

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Studi kasus ini dilakukan dengan metode asuhan komprehensif atau berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas serta metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang menggambarkan suatu fenomena atau peristiwa secara sistematis sesuai dengan apa adanya (Dantes, 2012).

Jenis studi kasusnya adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*), yaitu 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 terhadap suatu pelakuan.

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.

1. Asuhan kehamilan: asuhan kebidanan pada ibu hamil yang diberikan pada Ny. F umur 22 tahun G1P1A1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 3 hari.
2. Asuhan persalinan: asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai observasi kala IV pada Ny. F G1P1A1Ah1.

3. Asuhan nifas: asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai saat berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas keempat (KF4)

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PEPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

4. yaitu hari keempat sampai dengan hari ke-42 post partum pada Ny. F P2A1AH2.
5. Asuhan bayi baru lahir: memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai KN3 pada bayi Ny. F.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan kebidanan

1. Tempat studi kasus dilaksanakan di PMB Sri Lestari Kalasan Sleman
2. Waktu studi kasus yaitu dari bulan Januari-Maret 2018.

D. Objek Studi Kasus

Subjek yang digunakan dalam laporan studi kasus asuhan kebidanan komprehensif ini adalah Ny. F umur 22 tahun Multipara usia kehamilan 34 minggu 3 hari diikuti mulai dari kehamilan sampai dengan bayi baru lahir di PMB Sri Lestari.

E. Alat dan metode pengumpulan data

1. Alat Pengumpulan Data
 - a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetoskop, dopler, timbangan berat badan, thermometer, jam, dan handscoon.
 - b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara: Format pengkajian asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir, *inform concent*, dan Kuesoner.
 - c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi: catatan medik atau status pasien, dan buku KIA.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan atau secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face to face) (Notoatmodjo, 2010).

Metode ini penulis mendapatkan dari data Subyektif atau data yang langsung diperoleh dari pasien melalui pengkajian meliputi Identitas pasien dan penanggung jawab, Keluhan, Riwayat penyakit yang diderita pasien sekarang dahulu dan keluarga, Riwayat pernikahan, Riwayat obstetri meliputi Menstruasi, Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu, Riwayat kehamilan sekarang, Riwayat KB, Kebutuhan dalam sehari-hari dan data pengetahuan psikososial, spiritual, dan ekonomi budaya. Melakukan wawancara dengan bidan Sri lestari, Ny F, Suami Ny F, serta orang tua dari Ny F.

b. Observasi

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk melihat perubahan-perubahan atau hal-hal yang diteliti.

c. Pemeriksaan Fisik

Metode yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Saryono, 2011).

Peneliti melakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki pada pasien dengan didampingi oleh CI lahan, yang dinilai keadaan umum meliputi kesadaran, keadaan emosional, penimbangan berat badan, dan pemeriksaan menyeluruh pada tubuh pasien (kepala-kaki).

Pemeriksaan Fisik yang dilakukan atas izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dengan *informed consent*.

a. Pemeriksaan Penunjang Pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan laboratorium, dan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan darah atau urin untuk menegakkan diagnosa (Saifudin, 2008). Peneliti hanya menyarankan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium seperti protein urin, Hb, golongan darah, Hbsag, dan HIV/AIDS. Peneliti menulis hasil pemeriksaan laboratorium di dokumen pemeriksaan pasien.

b. Studi Dokumentasi

Penulis menggunakan data status buku KIA pasien, register pasien dan buku laporan persalinan di PMB Sri Lestari Kalasan Sleman Yogyakarta.

c. Studi Pustaka

Studi Pustaka dilakukan dengan cara mengambil dari buku-buku yang ditulis dan diterbitkan dalam 10 tahun terakhir yang bertujuan untuk pendukung studi kasus (Sugiyono, 2010). Penulis memperoleh data dengan mencari buku yang

berhubungan dengan kebidanan dan dokumen-dokumen hasil pemeriksaan Ny F.

F. Prosedur LTA

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 di lapangan.
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- c. Melakukan studi pendahuluan di lapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus Ny. F 22 tahun G3P1A1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 3 hari di PMB Sri Lestari.
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke PMB Sri Lestari.
- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan informed consent pada tanggal 20 Januari 2018.

2. Tahap pelaksanaan

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah dan menghubungi via handphone.
 - 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta no HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung.

- 2) Meminta ibu untuk menghubungi jika sewaktu- waktu ibu mengalami kontraksi ataupun keluhan.
- b. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir.
- 1) ANC dilakukan 3 kali yang dimulai dari usia kehamilan 34 minggu 3 hari dengan hasil sebagai berikut:
 - (a) Kunjungan 1 dilakukan pada tanggal 21 Januari pukul 11.45 WIB dengan hasil:

Ny. F umur 22 tahun G3P1A1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 3 hari, janin tunggal hidup, preskep. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit apapun. Riwayat hamil, persalinan dan nifas yang lalu normal, BB 2900 gram. Ibu mengatakan pernah mengalami keguguran. Riwayat KB suntik 3 bulanan selama 1 tahun. Ketidaknyamanan yang terjadi yaitu sering kencing, untuk tanda bahaya pada kehamilan saat ini tidak ada.

