

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis studi kasus ini adalah Asuhan Kebidanan Komprehensif pada ibu hamil, bersalin, dan nifas ini adalah metode penelitian deskriptif.

Menurut Punaji (2010) penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan suatu peristiwa, keadaan, objek apakah orang, atau segala sesuatu yang terkait dengan variabel-variabel yang bisa dijelaskan baik menggunakan angka-angka maupun kata-kata.

Penelitian deskriptif merupakan metode penelitian yang digunakan untuk pengetahuan yang seluas-luasnya terhadap objek penelitian pada suatu masa tertentu (Hidayat, 2010)

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan Kebidanan komprehensif ini memiliki 4 komponen asuhan pada kehamilan, asuhan persalinan, asuhan pada masa nifas dan asuhan pada bayi baru lahir. Adapun definisi operasional masing-masing asuhan antara lain :

1. Asuhan kehamilan : Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan usia kehamilan 36 minggu.
2. Asuhan persalinan : Asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai observasi kala IV.

3. Asuhan nifas : Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas di mulai saat berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas ke IV (KF₄) yaitu hari ke empat sampai dengan hari ke 42 post partum
4. Asuhan BBL : memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahiran sampai kunjungan KN₃ Asuhan kebidanan keluarga berencana (KB) yang dilakukan 42 hari setelah post partum.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

Studi kasus ini bertempat di Klinik Hanna Jogonalan Klaten dan dilaksanakan pada bulan 24 Januari – 18 April 2018

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek yang digunakan sebagai objek dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif (*Continuity Of Care*) adalah Ny. W umur 35 tahun G2P1A0Ah1 UK 36 minggu di Klinik Hanna Klaten.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data
 - a. Alat dan bahan yang digunakan untuk pemeriksaan fisik : Tensi meter, stetoskop, dopler, termometer, handscoon, timbangan badan, metline dan jelly
 - b. Alat dan bahan yang digunakan untuk studi dokumentasi : Buku KIA dan catatan medis.

2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data (Sugiono, 2009).

a. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan komunikasi dengan klien atau keluarga untuk mengetahui keluhan atau masalah klien saat ini dengan mencari permasalahan yang dialami oleh pasien sehingga permasalahan dapat dipecahkan secara bersama-sama wawancara dilakukan untuk mengumpulkan data subyektif ibu hamil yang meliputi biodata ibu, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, psikologi ibu, data sosial budaya, data spiritual, dan menggali pengetahuan ibu tentang kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB.

b. Observasi

Observasi adalah suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua diantara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan.

Tahap observasi dilakukan pemantauan ibu mulai dari hamil hingga nifas, seperti : Keadaan umum ibu, perubahan fisiologis

ibu, suasana hati ibu yang diamati dari gerak-gerik tubuh dan ekspresi, dan mengamati perkembangan kesehatan ibu dari status rekam medis dan buku KIA.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan informasi secara obyektif dari pasien. Pemeriksaan yang dilakukan penulis meliputi pemeriksaan keadaan umum, vital sign, *pemeriksaan head to toe*. Adapun pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu keadaan umum, tekanan darah, suhu, respirasi, palpasi abdomen, leopold I, leopold II, leopold III dan leopold IV.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk menunjang data lainnya, hakikatnya adalah untuk memperkuat atau mempertegas diagnosa. Adapun pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan urine, hemoglobin darah, dan USG.

e. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah pencatatan semua informasi yang berhubungan dengan klien, informasi yang didapatkan dari klien di tuangkan dalam sebuah laporan yang digunakan sebagai data maupun dokumen. Studi dokumentasi yang didapatkan adalah foto saat melakukan pemeriksaan, tanda tangan pihak klinik

Hanna Klaten, data sekunder dari ibu hamil dan data dari Klinik Hanna Klaten.

F. Prosedur LTA

Studi kasus ini ada 3 tahapan yang dilaksanakan, antara lain sebagai berikut:

1) Tahap Persiapan

Sebelum melakukan penelitian ke lapangan, persiapan yang perlu dilakukan sebelumnya adalah sebagai berikut:

- a) Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus.
- b) Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Stikes A.Yani Yogyakarta
- c) Melakukan studi pendahuluan yaitu Ny. W umur 35 tahun G2P1A0AH1 UK 36 minggu di Klinik Hanna Klaten
- d) Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Klinik Hanna Klaten
- e) Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 24 Januari 2018
- f) ANC dilakukan 3 kali yang dimulai dari usia 36 minggu dengan hasil sebagai berikut:

- (1) Kunjungan pertama ANC di rumah Ny. W tanggal 24 Januari 2018 pukul 15.00 WIB yaitu Ny. W umur 35 tahun G2P1A0

UK 36 minggu, tidak ada keluhan keadaan janin puki, preskep, janin tunggal, hidup normal

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit apapun. Ibu pernah menggunakan KB suntik 3 bulan.

HPHT: 19-5-2017

HPL: 23-2-2018

BB: 74 kg, TB: 158 cm, LILA: 33 cm, TD: 120/80 mmHg.

Asuhan yang diberikan: Memberikan KIE Nutrisi saat kehamilan, tanda bahaya Trimester III, cara mengonsumsi tablet Fe yang benar.

