

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir**

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan neonatus ini adalah metode penilain deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus (*Case Study*). Asuhan kebidanan berkesinambungan yang dilakukan meliputi, asuhan kebidanan pada ibu hamil fisiologis trimester II usia kehamilan 21 minggu 5 hari dan diikuti mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, serta memberikan asuhan pada bayi baru lahir. Pada laporan tugas akhir ini peneliti memberikan asuhan kebidanan khususnya pada ibu hamil pada Ny. T umur 36 tahun grandemultipara di Klinik Umum Pratama Bina Sehat, Kasihan, Bantul.

#### **B. Komponen Asuhan Berkesinambungan**

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

Definisi oprasional dari masing-masing asuhan diatas antara lain:

1. Asuhan kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan usia kehamilan 21 minggu 5 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 kunjungan nifas ketiga (KF3).
4. Asuhan bayi baru lahir : asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai kunjungan neonatus ketiga (KN3).

#### **C. Lokasi Dan Waktu**

1. Tempat studi kasus

Tempat studi kasus ini akan dilaksanakan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

## 2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Desember 2018 sampai dengan Mei 2019.

### **D. Objek Laporan Tugas Akhir**

Pada laporan tugas akhir ini, objek yang digunakan pada asuhan kebidanan berkesinambungan ini adalah seorang ibu hamil usia kehamilan 21 minggu 5 hari Ny. T umur 36 tahun grandemultipara di Klinik Umum Pratama Bina Sehat Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta dengan faktor resiko yaitu dari segi umur yang lebih dari 35 tahun (terlalu tua), dan jumlah persalinan yang terlalu sering yang akan dikelola sampai dengan masa nifas.

### **E. Alat Dan Metode Pengambilan Data**

#### 1. Alat pengumpulan data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, termometer, stetoskop, metline, timbangan berat badan, pengukur tinggi badan dan jam.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara: pedoman wawancara, format asuhan kebidanan.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi: catatan medik dan buku KIA.

#### 2. Metode pengumpulan data

##### a. Wawancara

Metode wawancara dalam pengumpulan data melandaskan pada laporan tentang diri sendiri atau *self-report* atau setidaknya pada pengetahuan atau keyakinan pribadi. Wawancara dapat dilakukan secara berstruktur ataupun tidak berstruktur, dan dapat dilakukan melalui tatap muka maupun menggunakan telepon (Sugiyono, 2015: 137).

Wawancara dilakukan kepada Ny. T dan melibatkan suami Tn. R yang meliputi keluhan, riwayat obsetric, riwayat menstruasi, riwayat penyakit, riwayat KB. Hasil wawancara didapatkan hasil bahwa Ny. T

mengeluh yaitu sulit tidur pada malam hari, riwayat obsetric pada kehamilan yang sekarang merupakan kehamilan ketujuh dengan jarak kelahiran 6 tahun dan sebelumnya tidak pernah mengalami keguguran. Riwayat menstruasi dengan usia menarche 13 tahun, siklus 28 hari, lama 6-7 hari. Tidak ada riwayat penyakit menurun, menular, menahun pada ibu dan keluarganya. Riwayat KB ibu menggunakan Kb suntik kombinasi dan KB terakhir yang digunakan ibu adalah pil kombinasi yang sudah dilakukan selama 4 tahun. Pada tanggal ini peneliti memberikan kuisisioner mengenai pemahaman ibu tentang kehamilan dengan faktor resiko.

b. Observasi

Observasi merupakan salah satu cara teknik pengambilan data dengan cara mengamati objek penelitian secara langsung dilapangan untuk memperoleh data yang aktual. Observasi digunakan bila penelitian berupa perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden tidak terlalu besar (Sugiyono, 2015: 145).

Pengumpulan data secara observasi pad a setiap kunjungan yang meliputi observasi terhadap Ny. T saat menjaga kebersihan diri maupun lingkungannya dan pandangan Ny. T saat dilakukan pemeriksaan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrumen tertentu. Pemeriksaan fisik pada kasus ini antara lain melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan *head to toe* yang berpedoman pola asuhan kebidanan ibu bersalin menurut varney.

Melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan *head to toe*, semua pemeriksaan yang dilakukan penulis atas izin dari Ny. T dan keluarga.

d. Pemeriksaan Penunjang

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

1. Pada tanggal 13 Desember 2018 peneliti melakukan pengambilan data hasil pemeriksaan USG dan Hb yang dilakukan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat.
2. Pada tanggal 7 Februari 2019 peneliti melakukan pengambilan data hasil USG yang kedua yang dilakukan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat.
3. Pada tanggal 22 Maret 2019, peneliti melakukan pengambilan data hasil laboratorium yang dilakukan di Puskesmas.
4. Pada tanggal 1 April 2019 peneliti melakukan pengambilan data hasil pemeriksaan laboratorium di Klinik Umum Pratama Bina Sehat.

e. Studi Dokumentasi

Informasi-informasi yang berhubungan dengan dokumen yang resmi maupun tidak resmi seperti, laporan, catatan rekam medik, dll. Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien.

