

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

*Continuity of care* merupakan pelayanan kebidanan yang umumnya tetap dilakukan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, dan nifas. Tidak pedulinya dalam keadaan tertentu sehingga mereka mengenal bidan sebagai penyedia pelayanan secara khusus atau individu (Depkes, 2008).

Metode penelitian yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*case study*) studi kasus dilakukan dengan cara meneliti permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal, unit tunggal disini dapat berarti satu orang. Meskipun didalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal namun dianalisis secara mendalam (Notoatmodjo, 2012).

### **B. Komponen Asuhan Berkesinambungan**

Adapun definisi operasional masing-masing asuhan antara lain :

1. Asuhan kehamilan adalah asuhan kebidanan pada Ny. S dengan kriteria minimal usia kehamilan 33 minggu 6 hari dan pemeriksaan ANC sebanyak 4 kali pada usia kehamilan 33 minggu 6 hari, 34 minggu, 36 minggu 5 hari, dan 37 minggu.
2. Asuhan persalinan adalah asuhan kebidanan pada Ny. S yang dilakukan mulai dari kala I sampai observasi kala IV
3. Asuhan nifas adalah asuhan kebidanan yang diberikan asuhan pada Ny. S dimulai saat berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas kedua (KF2) yaitu hari keempat sampai dengan hari ke 14 hari post partum.

4. Asuhan bayi baru lahir adalah memberikan asuhan dan perawatan bayi Ny. S dari awal kelahiran sampai KN2.

### **C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan**

1. Tempat

Studi kasus dilaksanakan di PMB Murniyati di Kabupaten Magelang

2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Januari sampai Mei 2018.

### **D. Objek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan sebagai subjek dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif ini adalah Ny.S umur 35 tahun G3P1A1Ah1 UK 33 minggu 6 hari dengan kehamilan normal di PMB Murniyati.

### **E. Alat dan Metode Pengumpulan Data**

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk observasi dan pemeriksaan fisik berupa: Tensimeter, metline, stetoskop, timbangan, linex, dan jam, partus set, kertas lakmus, kateter, infus, dan oksigen.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk wawancara berupa: Format Asuhan ANC, dan koesioner.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk studi dokumentasi berupa: Catatan medik atau status pasien, buku KIA, dan kamera

## 2. Metode Pengumpulan Data

### a. Wawancara

Wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data dengan melaksanakan komunikasi dengan klien atau keluarga untuk mengetahui keluhan atau masalah klien.

Pada tanggal 26 Januari 2018 peneliti melakukan wawancara pada saat pengkajian lengkap di rumah responden mengenai riwayat menstruasi (siklus, lama, dan HPHT), riwayat obstetri, riwayat kesehatan keluarga dan kesehatan pasien, pola kebutuhan sehari-hari, dan riwayat KB. Alat wawancara yaitu: format ANC, format persalinan, dan koesioner.

### b. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan (perilaku klien, ekspresi wajah, bau, suhu, dan lain-lain). Tahap observasi yang dimaksud adalah mahasiswa melakukan pemantau kepada responden secara komprehensif dari hamil sampai KB, kesehatan ibu melalui pemeriksaan ANC, memantau perkembangan janin berdasarkan TFU, memantau gerakan janin berdasarkan wawancara dengan klien dan berdasarkan pemeriksaan penunjang seperti USG.

### c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrumen tertentu. Pemeriksaan fisik pada kasus ini antara lain melakukan pemeriksaan *vital sign* dan pemeriksaan

*head to toe* yang berpedoman pola asuhan kebidanan ibu bersalin menurut varney (Sugiyono, 2013).

- 1) Pada tanggal 29 Januari 2018 peneliti melakukan kunjungan rumah, ibu mengeluh sering BAK pada malam hari dan peneliti melakukan pemeriksaan fisik secara *head to toe*. Hasil pemeriksaan tersebut keadaan ibu dalam batas normal.
- 2) Pada tanggal 30 Januari 2018 peneliti mendampingi pasien untuk ANC di PMB Murniyati Kabupaten Magelang dengan keluhan ibu sering BAK pada malam hari mulai berkurang. Hasil pemeriksaan tersebut keadaan ibu dalam batas normal.
- 3) Pada tanggal 18 Februari 2018 peneliti melakukan kunjungan rumah responden dengan keluhan oedema pada ekstremitas bawah. Peneliti melakukan pemeriksaan leopard dan memberikan KIE gizi ibu hamil. Hasil pemeriksaan tersebut keadaan ibu dalam batas normal.
- 4) Pada tanggal 20 Februari 2018 peneliti mendampingi pasien untuk ANC ke PMB Murniyati Kabupaten Magelang dengan keluhan oedema pada ekstremitas bawah dengan pemeriksaan penunjang berupa test protein urine dengan hasil negatif. Hasil pemeriksaan tersebut keadaan ibu dalam batas normal.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah dan urin untuk menegakkan diagnosa.

