

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain laporan Tugas Akhir

Jenis studi kasus ini menggunakan jenis deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah penelaah kasus (*case study*) yaitu Asuhan Kebidanan Berkesinambungan atau komprehensif pada Ny I umur 41 tahun multigravida usia kehamilan 26 minggu 6 hari yang meliputi asuhan terhadap ibu hamil trimester II dan III dengan usia kehamilan sampai dengan persalinan, bayi dan nifas. Mahasiswa mengikuti ibu hamil, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai dengan nifas, dengan memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan ibu.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan komprehensif ini memiliki 4 komponen asuhan yaitu meliputi asuhan pada kehamilan, asuhan persalinan, asuhan pada nifas dan asuhan bayi baru lahir.

1. Asuhan kehamilan: Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan kriteria minimal usia kehamilan 26 minggu 6 hari.
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 dengan kunjungan nifas ketiga(KF3).
4. Asuhan bayi baru lahir: memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai KN3.
5. Asuhan keluarga berencana: Asuhan yang diberikan pada ibu berupa konseling KB dan membantu ibu untuk menentukan KB yang cocok dengan keadaan ibu.

C. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus

Studi kasus ini akan dilaksanakan di Klinik Pratama Kedaton Pleret Bantul.

2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Desember sampai dengan Mei 2019

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek yang digunakan dalam laporan studi kasus asuhan kebidanan komprehensif pada NyI umur 41 tahun G2P1A0AH1 dengan kehamilan normal di Klinik Pratama Kedaton Pleret Bantul Yogyakarta

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang akan digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetoskop, doppler, timbangan berat badan, thermometer, jam dan sarung tangan.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara: pedoman wawancara, format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi dan KB.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi: catatan medik atau status pasien dan buku KIA.

1. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (*responden*) atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) Wawancara bukanlah sekedar memperoleh angka lisan saja, sebab dengan wawancara peneliti akan dapat:

- 1) Memperoleh kesan langsung dari responden
- 2) Menilai kebenaran yang dikatakan oleh responden

- 3) Membaca air muka (mimic) dari reponden
- 4) Memberikan penjelasan bila pertanyaan tidak dimengerti responden
- 5) Memancing jawaban bila jawaban macet

Didalam wawancara hendaknya antara pewawancara (*interview*) dengan sasaran (*interview*)

- 1) Saling melihat,saling menengar, dan saling menegerti
- 2) Terjadi percakapan biasa,tidak terlalu kaku (formal)
- 3) Mengadakan persetujuan atau perencanaan pertemuan dengan tujuan tertntu
- 4) Menyadari adanya kepentingan yang berbeda anantara pencari informasi dan pemberi informasi

Wawancara dilakukan dengan NyI dan keluarga, untuk mengumpulkan data subyektif ibu hamil yang meliputi, identitas ibu dan keluarga, riwayat kehamilan yang lalu dan sekarang, riwayat kesehatan ibu dan keluarga dan riwayat persalinan yang lalu.

b. Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera penglihatan (perilaku klien, ekspresi wajah, bau, suhu). Observasi sebagai perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan dalam menemukan fakta. Rangsangan tadi mengenai indera menimbulkan kesadaran untuk melakukan pengamatan. Pengamatan tersebut tidak hanya sekedar melihat saja melainkan juga perlu keaktifan untuk meresapi, memaknai dan akhirnya mencatat tindakan terakhir, ini penting di lakukan karena daya ingat manusia sangat terbatas untuk menyimpan semua informasi tentang apa yang akan diobservasi dan hasil pengamatan (Sandjaja, 2011). Tahap observasi ini yang dimaksud adalah mahasiswa melakukan pemantauan dari ibu melakukan pemeriksaan ANC dan sampai ibu pada masa nifas. Melakukan observasi kepada klien dengan memantau perkembangan janin dengan berdasarkan TFU, mernantau gerakan janin, melalui USG dan melihat dari buku KIA.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari pasien untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien. Pemeriksaan ini dilakukan secara detail dimulai dari *head to toe* guna mendapatkan data yang akurat. Tujuannya dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk mengetahui bagaimana kesehatan umum dari klien dan untuk mengetahui juga apabila terdapat kelainan pada klien. Semua pemeriksaan fisik dilakukan atas izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dari lembar *informed consent*.

Prinsip Dasar Dan Teknik Pemeriksaan Fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik terdapat teknik dasar yang harus dipahami:

1) Inspeksi

Merupakan pengamatan atau observasi untuk mendeteksi masalah kesehatan pasien.

2) Palpasi

Merupakan pemeriksaan dengan bantuan undra peraba yaitu tangan menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan, tekstur dan mobilitas.

