

BAB III

METEDOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan yaitu menggunakan metode deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*) dengan cara meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor- faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus dalam suatu perlakuan.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan komprehensif ini memiliki 4 komponen asuhan yaitu meliputi asuhan pada kehamilan, asuhan persalinan, asuhan pada masa nifas, dan asuhan pada bayi baru lahir hingga KB. Adapun definisi masing masing asuhan antara lain:

1. Asuhan Kehamilan :

Asuhan kebidanan pada pada ibu hamil dimulai dari usia 34 minggu 2 hari.

2. Asuhan Persalinan :

Asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari Kala III sampai observasi Kala IV.

3. Asuhan Nifas :

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai dari saat berakhirnya observasi Kala IV sampai kunjungan nifas ketiga (KF3).
Yaitu 6 jam post partum sampai dengan hari ke-14 post partum.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir :

Memberikan asuhan dan perawatan bayi baru lahir dari awal kelahiran sampai (KN3).

C. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus dilaksanakan di PMB Umu Hani Sewon, Bantul Yogyakarta, BPM Erna amd.keb dan Rumah Ny. I Ds. Pucung, Kel. Pandowoharjo, Kec. Sewon , Kab. Bantul Yogyakarta.
2. Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Januari sampai dengan April 2018.

D. Obyek Laporan Tugas Akhir

Obyek yang digunakan dalam Proposal Laporan Tugas Akhir, Asuhan Kebidanan Komprehensif ini adalah seorang ibu Ny. I usia 33 tahun, G3P2A0AH2 UK 34 minggu 2 hari di BPM Umu Hani Sewon Bantul.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data
 - a. Alat yang digunakan untuk observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tensi meter, stetoskop, timbang berat badan, thermometer, jam, metline, linex.

- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan asuhan komplementer yaitu kapas, handuk,
- c. Alat yang digunakan untuk wawancara anamnesa yaitu format asuhan kebidanan pada ibu hamil, nifas, dan bayi baru lahir.
- d. Alat yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi yaitu catatan medic dan buku KIA.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2013).

Wawancara menurut Ankur Garg, seorang psikologi menyatakan wawancara dapat menjadi alat bantu yang dilakukan oleh pihak yang memperkerjakan seorang calon/kandidat untuk suatu posisi, jurnalis, atau orang biasa yang sedang mencari tahu tentang kepribadian seseorang ataupun mencari informasi (Sumantri, 2011).

Wawancara pada LTA ini dilakukan kepada bidan, Ny. I, suami Ny. I dan ibu dari Ny. I secara langsung untuk menacaritahu tentang kepribadian atau informasi yang memberikan hasil secara langsung juga.

Wawancara yang digunakan adalah :

- 1) Lembar persetujuan (*informed consent*)
 - 2) Form Pengkajian data ANC (riwayat kehamilan, riwayat penyakit, keluhan saat asuhan dan sebelum asuhan, tempat persalinan).
 - 3) Pengetahuan atau penyuluhan yang sudah di dapat mengenai kehamilan atau masalah yang terjadi.
 - 4) Pengkajian data persalinan (tanda tanda persalinan, lama kontraksi, lama pembukaan).
 - 5) Pengkajian data nifas (pengeluaran darah, kandung kemih, mobilisasi, pengeluaran asi)
 - 6) Bayi baru lahir (hisapan bayi, bingung puting atau tidak).
- b. Observasi

Merupakan cara pengumpulan data dengan mengandalkan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal hal yang akan diteliti (Hidayat, 2013).

Observasi yang dilakukan :

- 1) Keadaan fisik ibu hamil, bersalin, nifas seperti linea nigra, striae gravid, odem dst.
- 2) Lingkungan ibu hamil.
- 3) Keadaan fisik BBL seperti pada wajah tanda *syndrome down*, pada mulut *labiokisis*, *labiopalatokisis* dst.

c. Pemeriksaan Fisik

Adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrumen tertentu. Pemeriksaan ini meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini dilakukan secara *head to toe*, yang dilakukan atas persetujuan pasien dan keluarga yang dibuktikan dari lembar *informed consent*.

d. Data Penunjang

Meliputi pemeriksaan laboratorium, USG, pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah atau urine untuk menegakkan diagnosa.