Pada tanggal 20 Februari 2018 mendampingi pasien untuk ANC rutin ke PMB Murniyati, peneliti melakukan pemeriksaan protein urine, dan hasilnya negative.

e. Studi Dokumentasi

Menurut Notoatmodjo (2012), semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak. Mahasiswa melakukan *inform consent* dan dokumentasi setiap tindakan. Peneliti menggunakan buku KIA, rekam medis, sebagai dokumen resmi dijadikan acuan penelitian.

f. Studi Pustaka

Menurut Sugiyono (2013), studi pustaka yaitu pengambilan dari buku guna memperkaya khasanah ilmiah yang mendukung pelaksanaan studi kasus. Untuk melakukan penelusuran berbagai teori, menelaah dan mengaplikasikan terhadap pelaksanaan dan analisis penelitian dengan mengambil dari buku *literature*. Mahasiswa mencari teori guna menambah referensi tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL, dan KB.

## F. Prosedur LTA

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

1. Prosedur Penelitian

a. Tahap Persiapan

- 1) Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus dilapangan
- 2) Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian

PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

- 3) Melakukan studi pendahuluan dilapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus pada Ny.S umur 35 tahun G3P1A1AH1 usia kehamilan 33 minggu 3 hari
- 4) Melakukan perizinan untuk studi kasus ke PMB Murniyati
- 5) Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 26 Januari 2018
- 6) ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan ibu 33 minggu 6 hari, dengan hasil sebagai berikut:
  - b) Kunjungan Pertama di rumah responden, dilakukan pada tanggal 29 Januari 2018 pukul 18.30 WIB dengan hasil:

Ny. S umur 35 tahun G3P1A1AH1 usia kehamilan 33 minggu 6 hari, puka, preskep, janin tunggal, hidup, DJJ: teratur dengan ketidaknyamanan TM III (sering buang air kecil terutama malam hari). Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit apapun. Riwayat hamil lalu, persalinan normal dirumah sakit dengan dokter riwayat persalinan vakum, dan nifas yang lalu normal, BB lahir 3000 gram. Riwayat KB suntik selama 3 tahun.

HPHT : 06-06-2017

HPL : 13-03-2018

BB : 62 kg, TB: 146 cm, LILA: 23,5 cm, TD: 110/80 mmHg.

Pemeriksaan Fisik :

- (1) Kepala : Simetris, tidak ada kelainan
- (2) Wajah : Tidak ada kelainan, tidak oedema
- (3) Mata : Sclera putih, konjungtiva merah muda, tidak ada tanda-tanda infeksi
- (4) Mulut : Tidak pucat, lembab, tidak sariawan, tidak ada gigi berlubang
- (5) Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada nyeri tekan maupun telan
- (6) Payudara : Simetris, adanya hiperpigmentasi aerola, putting susu menonjol, tidak ada benjolan abnormal, dan tidak ada nyeri tekan
- (7) Abdomen : Tidak ada bekas operasi, adanya linea nigra, tidak ada striae gravidarum

Palpasi Leopold

Leopold I : Fundus teraba bulat, lunak (Bokong), pertengahan pusat dan px

Leopold II: Kanan : Teraba panjang, keras (Punggung)

Kiri : Teraba bagian kecil-kecil (Ekstremitas tangan dan kaki)

Leopold III : Teraba bulat, keras ( Kepala), dan tidak bisa digoyangkan

Leopold IV : sudah masuk PAP (divergen), 4/5

MC. Donalds :

TFU : 28 cm

TBJ :  $28-11 \times (155) = 2635$  gram

DJJ : 148 kali/ menit

- (8) Ekstremitas: Tangan dan kaki tidak pucat, tidak oedema, dan tidak ada virises
- (9) Genetalia : Tidak ada varises, tidak ada bekas luka, ada flour albus atau bau khas sedikit
- (10) Anus : Tidak ada hemoroid

Memberikan asuhan:

- (1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dalam kondisi normal. Ibu mengerti dan bersedia.
- (2) Memberikan KIE kepada ibu tentang ketidaknyamanan TM III yaitu sering buang air kecil pada malam hari.

