

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi dan tindakan. Secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks yang alamiah dan dengan menggunakan metode kualitatif, analisis data bersifat induktif/kualitatif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2013).

Desain berbentuk asuhan kebidanan berkesinambungan yaitu pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan tenaga professional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai prakonsepsi, awal kehamilan, selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum (Pratami, 2014).

Metode dari studi kasus ini adalah Asuhan Kebidanan berkesinambungan yang meliputi Asuhan Kebidanan fisiologis pada ibu hamil trimester III dari usia kehamilan 32 minggu studi kasus ini dilakukan mulai dari kehamilan, persalinan SC, nifas dan pemberian Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Pelaksanaan pemberian Asuhan Kebidanan berkesinambungan berdasarkan Asuhan pada:

1. Asuhan kehamilan: asuhan kebidanan pada ibu hamil dimulai usia kehamilan 32 minggu.
2. Asuhan persalinan: asuhan kebidanan pada ibu bersalin SC dengan DKP
3. Asuhan nifas: asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai saat 6 jam setelah persalinan SC sampai kunjungan nifas ketiga (KF3)
4. Asuhan bayi baru lahir: memberikan asuhan perawatan bayi dari lahir sampai dengan KN₃.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

1. Tempat

Studi kasus dilaksanakan di Puskesmas Godean II, Nogosari Ds. Sidokarto, Kec Godean, Kab Sleman, DIY

2. Waktu

Sejak tanggal 25 Januari 2018 sampai dengan 22 April 2018

D. Objek Studi Kasus

Objek yang digunakan sebagai dalam laporan studi kasus adalah Ny.E umur 27 tahun, G2P1A0Ah1 usia kehamilan 32 minggu yaang akan diberikan Asuhan sampai dengan masa nifas selesai.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat

a. Alat yang digunakan selama asuhan

Alat yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik yaitu: stetoskop dan tensi meter, jam, pengukur LILA, metline serta *laenec*, dopler, penimbang BB, pengukur TB.

b. Alat untuk wawancara

Alat yang digunakan yaitu meliputi, menggunakan Format Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi, pulpen.

c. Alat dan bahan untuk pendokumentasian

Buku khusus yang digunakan untuk menuliskan hasil kegiatan yang dilakukan, pulpen dan foto sebagai bukti bahwa telah melakukan asuhan, catatan medik atau status pasien serta buku KIA.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan berhadapan secara langsung dengan yang diwawancarai tetapi dapat juga diberikan daftar pertanyaan dahulu untuk dijawab pada kesempatan lain (Juliansah Noor, 2011). Wawancara dilakukan kepada Ny.E dan Tn.S dengan menggunakan format pengkajian KK intensif dan hasil wawancara terlampir

2. Observasi

Yaitu teknik yang menuntut adanya pengamatan dari peneliti baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap objek penelitian (Juliansah Noor, 2011). Observasi yang dilakukan peneliti secara langsung dan tidak langsung yaitu dengan cara melakukan pemantauan secara langsung dari ibu melakukan ANC sampai ibu mengalami nifas dan memantau melalui pesan singkat dan telpon.

3. Pemeriksaan Fisik

Adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan atau membuktikan anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan kebidanan atau keperawatan yang tepat bagi klien (Dewi Sartika, 2010). Pada saat melakukan kunjungan rumah, penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai ujung kaki, tetapi pada bagian genitalia tidak dilakukan pemeriksaan. Karena pasien tidak bersedia untuk dilakukan pemeriksaan, serta melakukan pemeriksaan Leopold.

4. Pemeriksaan penunjang

Menurut Sugiyono (2011) adalah suatu pemeriksaan medis yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap. Tujuan pemeriksaan ini adalah sebagai berikut :

- a. Terapeutik, yaitu untuk pengobatan tertentu
- b. Diagnostik, yaitu untuk membantu menegakkan diagnosis tertentu

c. Pemeriksaan, laboratorium, rontagen dan USG.

