

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis studi kasus ini adalah Asuhan Kebidanan berkelanjutan yang meliputi asuhan terhadap ibu hamil fisiologis pada Trimester III dengan usia kehamilan 32 minggu dan diikuti mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas serta memberikan asuhan pada bayi baru lahir.

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. Adapun definisi operasional masing-masing asuhan antara lain :

1. Asuhan Kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan kriteria minimal usia kehamilan 35 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 dimulai saat berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas keempat (KF₄) yaitu hari keempat sampai dengan hari ke-42 post partum.
4. Asuhan Bayi Baru Lahir : memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai KN₃.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

Tempat studi kasus dilaksanakan di PMB Catur Eni pada tanggal 17 Januari – 19 Maret 2018.

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek yang digunakan dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan Koprehensif ini adalah Ny. E umur 28 tahun multigravida umur kehamilan 33 minggu 3 hari dengan kehamilan normal di PMB Catur Eni.

E. Alat dan Bahan

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik : tensimeter, stetoskop, dopler, timbangan berat badan, termometer, jam dan handscoon.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara : Format Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi : catatan medik atau status pasien dan buku KIA.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Penulis melakukan wawancara sekunder kepada pasien dan bidan jaga untuk mendapatkan informasi tentang proses persalinan.

Dengan hasil :

Ibu datang jam 03.30 WIB di PMB Catur Eni dan dilakukan pemeriksaan dalam 2 cm, ketuban belum keluar, STLD. Pada jam 07.30 WIB dilakukan

pemeriksaan dalam pembukaan bertambah menjadi 3 cm, pada jam 11.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam kembali dengan hasil pembukaan tetap sama 3 cm, pada jam 14.30 WIB pembukaan lengkap 10 cm bidan membantu pertolongan persalinan normal bayi lahir jam 14.45 WIB menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, gerakan aktif, A/S : 8/9, kemudian bayi di letakkan di dada untuk dilakukan IMD. Pada jam 14.45 WIB dilakukan pelepasan plasenta, plasenta lepas pada jam 14.55 WIB dan mengecek kelengkapan plasenta, plasenta lengkap tidak ada yang tertinggal. Pada jam 15.00 WIB mengecek robekan perenium dengan hasil robekan perenium derajat 1 dan tidak dilakukan penjahitan. Kemudian dilakukan pemantauan 2 jam dari jam 15.15 WIB sampai dengan 17.30 WIB. Bayi sudah diberikan injeksi vit K, HB o dan salep mata.

b. Observasi

Penulis melakukan pengumpulan data secara observasi melalui indera penglihatan dan didapatkan dari ekspresi ibu yang sering menguap dan sering ke kamar mandi dari sini penulis dapat menyimpulkan bahwa ibu terdapat ketidaknyamanan pada kehamilannya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium dan USG dengan cara observasi dengan hasil :

Hasil laboratorium :

Hemoglobin : 14,2 gr/dl, HBsAG : Negatif, HIV : Non Reaktif (NR),

Leukosit : 7-900 MM, Eritrosit : 5,5 mm³, Trombosit : 325000 mm³,

Hematokrit : 39 %, Protein Urine : Negatif, Reduksi Urine : Negatif.

2) Studi Dokumentasi

Dalam kasus ini penulis menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien yang diperoleh dari rekam medik pasien melalui gambar seperti USG dan pemeriksaan laboratorium.

3) Studi Pustaka

Dari hasil pemeriksaan penulis membandingkan hasil pemeriksaan di lahan dengan teori. Untuk menentukan apakah ada kesenjangan atau tidak dari hasil yang diperoleh dari pemeriksaan di lahan dengan teori.

F. Prosedur Kerja

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

1. Tahap Persiapan

- a. Sebelum melaksanakan penelitian di lapangan, peneliti melakukan persiapan-persiapan diantaranya sebagai berikut :
- b. Melakukan observasi tepat dan sasaran studi kasus di lapangan.
- c. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- d. Melakukan studi pendahuluan di PMB Catur Eni untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus. Ny. E umur 28 tahun multigravida umur kehamilan 33 minggu 3 hari di PMB Catur Eni.