HPHT: 23/5/2017

HPL: 30/2/2018

BB: 54 kg, TB: 154 cm, LILA 23,5 cm, TD: 110/70 mmHg, Suhu 36,7⁰C, Nadi 85x/ menit, Respirasi 20x/menit, HB: 13,2 gr%.

Memberikan asuhan: memberikan tablet penambah darah dan kalk, memberikan KIE tentang gerakan janin, dan juga gizi ibu.

(b) Kunjungan ke 2 dilakukan pada tanggal 31 Januari pukul 13.00 WIB.

BB: 54 kg, TD 120/80 mmHg, Suhu 36,5⁰C, Nadi 86x/menit, Respirasi 20x/menit, hasil pemeriksaan leopard: puki, preskep, Djj 149x/menit, gerakan aktif.

Memberikan asuhan: mengevaluasi ibu apa saja tanda-tanda persalinan dan juga bagaimana pemenuhan gizi pada ibu hamil.

Memberikan KIE tentang tanda bahaya kehamilan.

(c) Kunjungan ke 3 dilakukan pada tanggal 14 Februari 2018 pukul 16.00 WIB.

TD: 110/70 mmHg, Suhu 36,5⁰C, Respirasi 20x/menit, Nadi 88x/menit, gerakan janin aktif, hasil pemeriksaan fisik normal, hasil pemeriksaan leopard: puki, preskep, DJJ 145x/menit

Memberikan asuhan: memberikan KIE tentang persiapan persalinan, mengevaluasi ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan, mengevaluasi ibu tentang apa saja tanda bahaya persalinan. Dan menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau bila ada keluhan.

2) Asuhan INC (*intranatal care*) dilakukan pada tanggal 16 Februari 2018 pada pukul 09.00 WIB dilakukan dengan APN, dilakukan dengan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan yang akan dilakukan saat INC:

- (a) Melakukan pemantauan kala I : memantau TTV (Tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), memantau kontraksi, memantau pembukaann, memantau DJJ, memantau keadaan umum ibu, menyiapkan alat, memposisikan ibu senyaman mungkin.
- (b) Melakukan pemantauan kala II : memantau DJJ, memantau keadaan umum ibu, memberikan atau menganjurkan keluarga untuk memberikan makan atau minum jika tidak ada kontraksi, mendekatkan alat, memganjurkan ibu untuk meneran yang baik dan benar, membantu proses persalinan, bayi lahir spontan pukul 09.20 WIB.
- (c) Melakukan pemantauan kala III : menyuntikan oksitosin 10 IU pada paha ibu, membantu proses pengeluaran plasenta, melakukan PTT, melakukan massase, mengecek kelengkapan plasenta, memantau TTV, memantau keadaan ibu, memantau kontraksi, mengecek perdarahan, mengecek laserasi.
- (d) Melakukan pemantuan kala IV : melakukan penjahitan dengan lidocain 2% yang dilarutkan dengan aquades 1:1, melakukan pemantauan TTV dan keadaan umum ibu, memantau kontraksi, pemantauan perdarahan.
- (e) Meberikan KIE tentang ASI eksklusif.
- (f) Memberikan KIE tentang Nutrisi atau gizi.

- 3) Asuhan PNC (*postnatal care*) dilakukan dari selesai pemantauan kala IV sampai 42 hari postpartum dan melakukan KF3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Rencana asuhan PNC:

- (a) Melakukan pemeriksaan fisik dan memantau tanda-tanda vital.
 - (b) Melakukan pemantauan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.
 - (c) Melakukan pemijatan oksitosin untuk memperlancar ASI.
 - (d) Melakukan pemantuan perdarahan.
 - (e) Memberikan KIE tentang ASI Eksklusif.
 - (f) Memberikan KIE tentang Gizi.
 - (g) Memberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas.
 - (h) Memberikan KIE tentang KB.
- 4) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai KN3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan BBL:

- (a) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital.
- (b) Memantau tali pusat.
- (c) Memantau keadaan kulit bayi mengalami tanda bahaya pada BBL atau tidak.
- (d) Melakukan pemeriksaan fisik pada BBL.
- (e) Melakukan imunisasi HB0, pemberian salep mata, vitamin K, dan imunisasi BCG.
- (f) Melakukan asuhan komplementer berupa pijat bayi.

3. Tahap Penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir di Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu:

1. S (Data Subjektif)

Langkah awal dan dasar dalam asuhan kebidanan secara keseluruhan selain data subjektif. Pada tahap ini semua data awal informasi pasien yang dibutuhkan dikumpulkan untuk menentukan masalah kesehatan, kebutuhan kesehatan klien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan. Catatan yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien (Dewi, 2011).

2. O (Data Objektif)

data yang diperoleh mulai pemeriksaan fisik secara inspeksi (melihat) ,palpasi (menyentuh),perkusi (pengetukan pada bagian tubuh), auskultasi (mendengar), pemeriksaan panggul, pemeriksaan dalam, pemeriksaan laboratorium dan penunjang (Wildan, 2012).

3. A (*Analysis*)

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan dari data subjektif dan objektif yang meliputi diagnosis, masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera (Wildan, 2012).

4. P (Penatalaksanaan)

Penatalaksanaan merupakan perencanaan terhadap asuhan yang diberikan.

Merupakan rencana tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis, atau laboratorium, serta konseling untuk tindakan lebih lanjut (Wildan, 2012).

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA