

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis dan desain yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah penelaahan kasus atau (*Case Studi*), Dalam studi kasus ini akan melakukan asuhan komprehensif pada ibu hamil patologis trimester III dengan usia kehamilan 40⁺¹ minggu dan diikuti dari kehamilan, bersalin, nifas bayi baru lahir, serta membantu agar ibu dapat menentukan keputusan untuk KB.

Menurut (Mulyana, 2014) studi kasus adalah uraian dan penjelasan yang komprehensif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau suatu situasi sosial.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan Kebidanan Komprehensif terdiri dari 5 komponen yang terdiri dari Asuhan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir serta asuhan pada keluarga berencana. Adapun operasional pada Asuhan komprehensif diantaranya :

1. Asuhan Kehamilan : Asuhan Kebidanan pada Ny. I dengan usia kehamilan 40 minggu 1 haridengan kunjungan ANC sebanyak 3x
2. Asuhan Persalinan : Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin dilakukan oleh pihak RSGM karena dilakukan tindakan SC

3. Asuhan Nifas : Asuhan Kebidanan pada ibu nifas dimulaidari KF 1 hingga kunjungan nifas ketiga (KF3)
4. Asuhan Bayi Baru Lahir : Asuhan Kebidanan bayi baru lahir meliputi memberikan perawatan dan asuhan pada KN₁ sampai KN₃.
5. Asuhan Keluarga Berencana : Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana pada Ny. I membuat Ny. I memilih KB suntik 3 bulan

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

1) Tempat studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda Gamping, Sleman.

2) Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada tanggal 2 Maret 2018 - 28 September 2018

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan berkesinambungan ini yang menjadi objek adalah Ny. I umur 25 tahun multipara di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda, kemudian didampingi sampai dengan masa nifas selesai.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a) Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik : tensimeter, stetoskop, dan jam tangan berdetik

- b) Alat yang digunakan untuk melakukan wawancara: format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi
- c) Alat yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi: catatan medik atau status pasien dan buku KIA

2. Metode Pengumpulan Data

a) Wawancara

Menurut (Sugiyono, 2010) Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terstruktur karena peneliti menggunakan pedoman wawancara yang disusun secara sistematis dan lengkap untuk mengumpulkan data yang dicari. Telah dilakukan wawancara pada Ny. I dan keluarga untuk mengumpulkan data subjektif.

b) Observasi

Menurut (Arikunto, 2013) observasi adalah mengumpulkan data atau keterangan yang harus dijalankan dengan melakukan usaha-usaha pengamatan secara langsung ke tempat yang akan diselidiki.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dan mendapatkan data objektif . Pada studi kasus ini dilakukan pemeriksaan Head to toe dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi).

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontgen, pemeriksaan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel, berupa darah untuk menegakkan diagnosa (Saifudin, 2008). Riwayat pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 21 Agustus 2017 dengan hasil Hb : 12,6 gr% dan HbsAg negatif, pada tanggal 03 Januari 2018 Hb : 12,6 %.

Pada saat pendampingan, hasil USG pada tanggal 02 Maret 2018 adalah pengapuran, dan pada tanggal 05 Maret 2018 hasil USG menyatakan pengapuran dan air ketuban sedikit.

e) Studi dokumentasi

Semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak seperti laporan, catatan rekam medis dll (Notoatmdjo, 2012). Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumentasi dalam bentuk foto saat kunjungan, dan berupa catatan medis yang diperoleh dari rekam medik di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda, rekam medik di Rumah Sakit Griya Mahardika dan buku KIA

f) Studi pustaka

Menurut (Martono, 2012) studi pustaka yaitu dengan mengambil dari buku literature guna memperkaya khasanah ilmiah yang mendukung pelaksanaan studi kasus. Dalam studi kasus ini

digunakan buku dan jurnal dengan sumber referensi 15 tahun terakhir guna memperkuat asuhan yang diberikan selama pelaksanaan studi kasus

F. Prosedur Penelitian

Studi kasus dilaksanakan dalam tiga tahap, antara lain sebagai berikut :

1. Tahap Persiapan

Sebelum melaksanakan penelitian di lapangan, peneliti melakukan persiapan-persiapan diantaranya sebagai berikut :