Dalam hal ini peneliti hanya melihat hasil pemeriksaan penunjang yang tertulis dalam buku KIA, apabila dalam hasil pemeriksaan terdapat masalah yang terjadi dalam kehamilan penulis dapat memberikan konseling yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak dan tentunya masih dalam ranah kebidanan. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan yaitu pengecekan kadar Hemoglobin (Hb) dengan menggunakan:

1) Jarum tes darah model pulpen

Jarum tes darah model pulpen atau yang disebut dengan penlancets ini adalah salah satu alat medis yang digunakan untuk mengambil contoh darah. Penlancets ini dipakai untuk mengambil darah kita dalam ukuran sangat sedikit dan setelah darah ditaruhkan pada chip masukkan kedalam mesin sehingga hasil dari cek Hb akan muncul pada layar alat Easy Touch GCU.

5. Studi Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2013) merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Data yang penulis dapatkan dari buku KIA yang dimiliki oleh pasien dan data rekam medis yang berkaitan dengan hasil pemeriksaan pasien baik di Puskesmas ataupun Rumah Sakit.

6. Studi Pustaka

Adalah kajian teoritis, referensi serta literatur ilmiah lainnya yang berkaitan dengan budaya, nilai dan norma yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2013). Buku ilmiah yang digunakan untuk mengetahui permasalahan dan penanganan pada pasien yang sesuai dengan teori dan referensi yang akurat. Agar tindakan yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien.

G. Prosedur Laporan Tugas Akhir

Tahapan studi kasus dibagi menjadi tiga, yaitu sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

Sebelum pelaksanaan penelitian lapangan, peneliti dapat mempersiapkan hal-hal berikut ini :

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan
- b. Mengajukan surat pendahuluan pada bagian PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- c. Melakukan studi pendahuluan pada Ny.E umur 27 tahun usia kehamilan 32 minggu di Puskesmas Godean II
- d. Melakukan Perizinan untuk studi kasus ke Puskesmas Godean II
- e. Meminta ketersediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 25 Januari 2018

f. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan ibu 32 minggu, dengan hasil sebagai berikut :

1) Kunjungan 1 dirumah Ny.E dilakukan pada tanggal 25 januari 2018 pukul 16.10 Wib dengan hasil:

Ny.Erma, 27 tahun G₂P₁A₀Ah₁ uk 32 minggu, puka, preskep, janin tunggal, hidup.Ny.E umur 27 tahun G₂P₁A₀Ah₂ mengeluh kaki bengkak. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit apapun. Riwayat obstetrik buruk yaitu terjadi ketuban pecah dini pada uk 37 minggu, bayi lahir di RS dengan cara *Sectio Caesaria*, berat badan lahir bayi 2700 gram, tidak ada kelainan, jenis kelamin laki-laki. Usia anak sekarang 7 tahun. Riwayat KB suntik 3 bulan selama kurang lebih 6 tahun.

HPHT : 15 Juni 2017

HPL : 22 Maret 2018

BB : 80,5 Kg, TB : 156 cm, LILA : 34, TD : 110/70 MmHg

DJJ : 134x/ menit

Memberikan asuhan sebagai berikut : Memberitahukan hasil pemeriksaan, KIE nutrisi, ketidaknyamanan dan penanganan, tanda bahaya kehamilan, mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang pada tanggal 05 Februari 2018

2) Kunjungan kedua dilakukan di rumah ibu hamil pada tanggal 17 Februari 2018 pukul 17.55 Wib.

Ny.E mengatakan tidak ada keluhan saat ini, Ny.E mengatakan saat pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 05 februari 2018 hasil pemeriksaan Hb: 9,4 gr% dengan anemia ringan, Ny.E mengatakan hasil pemeriksaan USG janin tunggal, memanjang, preskep, Djj (+), gerak aktif, AK: cukup, plasenta berada di atas, BB janin: 1690 gram. Dan Ny.E mengatakan jadwal kunjungan ulang pada tanggal 19 Februari 2018

Hasil pemeriksaan : Ku : baik , kesadaran: Composmentis TD: 110/80 mmHg, N: 76x/ menit, R: 21x/ menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, tidak bengkak, mata: simetris, conjungtiva merah muda, sclera putih. Ekstremitas : Atas: tidak bengkak, kuku bersih, bawah: tidak bengkak, kuku bersih. Ny.E umur 27 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 35 minggu 1 hari dalam keadaan normal Memberikan asuhan sebagai berikut: memberitahukan hasil pemeriksaan, KIE nutrisi dalam pencegahan anemia, cara mengonsumsi tablet Fe, mengingatkan kunjungan ulang pada tanggal 24 Februari 2018