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu :

- 1) Mendampingi melakukan pemeriksaan kadar haemoglobin di PMB Umu Hani pada tanggal 22 februari 2018 dengan hasil kadar Hb : 11,2 g%
- 2) Mendampingi melakukan pemeriksaan ultrasonografi untuk mengetahui posisi janin , dilakukan pada tanggal 27 februari 2018. Di PMB Erna

e. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli dapat berupa gambar, tabel, atau daftar periksa (Hidayat, 2013). Dalam studi kasus ini dokumentasi berbentuk foto kegiatan dan buku KIA untuk

melihat asuhan yang telah dilakukan selama kehamilan, data sekunder dari ibu hamil, keluarga, dan PMB Umu Hani.

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

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

1. Tahap Persiapan

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

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan.
- b. Menanyakan prosedur untuk izin melakukan studi pendahuluan.
- c. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Stikes A.Yani Yogyakarta.
- d. Melakukan studi pendahuluan dilapangan untuk menentukan obyek menjadi responden dalam studi kasus. Setelah melakukan studi pendahuluan di lapangan didapatkan obyek yaitu Ny. I umur 33 tahun G3P2A0AH2 usia kehamilan 34+2 minggu di BPM Umu Hani Sewon Bantul, Yogyakarta.
- e. Melakukan perijinan ke BPM Umu Hani, Sewon, Bantul Yogyakarta.
- f. Meminta ketersediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 10 februari 2018.
- g. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan ibu 35+4 minggu, dengan hasil sebagai berikut :

1) Kunjungan 1 dirumah Ny. I dilakukan pada tanggal 19 Februari 2018 pukul 16.00 WIB dengan hasil :

Ny. I berumur 33 tahun G3P2A0 usia kehamilan 35 minggu 4 hari. Mengatakan tidak ada keluhan pada kehamilannya.

TD : 120/80 N : 73x/menit

R : 20x/menit TFU : 26 cm

puki, preskep, janin tunggal hidup dengan keadaan normal

DJJ: 135x/ menit, . Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit baik

menular maupun menurun, ibu mengatakan ini kehamilan yang

ke- 2 dari suami yang kedua, dan belum pernah menggunakan

KB apapun.

HPHT : 15 juni 2017 HPL : 22 Maret 2018

BB : 58 kg, TB : 152 cm,

LILA : 24 cm.

Asuhan yang diberikan :

a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.

b) Memberikan KIE nutrisi ibu yang baik selama hamil yaitu ibu harus banyak memakan makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi ubi roti, protein : daging, ikan, hati, mineral , vitamin, dan minimal minum sebanyak 8 gelas per hari, ibu mengerti, dan makan 3x sehari masi sayur lauk, ibu mengerti.

- c) Memberikan KIE tanda bahaya pada trimester III yaitu apabila terjadi pendarahan dari jalan lahir, pandangan kabur, pusing yang tidak kunjung hilang setelah istirahat, gerakan janin berkurang, nyeri perut hebat, odem muka atau kaki , apabila terdapat kejadian tersebut maka ibu dianjurkan agar segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan terdekat, ibu mengerti
- d) Menganjurkan ibu untuk cek Hb karna ibu terakhir cek Hb pada ANC terpadu di awal kehamilan saja, ibu bersedia.

2) Kunjungan ke-II tanggal 22 Februari 2018 dilakukam di PMB

Umu Hani pukul 19.00 WIB dengan hasil :

Ny. I umur 33 tahun G3P2A0 usia kehamilan 36 minggu.Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada kehamilanya.

TD : 120/80 N : 73x/ menit

R : 22x/m S : 36,1° Celsius.

TFU : 28 cm, puki, preskep, janin tunggal hidup dengan keadaan normal DJJ: 146x/m. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular maupun menurun, ibu mengatakan ini kehamilan pertama dari suami yang kedua, dan belum pernah menggunakan KB apapun.