3) Perkusi

Pemeriksaan dengan melakukan ketukan pada bagian tubuh yang diperiksa dengan ujung-ujung jari untuk mengetahui ukuran, batasan, konsistensi, organ-organ tubuh, dan mengetahui adanya cairan dalam rongga tubuh.

4) Auskultasi

Dengan cara mendengarkan bunyi yang dihasilkan tubuh melalui stetoskop, auskultasi dapat digunakan untuk mendengarkan:

a) Frekuensi atau siklus gelombang bunyi

b) Kekerasan atau amplitudonya

c) Kualitas dan lamanya bunyi (Mujahidah, 2012).

b. Pemeriksaan Penunjang

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

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan kadar haemoglobin, protein urine, HbsAg, reduksi urin dan HIV/AIDS pada ibu hamil yang dilaksanakan pada tanggal 22 November 2018 di Puskesmas Pleret Bantul dengan hasil pemeriksaan Hb 13,7 gr%, protein urine negative, HBSAG negative dan HIV negativ, serta dilakukan di klinik Pratama Kedaton pada tgl 16 April 2019 dengan hasil Hb: 12,6 gr%

c. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan cara melihat atau menganalisis dokumen-dokumen yang dibuat oleh subjek sendiri atau oleh orang lain tentang subjek melalui suatu media tertulis dan dokumen lainnya yang ditulis atau dibuat oleh subjek yang bersangkutan (Herdiyansyah, 2011). Studi dokumentasi berbentuk foto saat kunjungan, data sekunder dari ibu hamil dan keluarga dan catatan rekam medis di Klinik Pratama Kedaton.

d. Studi Pustaka

Studi pustaka berkaitan dengan kajian teoritis dan referensi lain yang berkaitan dengan nilai, budaya dan norma yang berkembang pada situasi yang di teliti, selain itu studi kepustakaan sangat penting dalam melakukan penelitian, hal ini dikarenakan peneliti tidak akan lepas dari literatur-literatur ilmiah (Sugiyono, 2012). Studi pustaka akan digunakan untuk memperdalam asuhan yang diberikan dan pembahasan kasus.

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

Studi kasus dilaksanakan dalam tiga tahap yaitu:

1. Tahap Persiapan

Sebelum melakukan penelitian di lapangan, penelitian melakukan persiapan-persiapan diantaranya adalah:

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus yang berada di Klinik Pratama Kedaton, Pleret, Bantul, Yogyakarta
- b. Menanyakan prosedur untuk izin melakukan studi pendahuluan
- c. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Stikes Jenderal Achmad Yani Yogyakarta
- d. Melakukan Studi pendahuluan di Klinik Pratama Kedaton Pleret Bantul Yogyakarta untuk menentukan subjek yang akan menjadi responden dalam studi kasus Ny I usia 41 tahun di Klinik Pratama Kedaton
- e. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Klinik Pratama Kedaton
- f. Meminta Kesiediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus dan mendatangi lembar persetujuan (*Informed Consent*)
- g. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari TM II.

dengan hasil sebagai berikut:

- 1) Kunjungan pertama dilakukan di rumah Ny I pada tanggal 21 Januari 2019 pukul 15.00 WIB HPHT 17-07-2018, HPL 24-04-2019.

S: Ny I mengeluhkan sering BAK sehingga merasa kurang nyaman.

O: BB 66 Kg, TB 149 cm, LILA 29 cm, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 37,8 °c pemeriksaan dalam batas normal

A: Ny I usia 41 tahun G2P1A0AH1 Usia kehamilan 26⁺⁶ minggu, dengan kehamilan normal.

- P: Memberitahu keadaan ibu masih dalam batas normal dan memberikan KIE tentang ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester 2.
- 2) Kunjungan kedua dilakukan di Klinik Pratama Kedaton pada tanggal 6 Februari 2019 pukul 15.00 WIB.
- S: Ny I mengatangkan sering mengalami sesak nafas pada saat malam hari disaat akan tidur malam.
- O: BB 66 Kg, TB 149 cm, LILA 29 cm, TD 125/80 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 37,8 °c leopold 1 yaitu TFU 23 cm, leopold 2 teraba PUKI, leopold 3 persentase kepala, DJJ 142x/menit, pemeriksaan fisik masih dalam batas normal.
- A: Ny I usia 41 tahun G2P1A0AH1 Usia kehamilan 29⁺¹ minggu, dengan kehamilan normal.
- P: Memberitahu hasil pemeriksaan dan memberikan KIE tentang ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester 3.
- 3) Kunjungan ketiga dilakukan di rumah Ny I pada tanggal 12 Maret 2019 pukul 17.20 WIB.
- S: Ny I mengatakan tidak ada keluhan. HPHT 17-07-2018, HPL 24-04-2019,
- O: TB 149 cm, LILA 29 cm, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 37,8 °c pemeriksaan fisik kecuali leopold.
- A: Ny I usia 41 tahun G2P1A0AH1 Usia kehamilan 36⁺¹ minggu, dengan kehamilan normal.
- P: Memberitahu kepada ibu hasil pemeriksaan dan memberikan komplementer yoga, serta KIE pola nutrisi.
- 4) Kunjungan keempat dilakukan di Klinik Pratama Kedaton pada tanggal 11 April 2019 pukul 10.00 WIB.
- S: Ny I mengatakan tidak ada keluhan dan ingin USG.
- O: TB 149 cm, LILA 29 cm, TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, R 21 x/menit, S 37,8 °c pemeriksaan USG dengan hasil Janin

