BAB III
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas ini adalah jenis penelitian deskriptif yang digunakan yaitu studi penelaahan kasus (*Case Study*), yakni dengan meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang memengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus maupun tindakan dan reaksi khusus terhadap suatu perlakuan.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan Kebidanan berkesinambungan memiliki 4 komponen asuhan, meliputi :

1. Asuhan kehamilan

   Asuhan kebidanan pada ibu hamil dimulai sejak umur kehamilan 31^{+4} minggu.

2. Asuhan persalinan

   Asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai observasi kala IV.

3. Asuhan nifas

   Asuhan yang dimulai saat berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas ketiga (KF_3).

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

4. Asuhan bayi baru lahir

   Asuhan yang diberikan pada bayi dimulai sejak awal kelahiran bayi sampai KN_3.

C. Tempat Dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

1. Tempat studi kasus

   Studi kasus dilaksanakan di Puskesmas Seyegan Sleman, Yogyakarta

2. Waktu

   Pelaksanaan studi kasus ini pada 25 Januari sampai dengan 14 Maret 2018

D. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif ini adalah Ny. S umur 30 tahun, $G_2P_1A_0Ah_1$ UK 31^{+4} minggu dengan kehamilan normal di Puskesmas Seyegan, Sleman, Yogyakarta

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

   a. Alat dan bahan yang digunakan dalam melakukan observasi dan pemeriksaan fisik adalah tensimeter, stetoskop, termometer, dopler, timbangan, jam dan *metline*

   b. Alat dan bahan yang digunakan dalam melakukan wawancara adalah format Asuhan Kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

c. Alat dan bahan yang digunakan dalam melakukan studi dokumentasi adalah cacatan medik atau status pasien di puskesmas dan buku KIA

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan pertemuan antara dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab (Sugiyono 2013). Wawancara dilakukan dengan pasien pada tanggal 25 Januari 2018 meliputi identitas ibu, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat nifas yang lalu, riwayat BBL lalu, riwayat KB lalu, riwayat penyakit ibu dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi

Observasi adalah suatu cara untuk mengumpulkan data penelitian yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis dan yang terpenting adalah proses pengamatan dan ingatan (Sugiyono 2013). Observasi dilakukan dengan memantau ibu hamil ketika ANC sampai ibu hamil mengalami nifas

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada tubuh klien atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu untuk memeroleh data yang sistematis untuk memberikan asuhan yang tepat bagi klien (Sartika, 2010). Pemeriksaan fisik dilakukan mulai dari vital sign kemudian pemeriksaan *head to toe.* Pemeriksaan

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

fisik sendiri memiliki 4 komponen dasar yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yaitu suatu pemeriksaan medis yang dilakuan atas indikasi tertentu guna memperoleh ketarangan yang lebih lengkap, sehingga dalam menegakan diagnosis lebih akurat. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ibu hamil meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rotngen, dan USG. Pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan oleh Ny. S adalah pemeriksaan laboratorium meliputi Hb, Protein urin, HbsAg, *screening* TORCH dan pemeriksaan USG.

1) Pada tanggal 18 Oktober 2016 Ny. S melakukan *screening* TORCH di RSUD Sleman dengan hasil:

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Anti Toxoplasma IgG	0	Negativ <4 Equivocal >=4 - <8 Positiv >8
Anti toxoplasma IgM	0,6	Negativ < 0.55 Equivocal >0.55 - <0.65 Positiv >=0.65
Anti Rubella IgG	186	Negativ <10 Equivocal 10-<15 Positiv >=15
Anti Rubella IgM	0,24	Negativ <0.80 Equivocal 0.80 - <1.20 Positiv >=1.20
Anti CMV IgG	25	Negativ <4 Equivocal 4-<6 Positiv >=6
Anti CMV IgM	0,12	Negativ <0.70 Equivocal 0.70-<0.90 Positiv>= 0.90

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

2) Pada tanggal 9 Februari 2018 Ny. S melakukan ANC terpadu dengan hasil Hb : 12,3 gr%, protein urin negativ, HbsAg negativ.

3) Pada tanggal 20 Februari 2018 Ny. S melakukan USG dengan hasil Preskep, puki, DJJ 144 kali/menit, TBJ : 2100 gram.

e. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu kegiatan untuk mencari data dari dokumen pasien. Data diperoleh dari rekam medik klien di Puskesmas Seyegan serta data dari buku KIA klien.

f. Studi Pustaka

Studi Pustaka adalah suatu pembahasan yang berdasarkan pada referensi yang memiliki tujuan untuk memperkuat materi dan mendukung pelaksanaan studi kasus. Referensi yang penulis ambil yaitu dari buku dan jurnal penelitian.

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

Studi kasus dilaksanakan dalam 3 tahap, yaitu :

1. Tahap Persiapan

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

a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan

b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

c. Melakukan studi pendahuluan di lapangan pada Ny. Sutrihatun, 30 tahun $G_2P_1A_0$ uk 31^{+4} minggu di Puskesmas Seyegan

d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Puskesmas Seyegan

e. Meminta ketersediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar pestetujuan pada tanggal 25 januari 2018

f. ANC dilakukan 4 kali dimulai dari usia kehamilan 31^{+4} minggu, dengan hasil sebagai berikut:

1) Kunjungan I dilakukan dirumah ibu hamil pada tanggal 25 Januari 2018 pukul 13.00 WIB dengan hasil:

Ny. Sutrihatun umur 30 tahun $G_2P_1A_0Ah_1$ UK 31^{+4} minggu, ibu memiliki riwayat penyakit TORCH pada kehamilan sebelumnya, persalinan dan nifas sebelumnya normal, BB lahir 2000 gram, mengalami cacat konginetal (mikrosefali). Riwayat KB suntik 3 bulan.

