

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Bentuk Asuhan Kebidanan

3.1.1 Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney

Tabel 3.1 7 Langkah Varney

Langkah	Keterangan
Langkah I 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 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 potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan.
Langkah IV 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 dari asuhan yang sudah diberikan

3.1.2 Dokumentasi Asuhan Kebidanan SOAP

S : Data Subyektif terfokus mencatat hasil anamnesa, anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasien (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 yang diberikan kepada ibu hamil Trimester III usia kehamilan 36-37 minggu dengan KSPR 6. Dengan dilakukan kunjungan 3 kali, K1 dilakukan pada usia kehamilan 36-37 minggu terlaksana pada tanggal 5 Mei

2024, K2 dilakukan pada usia kehamilan 37-38 minggu pada tanggal 10 Mei 2024, K3 dilakukan pada usia kehamilan 39-40 minggu pada tanggal 18 Mei 2024. Hal ini berfungsi sebagai bentuk mencari tahu perihal kesehatan ibu dan juga sang janin serta guna memberi tindakan pencegahan serta penanganan sejak dini.

b. Ibu Bersalin

Asuhan yang diberikan bidan pada ibu bersalin adalah melakukan observasi di TPMB terhadap ibu bersalin kali I fase aktif pada tanggal 07 Juni 2024, dan dilanjut observasi di RS Lawang Medika tanggal 07 Juni 2024.

c. Ibu Nifas

Asuhan yang diberikan oleh bidan terhadap ibu nifas ini pada umumnya diberikan selama 42 hari pasca persalinan yang setara dengan 6 minggu. Dengan dilakukan kunjungan nifas sebanyak 4 kali pada KF 1 (12 Jam) pada tanggal 08 Juni 2024, KF 2 (7 Hari) pada tanggal 15 Juni 2024, KF 3 dan KF 4 (Belum terlaksana). Asuhan yang diberikan pada siklus ini akan berfokus pada pemantauan involusi uteri yang merupakan kontraksi uterus serta pendarahan, kemudian adanya tanda bahaya pada masa nifas, laktasi dan juga kondisi ibu serta bayinya.

d. Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (08 Juni 2024) yakni dengan melakukan observasi dan melakukan pemeriksaan fisik.

e. Neonatus

Asuhan kebidanan pada neonatus ini dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada KN 1 (12 Jam) pada tanggal 08 Juni 2024, KN 2 (7 Hari) pada tanggal 15 Juni 2024, KN 3 (Belum dilakukan). Asuhan kebidanan terhadap neonatus ini diberikan dengan adanya pelayanan, informasi mengenai imunisasi serta KIE seputar kesehatan neonatus.

f. 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) pada KF 4 (Belum terlaksana).

3.3 Kriteria Subjek

Kriteria subjek dalam studi kasus ini adalah ibu hamil usia 35 tahun dengan usia kehamilan 36-37 minggu kehamilan normal dengan KSPR 6 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 <i>APGAR Score</i>			√		
AB					√
PK					
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 inspeksi (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

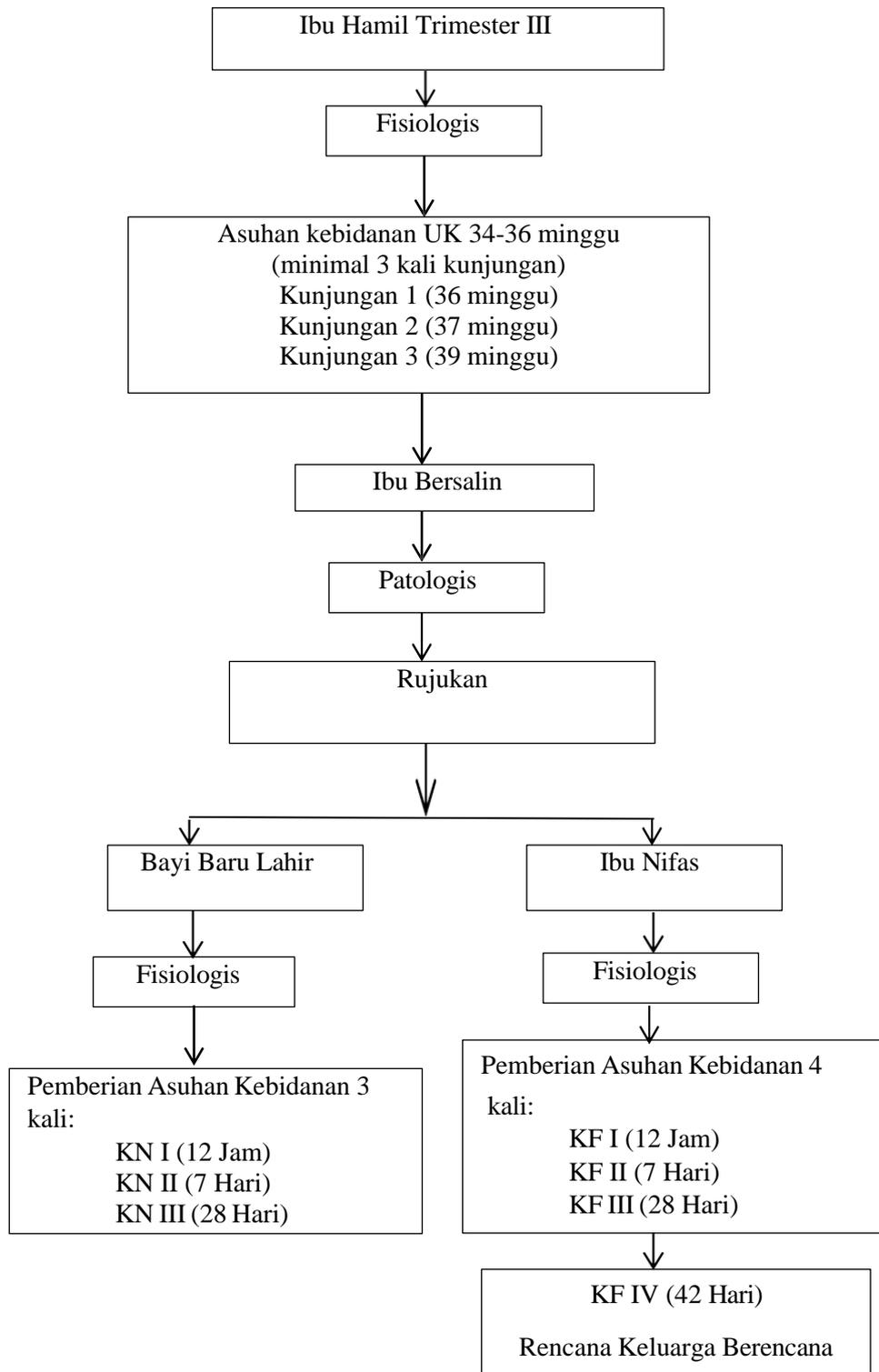
Tempat pengambilan data studi kasus dilakukan di TPMB Titik Sunaryati dan rumah pasien. Penyusunan proposal ini dilakukan pada bulan September 2023 dan Studi Kasus akan dilakukan pada bulan Desember 2023 – Maret 2024

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 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan COC



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan kebidanan CO