tunggal, hidup intrauterine, jenis kelamin laki-laki, TBJ 2.940 gram dan DJJ masih dalam batas normal.

A: NyI usia 41 tahun G2P1A0AH1 Usia kehamilan 38⁺¹ minggu, dengan kehamilan normal.

P: Memberitahu hasil pemeriksaan dan memberikan KIE tentang persiapan persalinan.

- h. Melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir
 - i. Bimbingan dan konsultasi Laporan Tugas Akhir
 - j. Melakukan seminar Laporan Tugas Akhir
2. Tahap Pelaksanaan
- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via Handpone
- Pemantauan
- 1) Memantau keadaan pasien dilakukan dengan meminta nomer HP pasien dan keluarga pasien supaya sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung.
 - 2) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu mengalami kontraksi
 - 3) Melakukan kontrak dengan pihak klinik agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke Klinik
- b. Melanjutkan asuhan kebidanan Komprehensif
- 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) yaitu
 - Mendampingi persalinan SC yaitu mendampingi hanya pada saat kala 1 fase aktif, sekaligus memberikan komplementer *counterpressure* pada pembukaan 4 cm, kemudian melakukan pendokumentasian.

- 2) Asuhan PNC (*Postnatal Care*) dilakukan dari selesai pemantauan kala IV postpartum dilakukan KF3 dan melakukan pendokumentasian SOAP
- a) Kunjungan I: 6 jam-3 hari setelah persalinan
- (1) Memastikan tinggi fundus uteri dengan normal serta tidak terdapat tanda-tanda abnormal
 - (2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
 - (3) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda infeksi
 - (4) Memastikan ibu mengerti tentang perawatan tali pusat dan menjaga kehangatan bayi
- b) Kunjungan II: 4-28 hari setelah persalinan
- (1) Mengetahui bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran pada bayi
 - (2) Mengamati bagaimana kondisi pada payudara ibu
 - (3) Memastikan ketidaknyamanan yang disarankan oleh ibu
 - (4) Memastikan ibu untuk istirahat yang cukup
 - (5) Memberikan asuhan komplementer kepada ibu yaitu pijat oksitosin
- c) Kunjungan III: 29-42 hari setelah persalinan
- (1) Menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau yang dirasakan
 - (2) Memberikan konseling tentang KB secara dini, imunisasi, senam nifas dan tanda bahaya yang dialami ibu dan bayi
 - (3) Menanyakan kepada ibu apakah sudah menstruasi atau belum

- 3) Asuhan Bayi baru lahir
 - a) Kunjungan pertama KNI (6-48 jam setelah bayi baru lahir)
Meliputi mempertahankan suhu tubuh bayi, pemeriksaan fisik, berikan konsling tanda bahaya bayi, perawatan tali pusat, dan berikan imunisasi HB-O.
 - b) Kunjungan Kedua KN2 (3-7 Hari setelah bayi lahir)
Meliputi menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya bayi, memberikan ASI eksklusif
 - c) Kunjungan KN3 (8-28 Hari setelah bayi lahir)
Meliputi pemeriksaan fisik, menjaga kebersihan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, konseling emberian ASI eksklusif, imunisasi dan memberikan asuhan komplementer pijat bayi
- 4) Asuhan Keluarga Berencana (KB)
 - a) Memberikan konseling tentang pentingnya KB
 - b) Memberikan konseling KB yang baik untuk ibu
 - c) Mendampingi ibu dalam melakukan asuhan KB
3. Tahap penyelesaian
Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yang telah dilakukan pada ibu hamil trimester III sampai nifas yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP (Muslihatun dkk, 2009).

1. S (Data Subjektif) .

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran keluhannya yang di catat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan terhubung langsung dengan diagnosis, data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan di susun.

2. O (Data Objektif)

Data yang di peroleh melalui hasil observasi yang jujur dari hasil pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diaognostik lain. catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapaat dimasukkan dalam data objektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnostic.

3. A (Analysis)

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan di temukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

4. P (Penatalaksanaan)

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan yang akan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lainnya.