HPHT : 19-06-2017

HPL : 26-03-2018

TD : 110/70 mmHg, nadi: 84 kali/menit, RR: 20 kali/menit, S : $36,3^0$C.

Abdomen: Puki, preskep, janin tunggal hidup. TFU 25 cm, TBJ : 2015 gram

Memberikan asuhan nutrisi pada ibu hamil, cara mengolah makanan yang baik dan mencuci tangan

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

2) Kunjungan II dilakukan dirumah ibu hamil pada tanggal 31 Januari 2018 pukul 14.00 WIB

   Ny. Sutrihatun umur 30 tahun $G_2P_1A_0Ah_1$ UK 32^{+2} minggu, ibu mengeluh kadang tiba-tiba sakit kepala tapi hilang jika istirahat.

   TD: 110/70 mmHg, nadi: 82 kali/menit, RR: 20 kali/menit, S : 36^0C.

   Pemeriksaan fisik: Konjungtiva mata merah muda, bibir tidak pucat, mulut tidak ada gigi berlubang, abdomen ada linea nigra, tidak ada strie gravidarum, TFU: 26 cm, 2 jari diatas pusat, preskep, puki, belum masuk panggul. TBJ: 2170 gram

   Memberikan asuhan ketidaknyamanan pada kehamilan.

3) Kunjungan III dilakukan di Puskesmas Seyegan pada tanggal 23 Februari 2018 pukul 09.00

   Ny. Sutrihatun umur 30 tahun $G_2P_1A_0Ah_1$ UK 35^{+4} minggu. ibu tidak mengeluh apapun.

   TD: 110/70 mmHg, nadi: 80 kali/menit, RR: 24 kali/menit, suhu: $36,2^0$C, BB: 55 kg

   Pemeriksaan fisik: Konjungtiva merah muda, bibir lembab, tidak ada gigi berlubang, abdomen ada linea nigra, tidak ada strie gravidarum, TFU: 30 cm, 2 jari dibawah px, preskep, puki, belum masuk panggul. DJJ: 140 kali/menit, TBJ: 2790 gram.

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

Memberikan asuhan nutrisi, cara mengonsumsi tablet Fe dan persiapan persalinan

4) Kunjungan IV dilakukan di Puskesmas Seyegan pada tanggal 2 Maret 2018 pukul 09.00

Ny. Sutrihatun umur 30 tahun $G_2P_1A_0Ah_1$ UK 36^{+4} minggu, ibu tidak mengeluh apapun.

TD: 110/70 mmHg, nadi: 82 kali/menit, RR: 20 kali/menit, suhu $36,3^0$C, BB: 55,3 kg

Pemeriksaan fisik: konjungtiva merah muda, puting susu menonjol, tidak ada benjolan pada payudara, belum ada kolostrum, abdomen tidak ada strie gravidarum, TFU: 30 cm, 2 jari dibawah px, preskep, puki, sudah masuk panggul. DJJ: 140 kali/menit, TBJ: 2790 gram

Memberikan asuhan tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

g. Melakukan penyusunan LTA

h. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA

i. Melakukan seminar proposal

j. Revisi proposal LTA

2. Tahap pelaksanaan

a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via handphone (HP)

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien agar 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 untuk bersalin.

b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi :

1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) dilakukan pada tanggal 9 Maret 2018 asuhan yang diberikan yaitu pertolongan persalinan sesuai dengan APN kemudian dilakukan pendokumentasian SOAP. Asuhan yang penulis berikan saat persalinan yaitu Manajemen Aktif Kala III karena ketika penulis datang di tempat persalinan bayi sudah lahir, kemudian penulis melanjutkan asuhan kala IV selama 2 jam pemantauan.
2) Asuhan PNC (*Postnatal Care*) dari selesai pemantauan kala IV sampai 42 hari postpartum dan melakukan KF_2 dan dilakukan pendokumentasian SOAP

   Asuhan PNC yang diberikan yaitu :

   a) KF 1 dilakukan pada tanggal 10 Maret 2018

      Asuhan yang diberikan yaitu pengawasan perdarahan, *bounding attachment* ibu dan bayi, deteksi dini perdarahan, pijat oksitosin, perawatan perineum

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

b) KF 2 dilakukan pada tanggal 14 Maret 2018

Asuhan yang diberikan yaitu nutrisi ibu nifas, perawatan payudara, pemberian ASI

3) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai 28 hari atau sampai dilakukan KN_2 dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Asuhan BBL yang diberikan yaitu :

a) Segera setelah lahir bayi mengalami asfiksia sehingga dilakukan langkah awal resusitasi dan berhasil kemudian bayi di IMD selama 1 jam dan diberikan asuhan bayi baru lahir normal.

b) KN 1 dilakukan pada tanggal 10 Maret 2018

Asuhan yang diberikan yaitu pencegahan hipotermi, pemberian ASI, pemeriksaan fisik, perawatan tali pusat, pencegahan infeksi

c) KN 2 dilakukan pada tanggal 14 Maret 2018

Asuhan yang diberikan yaitu pemeriksaan fisik, pemberian ASI, perawatan BBL dirumah, pencegahan hipotermi, konseling imunisasi

3. Tahap Penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan ujian hasil LTA

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

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

1. S (Data Subjektif)

   Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa.

2. O (Data Objektif)

   Menggambarkan pendokumentasian hasil analaisa dan fisik klien, hasil lab dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung *analysis*. Tanda objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan yang meliputi KU, vital sign, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan dilakukan dengan metode inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

3. A (*Analysis*)

   Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

4. P (Penatalaksanaan)

   Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan asuhan, pelaksanaan asuhan dan evaluasi asuhan berdasarkan analisis.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA