Langkah Varney

| Langkah | Keterangan |
|---|---|
| Langkah I<br>Pengumpulan Data Dasar | Pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien |
| Langkah II<br>Interpretasi Data Dasar | Identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah klien dan kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. |
| Langkah III Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial | Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potesial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. |
| Langkah IV<br>Identifikasi Kebutuhan Segera | Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien |

| | |
|---|---|
| Langkah V Perencanaan | Merencanakan asuhan yang menyeluruh menyeluruh. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien. |
| Langkah VI Implementasi | Melaksanakan rencana asuhan padalangkah ke lima secara efisien dan aman. |
| Langkah VII Evaluasi | Dilakukan evaluasi keefektifan dariasuhan yang sudah diberikan |

### 3.1.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan SOAP

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

S : Data Subyektif terfokus mencatat hasil anamnesa, anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasie (auto anamnesis) maupun anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien atau melalui catatan rekam medik pasien (allo anamnesis), sesuai keadaan klien.

O : Data Obyektif 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 antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau tindak lanjut dan rujukan.

## 3.2 Sasaran Asuhan Kebidanan

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).

a. Ibu hamil

Asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III mulai 32-34 minggu dan janin yang dikandungnya.

b. 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.

c. 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.

d. Bayi Baru Lahir

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

e. Neonatus

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

f. Pelayanan 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).

**3.3 Kriteria Subjek**

Kriteria subjek dalam studi kasus ini adalah ibu hamil usia > 20 – 35 tahun dengan usian kehamilan 32-34 minggu fisiologis dengan KSPR 2 diikuti dari masa kehamilan

, persalinan, bayi baru lahir, nifas sampai dengan masa antara.

### 3.4 Instrumen Pengumpulan Data (Data primer, Data sekunder)

Tabel 3.2 Daftar Instrumen Penelitian

| Instrumen | ANC | INC | Neonatus/BBL | PNC | Masa Interval |
|---|---|---|---|---|---|
| **DOKUMENTASI** | | | | | |
| Buku KIA | √ | √ | √ | √ | √ |
| Form. SOAP | √ | √ | √ | √ | √ |
| KSPR | √ | | | | |
| Skrining TT | √ | | | | |
| Lembar Penapisan | | √ | | | |
| Lembar Observasi | | √ | | | |
| Partograf | | √ | | | |
| Ceklis APN | | √ | | | |
| Form APGAR Score | | | √ | | |
| ABPK | | | | | √ |
| **PENGUKURAN DAN TINDAKAN** | | | | | |
| Tensimeter | √ | √ | √ | √ | √ |
| Stetoskop | √ | √ | √ | √ | √ |
| Pita LILA | √ | | √ | | |
| Timbangan | √ | √ | √ | √ | √ |
| Microtoise | √ | | | | |
| Metline | √ | √ | √ | | |
| Hammer | √ | | | | |
| Jam tangan | √ | √ | √ | √ | √ |
| Alat tulis | √ | √ | √ | √ | √ |
| Doppler/ Funandoskop | √ | √ | | | |

### 3.5 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.

1. Anamnesis/Wawancara

   Wawancara adalah suatu metode yang dilakukan secara langsung kepada ibu dan suami dengan mengkaji biodata, keluhan, riwayat kesehatan yang lalu dan sekarang, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetri yang lalu dan sekarang, riwayat KB, pola kebiasaan sehari-hari, dan data psikologi yang berpatokan pada manajemen asuhan kebidanan.

2. Observasi/Pengamatan

   Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual menggunakan pancaindra (penglihatan, penciuman, pendengaran, perabaan) atau alat, untuk memperoleh informasi yang diperlukan dalam upaya menjawab masalah penelitian. Alat dan bahan yang digunakan untuk pengumpulan data seperti daftar tilik (check list) dan pancaindra.

3. Pemeriksaan

   Pemeriksaan yang dilakukan salah satunya yaitu pemeriksaan fisik lengkap untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien. Metode teknik pengkajian yang digunakan yaitu infeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), auskultasi (mendengar) (Rajab, W, Fratidhina, Y, & Fauziah, 2018).