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus yang berada di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- c. Melakukan studi kasus pendahuluan di lapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam kasus.
- d. Melakukan Perijinan untuk studi kasus ke Klinik Pratama Rawat Inap Amanda
- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk mendatangi lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 2 Maret 2018
- f. ANC dilakukan 3 kali yang dimulai dari usia kehamilan 40 minggu 1 hari dengan hasil sebagai berikut :

- (1) Kunjungan pertama di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda dilakukan pada tanggal 02 Maret 2018 pukul 19.20 WIB

(2) Kunjungan kedua dilaksanakan di rumah ibu hamil pada tanggal 03 Maret 2018 pukul 11.30 WIB

(3) Kunjungan ketiga dilaksanakan di Klinik Pratama Rawat Inap Amanda pada tanggal 05 Maret 2018 pukul 19.20 WIB

g. Melakukan penyusunan LTA

h. Bimbingan dan konsultasi LTA

i. Melakukan ujian LTA

j. Revisi LTA

2. Tahapan pelaksanaan

a. Memantau Keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via Handphone (HP)

Pemantauan:

(1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung

(2) Meminta ibu dan keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu mengalami kontraksi

(3) Melakukan kontrak dengan Klinik Pratama Rawat Inap Amanda agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke Klinik.

b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif

(1) Asuhan INC dilakukan dengan Operasi sesar di Rumah Sakit Griya Mahardika

(2) Asuhan PNC dilakukan dari KF1 sampai 42 hari postpartum dan melakukan KF3, dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

a) Kunjungan nifas pertama

(1) Memandikan ibu

(2) Mengajarkan teknik relaksasi nafas untuk mengurangi nyeri

(3) Memberikan KIE teknik menyusui

(4) Memberikan KIE tanda bahaya nifas

(5) Memberikan KIE tentang nutrisi

(6) Mengajarkan untuk istirahat yang cukup

(7) Mengajarkan pada keluarga tentang pijat oksitosin

b) Kunjungan nifas kedua

(1) Mengajarkan teknik menyusui

(2) Mengulang KIE nutrisi

(3) Mengajarkan untuk menjaga kebersihan

(4) Memberikan konseling KB

c) Kunjungan nifas ketiga

(1) Memberikan konseling istirahat

(2) Mengajarkan menjaga kebersihan

(3) Asuhan bayi baru lahir dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau dilakukan KN3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP. Asuhan yang diberikan:

a) Kunjungan neonatus pertama

- (1) Memberitahu perawatan tali pusat
- (2) Memberikan KIE ASI Eksklusif
- (3) Menganjurkan untuk menjaga kehangatan dan kebersihan bayi
- (4) Anjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada pagi hari pukul 07.00-09.00 WIB selama 15 menit.
- (5) Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi

b) Kunjungan neonatus kedua

- (1) Melakukan asuhan kebidanan komplementer pijat bayi
- (2) Memandikan bayi
- (3) Mengingatkan ibu tentang tanda bahaya pada bayi
- (4) Menganjurkan ibu dan keluarga untuk melakukan stimulasi komunikasi

c) Kunjungan neonatus ketiga

- (1) Mengingatkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif
- (2) Menganjurkan ibu dan keluarga untuk membaca buku KIA tentang pemenuhan gizi dan melakukan stimulasi agar perkembangan anak sesuai dengan usia
- (3) Memberikan KIE tentang imunisasi dan mengingatkan tentang jadwal imunisasi BCG

3. Tahapan penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir.

G. Sistematis Dokumentasi Kebidanan

1. Subjektif

Pengumpulan data klien yang dilakukan melalui anamnesa. Diperoleh dari keluhan, riwayat klien, kebiasaan-kebiasaan, psikososial dan lingkungan yang berpengaruh.

2. Data Objektif

- a. Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien
- b. Hasil pemeriksaan laborototium/pemeriksaan diagnostik lain

3. Assessment

- a. Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif
- b. Diagnosa / masalah
- c. Diagnosa/ masalah potensial
- d. Antisipasi diagnosa / masalah potensial/tindakan segera

4. Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostik/laboratorium, konseling, dan tindak lanjut (Mangkuji, 2012).