HPHT : 15 juni 2017

HPL : 22 Maret 2018

BB : 59 kg, TB : 152 cm, LILA : 25 cm,

Asuhan yang diberikan

- a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- b) Melakukan pemeriksaan Hb, sudah dilakukan Hb ibu 11,2 g%.
- c) Memberikan KIE nutrisi ibu yang baik selama hamil yaitu ibu harus banyak memakan makanan yang mengandung karbohidrat seperti nasi, ubi, roti, protein : daging, ikan, hati, mineral , vitamin, dan minimal minum sebanyak 8 gelas per hari, ibu mengerti, dan makan 3x sehari masi sayur lauk.
- d) Memberikan KIE tentang tanda tanda persalinan yaitu apabila keluar lender bercampur darah, keluar air ketuban dari jalan lahir, merasakan nyeri pinggang yang menjalar ke perut dan teratur semakin lama semakin sering, ibu mengerti dan memahami tanda tanda persalinan.
- e) KIE tentang Perawatan Payudara yang dapat dilakukan sendiri di rumah menggunakan *baby oil*, air hangat, dan air es, ibu mengerti.
- f) Menganjurkan ibu tetap mengonsumsi tablet penambah darah untuk persiapan kelahiran, ibu mengerti dan bersedia.

3) Kunjungan ke III dilakukam di BPM Erni tanggal 27 Februari 2018 untuk melakukan USG pukul 19.00 WIB dengan hasil :
Ny. I umur 33 tahun G3P2A0 usia kehamilan 36 minggu 5 hari, TFU : 28 cm, puka, preskep, janin tunggal hidup dengan keadaan normal, DJJ:150x/m, belum masuk PAP. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular maupun menurun, ibu mengatakan ini kehamilan pertama dari suami yang kedua, dan belum pernah menggunakan KB apapun.

HPHT :15 juni 2017 HPL : 22 Maret 2018

BB : 58 kg, TB : 152 cm,

LILA : 25 cm, TD : 110/70 mmHg.

Asuhan yang diberikan

- a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.
- b) Menganjurkan ibu tidur miring kiri dan istirahat yang cukup, ibu mengerti.
- c) Menganjurkan ibu untuk melanjutkan mengonsumsi vitamin yang diberikan, ibu mengerti.
- d) Kunjungan ulang untuk USG dengan dokter setelah ada konfirmasi dari dokter, ibu bersedia.

4) Kunjungan IV dirumah Ny. I dilakukan pada tanggal 08 Maret 2018 pukul 19.00 WIB dengan hasil :

Ny. I umur 33 tahun G3P2A0 usia kehamilan 38 minggu.

TFU: puki, preskep, janin tunggal hidup dengan keadaan normal, Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular maupun menurun, ibu mengatakan ini kehamilan pertama dari suami yang kedua, dan belum pernah menggunakan KB apapun. Berencana KB IUD.

HPHT : 15 juni 2017 HPL : 22 Maret 2018

BB : 58 kg, TB : 152 cm,

LILA : 25 cm, TD : 120/80mmHg

DJJ : 142 x/m . N : 78x/m

RR : 20 x/m S : 36° celcius

Asuhan yang diberikan

a) Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, ibu mengerti.

b) Memberikan KIE tentang tanda tanda persalinan yaitu apabila keluar lender bercampur darah, keluar air ketuban dari jalan lahir, merasakan nyeri pinggang yang menjalar ke perut dan teratur semakin lama semakin sering, ibu mengerti dan memahami tanda tanda persalinan, ibu mengerti.

- c) Memberikan asuhan komplementer perawatan payudara, ibu bersedia.
 - d) Memberitahu ibu untuk mempersiapkan persalinan dari mulai kendaraan, pakaian, donor darah, dll. Ibu mengerti.
 - h. Bimbingan dan Konsultasi Proposal Laporan Tugas Akhir
 - i. Melakukan Seminar Proposal
 - j. Revisi Proposal
2. Tahapan Pelaksanaan
- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via WA.
 - 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga agar sewaktu-waktu dapat dihubungi.
 - 2) Meminta ibu agar menghubungi mahasiswa apabila sewaktu waktu ibu mengalami tanda tanda persalinan.
 - 3) Melanjutkan kontak dengan BPM agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu waktu ibu hamil datang ke BPM
 - b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi :
 - 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) yang dilakukan dengan APN 58 langkah dan menggunakan pendokumentasian SOAP.

Asuhan yang diberikan : mendampingi secara langsung pada kala III dan melakukan manajemen aktif kala III, melakukan asuhan kala IV.

2) PNC dilakukan mulai dari pemantauan Kala IV sampai dengan 14 hari post partum dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.