Evaluasi : Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan TM III dan bersedia mengurangi minum pada malam hari, segera mengosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih, dan tetap minum untuk mencegah nokturia.

- (3) Memberikan KIE tanda-tanda persalinan yaitu keluarnya lender darah atau air ketuban dari jalan lahir, terasa kencang-kencang yang teratur dan terasa sakit yang menjalar sampai dengan pinggang.

Evaluasi : Ibu mengerti tentang tanda-tanda persalinan



(4) Memberikan ibu terapi tablet Fe 1x1 dan kalk 1x1 diminum setelah makan dengan menggunakan air putih atau dengan air jeruk karena dapat membantu penyerapan

Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia meminumnya.

(5) Menganjurkan ibu untuk kunjungan 2 minggu lagi pada tanggal 13 Februari 2018. Ibu mengerti dan bersedia.

c) Ny.S umur 35 tahun G3P1A1AH1 usia kehamilan 34 minggu.

Kunjungan Kedua dilakukan di BPM pada tanggal 30 Januari 2018 pukul 06.00 WIB BB: 62 kg, TD: 110/80 mmHg, hasil pemeriksaan Leopold: puka, preskep, sudah masuk panggul. DJJ: 140x/menit teratur, TFU 29 cm gerakan aktif.

Memberikan asuhan:

(1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dengan keadaan normal. Ibu mengerti dan bersedia.

(2) Memberikan KIE ketidaknyamanan kehamilan TM III berupa oedema pada kaki. Ibu mengerti dan bersedia.

(3) Memberikan KIE tanda bahaya kehamilan TM III yaitu seperti perdarahan pervaginam, pusing yang hebat tidak hilang setelah istirahat tidur, gerakan janin berkurang atau berhenti, dan pandangan kabur. Ibu mengerti tentang tanda bahaya kehamilan TM III.

d) Ny.S umur 35 tahun G3P1A1AH1 usia kehamilan 36 minggu 5 hari. Kunjungan Ketiga dilakukan dirumah responden pada tanggal 18 Februari 2018 pada pukul 19.30 WIB ibu mempunyai keluhan bahwa kakinya oedema.

BB: 65 kg, TD: 130/80 mmHg, hasil pemeriksaan Leopold: puka preskep, divergen, TFU: 32 cm, DJJ: 128x/menit teratur, gerakan aktif. Ekstremitas kaki terdapat oedema.

Memberikan Asuhan:

- (1) Memberitahukan ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu baik tetapi disertai dengan ketidaknyamanan trimester III. Ibu mengerti dan bersedia.
- (2) Memberikan KIE tanda bahaya kehamilan trimester III seperti gerakan janin berkurang, perdarahan pervaginam, dan pusing yang hebat. Ibu mengerti tentang tanda bahaya trimester III.
- (3) Memberikan KIE ketidaknyamanan TM III yaitu oedema pada kaki. Ibu mengerti dan bersedia.

e) Ny.S umur 35 tahun G3P1A0AH1 usia kehamilan 37 minggu.

Kunjungan Keempat dilakukan di BPM Murniyati pada tanggal 20 Februari 2018 pada pukul 06.00 WIB, BB: 65 kg, TD: 110/80 mmHg, hasil pemeriksaan Leopold: puka preskep. DJJ: 142x/menit teratur, gerakan aktif. Kaki terdapat oedema

Pemeriksaan penunjang: Cek protein urine (-).

### Memberikan asuhan

- (1) Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi normal dengan ketidaknyamanan trimester III. Ibu mengerti dan bersedia.
- (2) Memberikan KIE ketidaknyamanan trimester III. Ibu mengerti dan bersedia.
- (3) Memberikan KIE tanda-tanda persalinan seperti keluar lendir bercampur darah, nyeri yang menjalar sampai pinggang, disertai adanya pembukaan.
- (4) Menganjurkan ibu untuk melanjutkan kembali terapi tablet Fe 1x1 dan kalsium 1x1 yang telah diberikan diminum setelah makan.
- (5) Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi. Ibu mengerti dan bersedia.