- e. Melakukan perizinan untk studi kasus ke PMB Catur Eni.
- f. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 16 Januari 2018.
- g. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan 33 minggu 3 hari dengan hasil sebagai berikut :
- 1) Kunjungan pertama pada tanggal 16 Januari 2018 pukul 17.30 WIB. Melakukan informed consent dan pengkajian. Dengan Hasil :
Ny.E umur 28 tahun hamil ke 2, bersalin 1 kali, belum pernah keguguran. HPHT : 27-05-2017 HPL : 03-03-2018, jarak kehamilan 9 tahun. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menular, menurun dan menahun. Riwayat kehamilan pertama tidak ada kendalan. Riwayat persalinan yang lalu yaitu persalinan kurang bulan lahir pada 30 januari 2018 BB : 2700 gram. Riwayat nifas yang lalu tidak ada masalah. Riwayat KB menggunakan pil selama 9 tahun. Kehamilan ini direncanakan, imunisasi TT3, ibu tidak pernah minum jamu. TB : 157 cm, BB : 64 kg, LILA : 28 cm, Hb : 14,2 gr%, usia kehamilan 33 minggu 3 hari. Pola nutrisi setiap hari makan 3x sehari, porsi sedang, jenis : nasi lauk dan sayur. Minum sehari 5-7 gelas sehari, istirahat cukup, ibu selalu menjaga kebersihan, ibu tidak memiliki hewan peliharaan, ibu mempunyai asuransi kesehatan BPJS. Masalah pada saat hamil ini ibu mengatakan tidak ada masalah. Asuhan yang diberikan :

KIE tentang Nutrisi dan KIE tentang mengolah makanan yang baik dan benar.

- 2) Kunjungan kedua di BPM Catur Eni dilakukan pada tanggal 17 Januari 2018 pukul 16.00 WIB. Mengeluh susah tidur dan sering BAK. Hasil pemeriksaan: Ny. E umur 28 tahun multigravida usia kehamilan 33 minggu 4 hari.

Leopold : bagian atas bokong, punggung kiri, presentasi kepala, janin tunggal, DJJ 122 x/menit, normal.

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular maupun menahun.

Riwayat hamil persalinan prematur dan nifas yang lalu normal BB lahir 2700 gram. Riwayat KB Pil selama 9 tahun.

HPHT : 27-05-2017

HPL : 03-03-2018

BB : 64 kg, TB : 157 cm, LILA : 28 cm, TD : 110 /80 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S: 36⁰C, TFU 24cm, TBJ : 1860 gram.

HB : 14,2 gr%

Asuhan yang diberikan : KIE Ketidaknyamanan pada TM III.

- 3) Kunjungan ketiga dilakukan di rumah ibu hamil pada tanggal 23 Januari 2018 pukul 15.30 WIB. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, usia kehamilan 34 minggu 3 hari Dengan hasil pemeriksaan :

BB : 64 kg, TD : 110/70 mmHg, S: 35,6⁰C, N: 78x/menit, RR: 24x/menit, TFU : 26 cm, TBJ : 1915 gram. Pemeriksaan leopold :

bagian teratas bokong, perut kiri ibu terdapat punggung bayi, perut kanan ibu terdapat ekstremitas, bagian terbawah kepala bayi.

DJJ : 130x/menit teratur, gerakan aktif.

Asuhan yang diberikan : KIE Tanda bahaya kehamilan TM III.

- 4) Kunjungan keempat dilakukan di PMB pada tanggal 30 Januari 2018 pukul 17.00 WIB.ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini, usia kehamilan 35 minggu 3 hari. Dengan hasil :

BB : 65 kg, TD :110 /70 mmHg, S : 36,2⁰C, N: 80x/menit, RR : 22x/menit, TFU 27 cm, TBJ : 2480 gram. Pemeriksaan leopard : bagian teratas bokong, perut kiri ibu terdapat punggung bayi, perut kanan ibu terdapat ekstremitas, bagian terbawah kepala bayi, divergen 4/5.

DJJ : 135x/menit teratur, gerakan aktif.

Asuhan yang diberikan : KIE Tanda-tanda persalinan dan P4K.

- h. Melakukan penyusunan LTA.
- i. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA.
- j. Melakukan seminar proposal.
- k. Revisi proposal LTA.

2. 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 :

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi viaHP dan melakukan rencana 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 hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi.
- 3) Melakukan kontrak dengan PMB agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke klinik.

b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif

Ibu datang jam 03.30 WIB di PMB Catur Ani dan dilakukan pemeriksaan dalam 2 cm, ketuban belum keluar, STLD. Pada jam 07.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam pembukaan bertambah menjadi 3 cm, pada jam 11.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam kembali dengan hasil pembukaan tetap sama 3 cm, asuhan yang diberikan bidan yaitu menganjurkan untuk miring ke kiri. Pada jam 14.30 WIB pembukaan lengkap 10 cm, asuhan yang diberikan bidan yaitu menganjari ibu untuk meneran dan mengejan dengan baik dan bidan membantu pertolongan persalinan normal bayi lahir, jam 14.45 WIB menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, gerakan aktif, A/S : 8/9, kemudian bayi di letakkan di dada untuk dilakukan IMD. Pada jam 14.45 WIB dilakukan pelepasan plasenta, plasenta lepas, menyuntikkan injeksi oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 dipaha kiri ibu anterolateral. Pada jam 14.55 WIB plasenta lahir dan mengecek kelengkapan plasenta dan dilakukan massase selama 15 detik, plasenta lengkap dan tidak ada yang tertinggal. Pada jam 15.00 WIB

mengecek robekan perenium dengan hasil robekan perenium derajat 1 dan tidak dilakukan penjahitan. Kemudian dilakukan pemantauan 2 jam dari jam 15.15 WIB sampai dengan 17.30 WIB. Bayi sudah diberikan injeksi vit K, HB o dan salep mata.