Studi dokumentasi dalam bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen, meliputi buku KIA, catatan medik, foto kegiatan saat kunjungan, dan screenshot chat dengan pasien.

f. Studi Pustaka

Untuk melakukan penelusuran berbagai teori, menelaah dan mengaplikasikannya terhadap pelaksanaan dan analisis penelitian dengan mengambil dari buku *literature*.

Penulis melakukan studi pustaka yaitu dengan mengambil dari buku-buku yang diterbitkan dalam 10 tahun terakhir yaitu 2008-2019 dan jurnal yang diterbitkan 5 tahun terakhir yaitu 2014-2019 untuk memperkaya materi yang mendukung pelaksanaan studi kasus.

## F. Prosedur LTA

### 1. Tahapan persiapan

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di Klinik Umum Bina Sehat beralamat Karangjati Indah I C2 No. 1, Gendeng, Bangunjiwo, Kasihan, Bantul yang dilakukan pada hari Kamis, 22 November 2018.
- b. Mengajukan surat izin ke prodi kebidanan (D-3) untuk pencairan pasien studi kasus.
- c. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian ke PPPM.
- d. Melakukan studi pendahuluan di rumah pasien untuk menentukan objek menjadi responden dalam studi kasus dan meminta kesediaan responden untuk studi kasus dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada hari Kamis, 13 Desember 2018. Objek yang digunakan adalah Ny. T umur 36 tahun G<sub>7</sub>P<sub>6</sub>A<sub>0</sub> usia kehamilan 21 minggu 5 hari di Klinik Umum Pratama Bina Sehat Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.
- e. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Klinik Umum Pratama Bina Sehat.
- f. ANC telah dilakukan 4 kali yang dimulai usia kehamilan 21 minggu 5 hari dengan menghubungi melalui WA untuk melakukan pendampingan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat. Dengan hasil ANC sebagai berikut:

1) Kunjungan pertama dilakukan di rumah pasien yang dilakukan pada tanggal 13 Desember 2018, pukul 19.40 WIB.

Ditemukan Ny. T mengeluh sulit tidur pada malam hari. HPHT: 14 Juli 2018, HPL: 21 April 2019. Riwayat obstetric pada kehamilan yang sekarang merupakan kehamilan ketujuh dengan jarak kelahiran 6 tahun dan sebelumnya tidak pernah mengalami keguguran. Riwayat KB ibu menggunakan Kb suntik kombinasi selama 2 tahun dan KB pil kombinasi selama 4 tahun.

Pemeriksaan di Klinik Bina Sehat: Hb 9,6 gr%. Saat dilakukan pemeriksaan konjungtiva pucat, kemudian Ny. T diberikan solusi mengenai ketidaknyamanan, KIE ketidaknyamanan lain yang dapat terjadi pada kehamilan, dan KIE anemia.

2) Kunjungan kedua dilakukan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat, pada tanggal 14 Januari 2019 pukul 20.10 WIB.

Ditemukan Ny. T dengan keluhan yaitu merasa pusing dan lemas sejak satu hari yang lalu, gerak janin kurang dari 10 yaitu  $\pm 6$  kali, mengalami pingsan satu hari yang lalu, sudah diperiksakan di RS diberi obat tambah darah dan vitamin, kemudian dilakukan pemeriksaan dengan hasil DJJ 130 <sup>x</sup>/menit, konjungtiva pucat, dan bengkak pada kaki kanan dan kiri, dengan hasil pemeriksaan tersebut Ny. T diberikan solusi mengenai kaki bengkak, KIE tanda bahaya, KIE nutrisi pada ibu hamil, dan meminta ibu untuk menghitung gerakan janin.

3) Kunjungan ketiga dilakukan di Klinik Umum Pratama Bina Sehat, pada tanggal 7 Februari 2019 pukul 18.40 WIB.

Ditemukan Ny. T tidak mengalami keluhan, kemudian dilakukan pemeriksaan dengan hasil semuanya dalam keadaan normal. Pada kunjungan ini Ny. T dilakukan evaluasi mengenai keluhan kunjungan sebelumnya.

- g. Melakukan penyusunan LTA.
- h. Bimbingan dan konsultasi LTA.
- i. Melakukan seminar hasil.
- j. Melakukan refisi LTA.