4. Kajian 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 rumah sakit).

## 3.6 Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

Tempat pengambilan data studi kasus dilakukan di TPMB Wulan Rahma A.Md.Keb yang beralamatkan di kota. Malang. Penyusunan proposal ini dilakukan pada bulan September 2023 dan Studi Kasus akan dilakukan pada bulan Desember 2023 – Maret 2024

## 3.7 Etika dan Prosedur Pelaksanaan

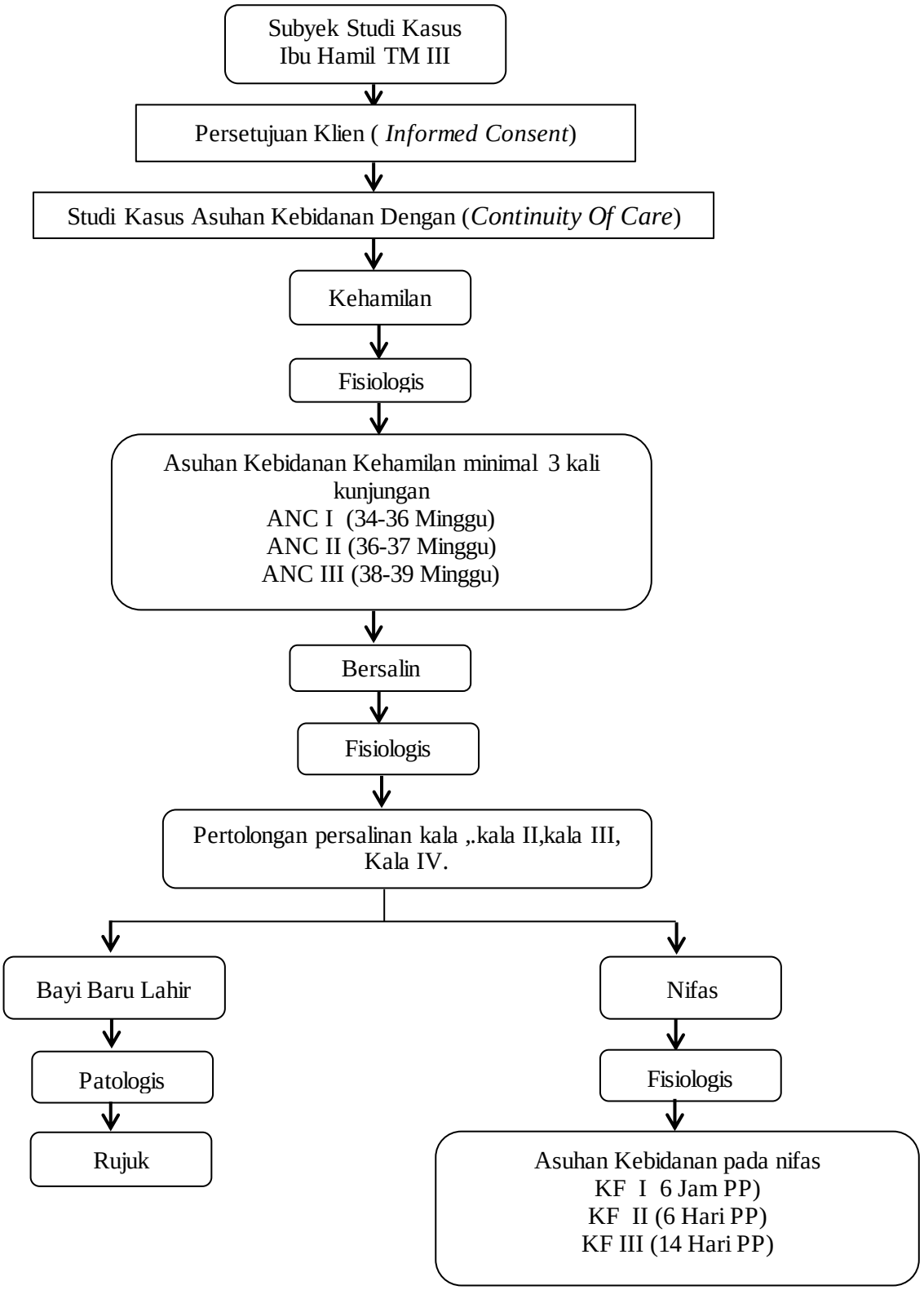
Penyusunan LTA yang menyertakan manusia sebagai subjek perlu adanya etika dan prosedur yang harus dipatuhi oleh penyusun. Adapun etika dan prosedur yang harus dipatuhi oleh penyusun. Adapun etika dan prosedurnya adalah:

1. Perijinan yang berasal dari institusi tempat penelitian atau instansi tertentu sesuai 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 subyek setuju maka lembar persetujuan tersebut dapat ditanda tangani.
3. Tanpa nama (Anonimity). Dalam menjaga kerahasiaan identitas subyek penyusun tidak mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data dan

LTA cukup dengan memberikan kode atau inisial aja.

4. Kerahasiaan (Confidential). Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin oleh penyusun

### 3.8 erangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan COC




Gambar 3.1 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan kebidanan COC