3) Kunjungan ketiga dilakukan di Puskesmas Godean II pada tanggal 24 Februari 2018 pukul 08.30 Wib

Hasil pemeriksaan: BB: 81,4 Kg, TD:120/ 70 MmHg, N: 78x/menit, R: 21x/menit, Ny.E, 27 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 36 minggu 2 hari, puka, TFU: 27 cm, preskep, belum

masuk PAP, DJJ: 153x/ menit teratur, gerakan aktif. Pemeriksaan Hb: 11,7 gr%

Memberikan asuhan yaitu sebagai berikut: memberitahukan hasil pemeriksaan, KIE nutrisi, menganjurkan untuk tetap mengonsumsi tablet Fe dan kalsium, KIE tanda-tanda persalinan, memberitahu program P4K, menganjurkan kunjungan ulang 2 minggu lagi.

4) Kunjungan keempat dilakukan di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Gamping pada tanggal 13 Maret 2018 pukul 11.30 Wib

Dengan hasil: BB: 82 Kg, TD:128/ 90 MmHg, Ny.E umur 27 tahun G₂P₁A₀Ah₁ Usia kehamilan 38 minggu 6 hari, hasil pemeriksaan Leopold: puki, TFU: 29 cm, preskep, belum masuk PAP, DJJ: 140x/ menit teratur, gerakan aktif

Memberikan asuhan yaitu sebagai berikut :hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk langsung dirawat di RS, melakukan *informed consent*, menganjurkan ibu berpuasa pada tanggal 14 Maret, pukul 03.00 WIB.

- g. Melakukan penyusunan Proposal LTA
- h. Bimbingan dan konsultasi Proposal LTA
- i. Melakukan ujian proposal
- j. Revisi hasil ujian proposal

2. Tahap Pelaksanaan

a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi melalui pesan singkat dan telpon.

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 untuk menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi

3) Melakukan kontrak dengan Puskesmas agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu datang ke Puskesmas

Melanjutkan asuhan kebidanan berkesinambungan, meliputi :

a) INC didapatkan dari catatan rekam medis, pada tanggal 14 Maret 2018 lalu dilakukan pendokumentasian menggunakan SOAP

(1) Asuhan persalinan yang dilakukan pada Ny.E yaitu dengan tindakan pembedahan seksio seksarea dikarenakan dari hasil pemeriksaan kehamilan terakhir di dapatkan hasil bahwa ibu mengalami disproporsi kepala panggul (DKP) dan riwayat persalinan SC 7 tahun yang lalu, sehingga tidak dianjurkan untuk persalinan secara pervaginam. Asuhan yang diberikan yaitu: mengingatkan ibu tetap berpuasa, membantu ibu untuk memakaikan pakaian operasi, mencukur rambut halus yang berada dibagian

supra pubis, memberikan motivasi pada ibu agar tetap semangat dan menganjurkan ibu serta keluarga untuk berdoa sebelum menghadapi persalinan SC.

- b) PNC dilakukan sampai KF₃ dimulai dari 6 jam setelah melahirkan sampai 40 hari pasca persalinan dengan menggunakan pendokumentasian SOAP

Asuhan yang diberikan yaitu sebagai berikut:

- (1) Pada kunjungan nifas pertama yang dimulai 6 jam setelah SC pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 17.00 WIB didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal, terdapat balutan luka operasi SC, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, lochea rubra, belum ada pengeluaran ASI

Asuhan yang diberikan: cara mencegah perdarahan, mengajarkan mobilisasi, KIE ASI eksklusif, mobilisasi, mengajarkan teknik menyusui post SC, konseling nutrisi ibu nifas dalam penyembuhan luka postpartum dan melakukan pijat oksitosin

- (2) Pada kunjungan nifas kedua pada hari ke 5 tanggal 18 Maret 2018 pukul 19.10 WIB didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda-tanda vital dalam batas normal, terdapat balutan luka operasi SC, TFU 3 jari dibawah

pusat, kontraksi baik, lokhea sanguinolenta, pengeluaran ASI lancar

Asuhan yang diberikan: KIE dan mengajarkan ibu teknik menyusui dengan posisi duduk, KIE tanda bahaya pada masa nifas serta menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi tablet Fe 1x1, Vitamin A 1x1, anti infalamasi 1x1 tablet sehari.