- (2) Kunjungan kedua ANC di rumah Ny. W usia kehamilan 36 minggu 5 hari tanggal 29 Januari 2018 ibu mengatakan tidak ada keluhan selama kehamilan.

BB: 74 kg, TD: 120/80 mmHg, Uk 36 minggu 5 hari, TFU 28 cm, presentasi kepala, puki.

Asuhan yang diberikan: Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada trimester III, KIE tentang P4K, dan menganjurkan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang sudah ditentukan Klinik Hanna atau kembali jika ada keluhan.

- (3) Kunjungan ketiga ANC di klinik Hanna Ny. W usia kehamilan 39 minggu 2 hari tanggal 18 Februari 2018

TD : 120/80 mmHg, BB: 74 kg, UK: 39 minggu 2 hari, TFU: 30 cm, presentasi kepala, sudah masuk panggul, puki, DJJ: 138 x/menit.

Asuhan yang diberikan: Memberikan KIE tentang kebutuhan yang dipersiapkan saat persalinan, tanda-tanda persalinan, menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 5 hari lagi atau jika ada keluhan.

- g) Melakukan penyusunan LTA
 - h) Bimbingan dan konsultasi LTA
 - i) Melakukan seminar LTA
 - j) Revisi LTA
2. Tahap Pelaksanaan
- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via handphone.
Rencana pemantuan:
 - 1) Pemantuan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien.
 - 2) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu mengalami keluhan atau kontraksi semacamnya.
 - 3) Melakukan kontrak dengan Klinik Hanna Klaten agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke Klinik Hanna.

b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif

- 1) Asuhan *Intranatal Care (INC)* dilakukan dengan APN, kemudian dilakukan dokumentasi SOAP.

Rencana Asuhan yang dilakukan saat INC:

(a) Kala I: Pembukaan serviks

Asuhan yang akan diberikan yaitu pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf, pemantauan vital sign dan kondisi janin, pemberian nutrisi pada pasien, menganjurkan dan membantu pasien dalam upaya perubahan posisi dan memfasilitasi dukungan keluarga.

(b) Kala II: Pengeluaran janin

Asuhan yang akan diberikan yaitu evaluasi secara kontinu kesejahteraan ibu, janin dan kemajuan persalinan, perawatan tubuh ibu, asuhan sayang ibu, persiapan persalinan dan penatalaksanaan 60 langkah APN.

(c) Kala III: Pengeluaran plasenta

Asuhan yang diberikan yaitu melakukan pujian kepada pasien atas kelahiran bayinya, lakukan manajemen aktif kala III dan memantau kontraksi uterus.

(d) Kala IV: Observasi

Asuhan yang diberikan yaitu observasi tingkat kesadaran pasien, pemantuan vital sign, kontraksi uterus, kandung

kemih, dan observasi pendarahan selama 1-2 jam pasca persalinan.

- 2) Asuhan PNC (*postnatal Care*) dilakukan dari selesai pemantuan kala IV sampai KF4 (hari ke-4 sampai dengan hari ke 42 paska persalinan) dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan PNC :

- a) KF I observasi apakah ada tanda-tanda perdarahan, memastikan uterus berkontraksi dengan baik.
 - b) KF II memastikan ibu tidak terdapat tanda-tanda perdarahan abnormal, memastikan apakah ada tanda bahaya nifas, memberikan konseling perawatan tali pusat dan perawatan bayi sehari-hari.
 - c) KF III menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu alami, memberikan KIE ASI Eksklusif, melakukan pijat oksitosin.
 - d) KF IV memberikan KIE tentang KB
- 3) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari (KN3) dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Rencana Asuhan BBL : memberikan asuhan KN1, KN2, KN3

- a) KN1 mempertahankan suhu tubuh bayi melakukan pemeriksaan fisik, memberikan vitamin K segera setelah

lahir dan memberikan imunisasi Hb-0, konseling ASI Eksklusif.

b) KN2 mengajarkan ibu tetap menjaga tali pusat agar tetap kering, memberikan konseling tanda bahaya bayi baru lahir, konseling ASI Eksklusif.

c) KN3 memberikan konseling teknik menyusui yang baik dan benar dan memberitahu ibu tentang pemberian imunisasi BCG.

4) Tahap Penyelesaian

Berisikan tentang penyusunan laporan hasil asuhan yang dimulai dari :

d) Penulisan hasil : hasil dari pemeriksaan objektif maupun subjektif

e) Penyusunan pembahasan : melakukan penyusunan asuhan setelah KF4

f) Penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian hasil LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Varney dalam Asrinah (2010) sistem pondokumentasian asuhan kebidanan dengan menggunakan SOAP yaitu:

1) S (Data Subjektif)

Menggambarkan dan mendokumentasikan hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah satu Varney.

2) O (Data Objektif)

Menggambarkan dan mendokumentasikan hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan langkah satu Varney.

3) A (*Analysis*)

Menggambarkan dan mendokumentasikan hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif suatu identifikasi.

4) P (Penatalaksanaan)

Menggambarkan dan mendokumentasikan dari tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan pada assesment sebagai langkah V, VI, VII Varney. Pada pentalaksanaan ini terdapat tiga hal yang harus dilakukan yaitu, perencanaan, asuhan pelaksanaan, dan evaluasi dari asuhan yang setelah diberikan (Rukiah, 2010).