## 2. Tahap pelaksanaan

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah dan menghubungi lewat via *handphone* (Hp). Adapun rencana perencanaan yaitu:

- 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta no hp pasien dan keluarga (suami) pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien secara langsung.
  - 2) Meminta ibu hamil atau keluarga untuk menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu mengalami kontraksi atau tanda-tanda persalinan.
  - 3) Melakukan kontrak dengan Klinik Umum Pratama Bina Sehat agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu datang ke klinik.
- b. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif
- 1) Asuhan kehamilan atau (*Antenatal Care*) ANC yang telah dilakukan pada trimester II dan III.  
Kunjungan keempat dilakukan dirumah pasien yang dilakukan pada tanggal 22 Maret 2019, pukul 15.30 WIB.  
Ditemukan Ny. T mengatakan semakin mudah lelah, dan ibu merasa cepat menjelang waktu kelahiran ini, Ny. T telah melakukan ANC tepadu dengan hasil Hb 9,7 gr%, dan hasil laboratorium yang lain dalam keadaan normal, dilakukan pemeriksaan dengan hasil konjungtiva pucat. Pada kunjungan ini Ny. T diberika asuhan tambahan yaitu pemebrian sari kacang hijau untuk mengatasi anemia.
  - 2) Asuhan persalinan atau (*Intranatal Care*) INC  
Asuhan yang diberikan, meliputi :
    - a) Melakukan pendampingan psikologi ibu.
    - b) Melakukan Asuhan komplementer yaitu *massage contour pressure*.
    - c) Menagjarkan ibu mengenai relaksai pernafasan.
  - 3) Asuhan nifas atau (*Post Natal Care*) PNC  
PNC telah dilakukan sejak selesainya pemantauan kala IV sampai 48 hari postpartum dan mmelakukan pendokumentasien SOAP.  
Asuhan yang telah diberikan :
    - a) Kunjungan nifas 1 (6 jam-3 hari postpartum)

Asuhan kebidanan masa nifas yang dilakukan meliputi :

- (1) Melakukan pemantauan Hb.
- (2) Melakukan pemantauan involusi uteri.
- (3) Melakukan pemantauan pendarahan.
- (4) Melakukan pemantauan luka jahitan perenium.
- (5) Melakukan deteksi dini komplikasi.
- (6) Pemberian ASI awal.
- (7) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu.
- (8) Mencegah hipotermi pada bayi
- (9) Melakukan pemantauan keadaan ibu dan bayi.
- (10) Memastikan psikologi ibu baik.
- (11) Melakukan KIE mengenai KB secara dini.

b) Kunjungan nifas 2 (4-28 hari postpartum)

Asuhan kebidanan yang dilakukan, meliputi :

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda pendarahan abnormal.
- (2) Menilai adanya tanda bahaya dalam masa nifas.
- (3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- (4) Memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi.
- (5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit.
- (6) Memastikan psikologi ibu baik.

c) Kunjungan nifas (29-42 hari)

Asuhan kebidanan masa nifas yang dilakukan meliputi :

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda pendarahan abnormal.
- (2) Menilai adanya tanda bahaya dalam masa nifas.
- (3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- (4) Memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi.



(5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit.

4) Asuhan bayi baru lahir (BBL)

BBL dimulai sejak lahirnya bayi sampai dengan 28 hari dan melakukan pendokumentasian SOAP. Asuhan yang diberikan adalah :

a) Kunjungan neonatus 1 (6-48 jam)

Asuhan kebidanan pada neonatus yang meliputi :

- (1) Melakukan pemeriksaan antropometri.
- (2) Melakukan pemantauan BAB dan BAK.
- (3) Memastikan pemberian vitamin K.
- (4) Memastikan pemberian imunisasi HB 0 injeks.
- (5) Mempertahankan suhu tubuh bayi.
- (6) Memastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif.
- (7) Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi.

b) Kunjungan neonatus 2 (3-7hari)

Asuhan kebidanan pada neonatus yang meliputi :

- (1) Memeriksa tanda-tanda vital.
- (2) Perawatan tali pusat.
- (3) Melakukan pemeriksaan tanda bahaya.
- (4) Memberikan KIE ASI pada bayi.
- (5) Memastikan ibu menjaga keamanan bayi dan menjaga suhu tubuh bayi.

c) Kunjungan neonatus 3 (8-28)

Asuhan kebidanan pada neonatus yang meliputi :

- (1) Memeriksa tanda-tanda vital.
- (2) Perawatan tali pusat.
- (3) Melakukan pemeriksaan tanda bahaya.
- (4) Memberikan KIE ASI pada bayi.
- (5) Memastikan ibu menjaga keamanan bayi dan menjaga suhu tubuh bayi.

(6) Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG.

(7) Melakukan pijat bayi.

c. Tahap penyelesaian

Rencana tahap penyelesaian berisikan tentang penyusunan laporan hasil penarikan kesimpulan, dan merekomendasikan saran, sampai ujian hasil LTA.

### G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mangkuji, dkk (2013) pendokumentasian kebidanan dilakukan dengan dokumentasi SOAP yaitu :

a) S (Subjektif)

Pendokumentasian hasil pengumpulan data dari klien melalui anamnesis. Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien bisa dilihat dari ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya.

b) O (Objektif)

Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium dan informasi dari keluarga atau orang lain.

c) A (*Assessment*)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif, diagnosis masalah utama dan masalah potensial serta diagnosis antisipasi tindakan segera.

d) P (*Planning*)

Pendokumentasian dari tindakan dan evaluasi meliputi, asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostic/laboratorium, konseling dan tindak lanjut (*follow up*).