Asuhan yang diberikan :

a) Kunjungan pertama :

(1) Memberikan asuhan pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemantauan masa nifas meliputi pendarahan, lochea, kontraksi, TTV, dan keadaan umum ibu

(2) Memberitahukan ibu perawatan luka jahit

(3) Memberitahukan ibu tanda bahaya masa nifas

(4) Memberitahukan ibu untuk tetap menyusui Evaluasi: ibu mengerti

(5) Memberitahu ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya

(6) Memberitahu ibu agar hanya memberikan asi saja (asi eksklusif) selama 6 bulan

b) Kunjungan kedua:

(1) Memberikan asuhan pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemantauan masa nifas meliputi pendarahan, lochea, kontraksi, TTV, dan keadaan umum ibu

(2) Memberitahukan untuk tetap makan-makanan yang bergizi

(3) Memberitahukan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin

(4) Memberikan konseling pijat oksitosin dan mengajarkan ibu melakukan pijat oksitosi

c) Kunjungan ketiga:

- (1) Memberikan asuhan pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemantauan masa nifas meliputi pendarahan, lokhea, kontraksi, TTV, dan keadaan umum ibu.
- (2) Memberitahukan untuk tetap makan-makanan yang bergizi.
- (3) Memberitahukan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin.
- (4) Memberikan konseling kb karna ibu belum pernah menggunakan kb apapun.

- 3) KN dilakukan sampai usia BBL 14 hari atau pada kunjungan ke 3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Asuhan yang diberikan :

a) Kunjungan peratama:

- (1) Melakukan asuhan pengkajian pemeriksaan fisik
- (2) Menganjurkan ibu untuk lebih sering memberikan ASI kepada bayi maksimal 2 jam sekali
- (3) Memberitahukan ibu untuk memberikan ASI eksklusif 6 bulan pertama tanpa tambahan makanan atau minuman apapun.
- (4) Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar
- (5) Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat setelah mandi hanya dikeringkan dengan kasa steril
- (6) Memberitahukan ibu cara menjaga kehangatan bayi
- (7) Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir

b) Kunjungan kedua:

- (1) Melakukan asuhan pengkajian pemeriksaan fisik
- (2) Mengajukan ibu untuk lebih sering memberikan ASI kepada bayi maksimal 2 jam sekali
- (3) Memberitahukan ibu untuk memberikan ASI eksklusif 6 bulan pertama tanpa tambahan makanan atau minuman apapun.
- (4) Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar
- (5) Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat setelah mandi hanya dikeringkan dengan kasa steril
- (6) Memberitahukan ibu cara menjaga kehangatan bayi

c) Kunjungan Ketiga:

- (1) Melakukan asuhan pengkajian pemeriksaan fisik
- (2) Mengajukan ibu untuk lebih sering memberikan ASI kepada bayi maksimal 2 jam sekali
- (3) Memberitahukan ibu untuk memberikan ASI eksklusif 6 bulan pertama tanpa tambahan makanan atau minuman apapun.
- (4) Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar
- (5) Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat setelah mandi hanya dikeringkan dengan kasa steril
- (6) Memberitahukan ibu cara menjaga kehangatan bayi

3. Tahap penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil asuhan dari penulisan, penyusun, pembahasan, penarikan kesimpulan, dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Pendokumentasian adalah suatu catatan otentik atau dokumentasi asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Sedangkan dokumentasi kebidanan adalah bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan (Hidayat, 2011)

Metode pendokumentasian yang dilakukan dalam asuhan kebidanan adalah SOAP. SOAP adalah catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis.

1. Data Subyektif (S)

Menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I varney. Data diperoleh dari keluhan, riwayat penyakit klien, pola pemenuhan nutrisi sebelum dan sesudah hamil, pola aktifitas, kebiasaan yang mengganggu kesehatan, data psikososial, spiritual dan ekonomi, serta lingkungan yang berpengaruh.

2. Data obyektif (O)

Menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I varney. Berisi data focus berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemeriksaan dalam, dan uji diagnosis lainnya. Diperoleh dari panca indra dan laboratorium.

3. Assesment (A)

Menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi.

4. Planning (P)

Menggambarkan dokumentasi tingkatan I dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan pengkajian langkah V, VI, dan VII Varney. Yaitu perencanaan asuhan, penatalaksanaan asuhan, dan evaluasi asuhan.

(Octa,2014)

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YAN
YOGYAKARTA