### b. Tahap pelaksanaan

Bagian ini berisikan hal yang berkaitan dengan jalannya pengumpulan data sampai analisis data asuhan kebidanan. Bentuk tahap ini yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi:

- 1) Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via Handphone (HP) Rencana pemantauan
  - a) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung

- b) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi
  - c) Melakukan kontrak dengan PMB agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke klinik
- 2) Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif
- a) Asuhan ANC dilakukan sebanyak 4 kali dari usia kehamilan 33 minggu 6 hari.  
Rencana asuhan yang diberikan yaitu ANC, KIE gizi, ketidaknyamanan, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan, dan persiapan persalinan.
  - b) Asuhan INC (Intranatalcare) dengan cara *sectio caesarea* kemudian dilakukan pendokumentasian SOAP.  
Rencana asuhan yang akan diberikan saat *sectio caesarea* baik jasmani maupun rohani maupun ekonomi.
    - (1) Mengajarkan ibu teknik relaksasi
    - (2) Membantu ibu untuk pemenuhan dehidrasi
    - (3) Membantu ibu untuk tetap mengingat kepada Sang Pencipta
    - (4) Memberikan semangat dan dukungan kepada ibu
  - c) Asuhan PNC (Postnatalcare) dilakukan dari selesai seksio caesarea sampai 28 hari postpartum dan melakukan KF2, dan dilakukan pendokumentasian SOAP. Rencana asuhan PNC:

Kunjungan KF1 untuk mengobservasi keadaan ibu, mengobservasi perdarahan, serta bonding attachment antara ibu dan bayi (kunjungan selama 24 jam)

Rencana Asuhan

- (5) Memberikan ucapan kepada ibu dan keluarga atas kelahiran bayinya
- (6) Melakukan pemantauan kala IV
- (7) Mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar
- (8) Memberikan semangat kepada ibu
- (9) Memberikan asupan makanan kepada ibu

Kunjungan KF2 untuk mengobservasi keadaan ibu, mengobservasi perdarahan, perawatan luka.

- (1) Memberikan konseling cara perawatan luka yang benar
  - (2) Memberikan konseling tentang nutrisi yaitu tinggi protein tinggi kalori
  - (3) Memberikan konseling tentang tanda bahaya masa nifas
  - (4) Asuhan komplementer
- d) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai dilakukan KN 2 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan BBL:

- (1) Melakukan perawatan bayi baru lahir secara komprehensif serta melakukan pemantauan bayi baru lahir

- (2) Memberikan konseling tentang Asi eksklusif
- (3) Memberikan konseling tanda bahaya bayi
- (4) Mengajarkan teknik menyusui yang benar

c. Tahap Penyelesaian

Berisikan tentang penyusunan laporan hasil asuhan yang dimulai dari:

- 1) Penulisan hasil: hasil dari pemeriksaan objektif maupun subjektif
- 2) Penyusunan pembahasan: melakukan penyusunan asuhan setelah KF2
- 3) Penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian

**G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan**

Pendokumentasian SOAP yaitu model dokumentasi yang digunakan dalam askeb adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus (Mufdlilah, Asri H, Ima K, 2010).

1. S (Data Subjektif)

Berisi tentang data dari klien (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien) diperoleh dari anamnesa yang merupakan ungkapan langsung. Pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien mengenai kekhawatiran/ keluhannya, riwayat klien, pola kebutuhan nutrisi sebelum dan saat hamil, pola aktivitas sehari-hari, kebiasaan yang mengganggu kesehatan, data psikososial, spiritual dan ekonomi, serta lingkungan yang berpengaruh (Betty Mangkuji, dkk. 2013).

## 2. O (Data Objektif)

Data objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney dimana data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dan pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostic lain. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis (Muslihatun, 2009).

## 3. A (Analisis)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien yang setiap saat mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis (Muslihatun, 2009).

## 4. P (Planning)

Pendokumentasian P dalam SOAP ini adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Dalam pelaksanaan ini juga harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/ hasil pelaksanaan tindakan (Muslihatun, 2009).