- (3) Pada kunjungan masa nifas ketiga pada hari ke 40 tanggal 22 April 2018 pukul 15.10 WIB didapatkan hasil pemeriksaan, yaitu tanda-tanda vital normal, tidak ada tanda infeksi, terdapat bekas jahitan operasi SC, TFU sudah tidak teraba, lokhea alba dan tidak ada masalah dalam pemberian ASI

Asuhan yang diberikan: mengingatkan kembali imunisasi BCG bayinya, KIE jenis-jenis metode dan alat kontrasepsi serta kegunaannya. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan setelah bayi berumur 6 bulan dan untuk saat ini ibu menggunakan kontrasepsi MAL, karena apabila menggunakan KB jangka panjang ibu tidak mau untuk dilakukan tindakan khusus.

- c) Asuhan pada bayi baru lahir dilakukan sampai KN₃ dimulai dari hari kedelapan sampai dengan 24 hari setelah bayi lahir dengan menggunakan pendokumentasian SOAP

Asuhan yang akan diberikan yaitu sebagai berikut :

- (1) Kunjungan *neonatus* I dilakukan pada tanggal 14 Maret 2018 pukul 17.45 WIB. Setelah dilakukan pemeriksaan memberitahu kepada keluarga hasil pemeriksaan fisik bayi bahwa keadaan bayi normal, mempertahankan suhu tubuh bayi agar tidak hipotermi, bayi sudah dimandikan, memberitahu ibu cara pencegahan infeksi dengan cara cuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi dan mengajarkan keluarga perawatan tali pusat, mengingatkan ibu menyusui bayi sesering mungkin, bayi sudah BAK 1 kali dan BAB 1 kali warna kehitaman dan lengket.
- (2) Kunjungan *neonatus* II dilakukan pada hari ke 5 tanggal 18 Maret 2018 pukul 10.05 WIB, hasil pemeriksaan keadaan umum bayi baik, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, tali pusat bayi sudah puput, mengingatkan ibu tentang ASI eksklusif dan untuk menyusui bayi sesering mungkin dan tanda bahaya bayibaru lahir. Ibu mengatakan ibu menyusui bayi sesering mungkin saat bayi mengisap ataupun payudara terasa penuh, ibu mengatakan mengetahui tentang tanda bahaya bayi baru lahir dan ibu sudah tahu dan bisa menyusui bainya, bayi mandi 2 kali sehari di pagi dan sore hari

(3) Kunjungan *neonatus* III dilakukan pada hari ke 24 tanggal 06 April 2018 pukul 14.28 WIB, hasil pemeriksaan keadaan umum bayi baik, mengingatkan ibu tentang pemberian ASI sesering mungkin, menganjurkan ibu untuk membawa bayi imunisasi pada tanggal 23 April 2018 untuk mendapatkan imunisasi BCG. Ibu mengatakan bayi menyusu kuat dan bayi menyusu sesering mungkin serta ibu bersedia membawa bayinya untuk imunisasi BCG pada tanggal 23 April 2018.

3. Tahap penyelesaian

Merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir.

H. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Dewi dan Sunarsih (2011), Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu: pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seseorang pasien, di dalamnya terdapat proses berpikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seseorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Langkah-langkah dokumentasi kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Data Subyektif (S)

Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada pasien yang bisu di bagian data di belakang huruf "S" atau "X" Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif (O)

Data Objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pasien, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, rekaman CTG, USG) catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis/Assesment (A)

Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif keadaan pasien yang saat biasa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan analisis yang tepat dan akurat mengikuti

perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup. Diagnosis atau masalah kebidanan, serta perlunya antisipasi diagnosis/ masalah potensial dan tindakan segera.

4. Penatalaksanaan (P)

Planning merupakan pembuatan rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter. Pendokumentasian P dalam SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Dan pelaksanaan harus disetujui oleh pasien, kecuali tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan keselamatan pasien, pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi, bila kondisi pasien berubah analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasi pun akan berubah atau harus disesuaikan.

Dalam planing juga harus mencantumkan evaluasi yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/

hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai atau tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PEPUSTAKAAN
YOGYAKARTA