c. Asuhan PNC (Post Natal Care)

4) Kunjungan pertama dilakukan asuhan mulai hari ke 19 pada tanggal 20 Februari 2018 dirumah pasien pukul 15.45 WIB. Keluhan : tidak ada keluhan dan ibu mengatakan bahwa anaknya hanya diberi ASI saja.

Hasil pemeriksaan : BB 50 kg, TD : 100/70 mmHg, S : 35,6⁰C, N: 80x/menit, RR: 22x/menit, TFU sudah tidak teraba , lochea : Putih jumlahnya sedikit.

Asuhan : KIE Nutrisi pada ibu nifas.

5) Kunjungan kedua hari ke 25 di PMB Catur Eni pada tanggal 25 Februari 2018 pukul 10.00 WIB. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan melakukan imunisasi BCG kepada anaknya.

Hasil pemeriksaan : BB 50 kg, TD :110/80 mmHg, S: 36⁰C, N: 78x/menit, RR: 24x/menit, TFU : tidak teraba , lochea berwarna putih dengan jumlah sedikit.

Asuhan : KIE Personal Hygiene

6) Kunjungan ketiga hari ke 29 dirumah pasien pada tanggal 1 Maret 2018 pukul 16.00 WIB. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan.

Hasil pemeriksaan : BB: 50 kg, TD : 110/70 mmHg, S: 35,4⁰C, N: 79x/menit, RR: 21x/menit, TFU : tidak teraba, lochea berwarna putih dengan jumlah sedikit.

Asuhan : Pijat oksitosin

- 7) Kunjungan keempat hari ke 40 dirumah pasien pada tanggal 13 Maret 2018 pukul 17.00 WIB. Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

Hasil pemeriksaaan : BB : 50 kg, TD : 100/60 mmHg, S : 36⁰C, N : 78x/menit, RR : 22x/menit,TFU tidak teraba , lochea berwarna putih jumlah sedikit.

Asuhan : KIE KB Ibu menyusui

d. Asuhan BBL

- a. Kunjungan pertama dilakukan mulai hari ke 19 dirumah pasien pada tanggal 20 Februari 2018 pukul 15. 45 WIB. Ibu mengatakan anaknya tidak ada keluhan.

Hasil pemeriksaaan : BB : 2400 gram, TB 46 cm, LK : 31 cm, LD : 31 cm, Lila : 11 cm.

Asuhan : Teknik Menyusui

- b. Kunjungan kedua hari ke 25 di PMB Catur Eni pada tanggal 25 Februari 2018 pukul 10.00 WIB.

Hasil pemeriksaan : BB : 2900 gram, TB 46 cm, LK : 31 cm, LD : 31 cm, Lila : 11 cm.

Asuhan : KIE Asi eksklusif

- c. Kunjungan ketiga hari ke 29 dirumah pasien pada tanggal 1 Maret 2018 pukul 16.00 WIB.

Hasil pemeriksaan : BB : 2900 gram, TB : 48 cm, LK: 31 cm, LD : 31 cm, Lila : 11cm.

Asuhan : Pijat bayi

3. Tahap Penyelesaian

Berisikan tentang penyusunan laporan hasil asuhan yang dimulai dari penulisan hasil, penyusunan pembahasan, penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian hail LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Dewi (2011) Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu :

1. S (Data Subjektif)

Catatan yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan pasien untuk dicatat sebagai penentu diagnosa. Data ini bisa diambil dari anamnesa dengan pasien maupun keluarga.

2. O (Data Objektif)

Didata objektif data ini fokus dengan pemeriksaan fisik head to toe, pemeriksaan laboratorium. Apa yang diobservasi bidan akan menjadi komponen penting untuk menegakkan diagnosa.

3. A (Analysis)

Analisis atau assessment pengkajian masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang dikumpulkan dan disimpulkan. Maka dari itu proses pengajian adalah suatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin perubahan yang cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil diagnosa dan tindakan yang tepat.

4. P (Penatalaksanaan)

Plan/planning/perencanaan yaitu membuat rencana tindakan saat itu dan yang akan datang ini untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya.