

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis atau desain Laporan Tugas Akhir yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang berusaha menggambarkan fenomena yang terjadi secara realistis, aktual dan nyata pada saat ini (Rukajat, 2018). Studi kasus (*Case Study*) adalah eksplorasi mendalam dari sistem terkait pengumpulan data yang luas dimana peneliti menyelidiki secara mendalam dengan menggunakan beberapa metode pengumpulan data seperti wawancara, observasi lapangan dan dokumentasi (Fitrah, 2017). Pada penelitian ini penulis melakukan studi kasus pada Ny. W berdasarkan asuhan kebidanan komprehensif yang meliputi asuhan terhadap ibu hamil trimester II dengan usia kehamilan 24 minggu, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan bereksinambungan memiliki 4 komponen asuhan yang meliputi asuhan pada kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi baru lahir. Adapun definisi dari komponen-komponen diatas antara lain:

1. Asuhan Kehamilan

Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan usia minimal 24 minggu

2. Asuhan Persalinan

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

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan yang diberikan sejak kelahiran bayi sampai dengan KN₃ yaitu hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir.

4. Asuhan Nifas

Asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu nifas yang dimulai dari berakhirnya observasi kala IV sampai dengan kunjungan masa nifas ke tiga (KF₃) yaitu 29-42 hari setelah persalinan.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

Tempat studi kasus dilaksanakan di Puskesmas Jetis I Bantul Yogyakarta pada bulan Desember sampai dengan Mei 2019.

D. Objek LTA

Objek yang digunakan sebagai studi kasus laporan tugas akhir asuhan kebidanan berkesinambungan ini adalah Ny. W umur 38 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 24 minggu di Puskesmas Jetis 1 Bantul Yogyakarta.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu, buku catatan, ballpoint, format pengkajian ANC, kartu ibu, format pengkajian nifas, format pengkajian BBL, kuisisioner dan Alat bantu pengambilan keputusan/ ABPK menggunakan alat kontrasepsi.
- b. Alat yang digunakan untuk melakukan pemeriksaan fisik dan observasi meliputi, tensi meter, timbangan berat badan, pengukur tinggi badan, jam tangan, stetoskop, thermometer, doppler/linec, metline, pita ukur LiLA, partus set, handscoon steril, partograf dll.
- c. Alat yang digunakan dalam studi dokumentasi dan studi pustaka adalah rekam medis pasien, buku KIA. Studi pustaka menggunakan referensi buku 10 tahun terakhir, jurnal, artikel, dan berbagai sumber lain yang dapat dipercaya seperti: data WHO dan Dinas Kesehatan

2. Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Pengumpulan data melalui teknik wawancara adalah menemukan konstruksi dari subyek penelitian tentang kejadian atau peristiwa dari individu, kelompok, organisasi dan sebagainya (Suwendra, 2018). Wawancara dilakukan terhadap ibu hamil dengan menggunakan format pengkajian ANC meliputi, identitas ibu dan suami, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan lalu, paritas, jumlah anak lahir hidup, riwayat KB, riwayat penyakit ibu dan keluarga,

bagaimana pola nutrisinya, pola istirahat, pola seksual, kebiasaan selama kehamilan, keadaan psikososial, adakah keluhan dan tanda bahaya. Kapan mulai merasa kenceng-kenceng, apakah merasakan ketuban pecah, terakhir makan dan minum, apakah merasakan keluar lendir darah. Apakah mengalami masalah pemberian ASI dan mobilisasi, apakah memiliki pantangan makanan, bagaimana pola eliminasi dan apakah mengalami tanda bahaya selama masa nifas tidak.

b. Observasi/ pengamatan

Observasi sebagai teknik pengumpulan data dalam penelitian adalah mengamati suatu kejadian atau peristiwa melalui pancaindra atau dengan memakai alat elektronik (Suwendra, 2018). Tahap observasi yang dimaksud adalah penulis melakukan pemantauan kepada ibu mulai dari kehamilan (ANC), nifas dan melakukan kunjungan nifas serta bayi baru lahir.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan pengkajian kesehatan yang bersifat objektif, melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dengan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Abrori, 2017). Pemeriksaan fisik dalam studi kasus ini dilakukan secara *head to toe*. Semua pemeriksaan fisik yang dilakukan atas izin dari klien dan keluarga yang dibuktikan dari lembar persetujuan (*informed consent*).

d. Pemeriksaan Penunjang

Merupakan pemeriksaan medis tertentu yang dilakukan karena suatu indikasi medis guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap untuk menegakkan diagnosa (Suwendra, 2018). Pemeriksaan penunjang dengan USG dan laboratorium oleh petugas Puskesmas meliputi protein urine, HbsAg, GDS, VDRL dan Hepatitis B.

e. Studi Dokumentasi

Merupakan informasi yang bersumber catatan penting baik dari lembaga atau organisasi maupun perorangan yang bersifat resmi atau tidak resmi seperti laporan, catatan rekam medik, dokumen pribadi, dll (Anggito, 2018). Dalam studi kasus ini penulis mengambil dokumentasi dari catatan rekam medis pasien, buku KIA yang dimiliki ibu, dan foto kegiatan saat melakukan kunjungan rumah maupun pada saat pemeriksaan di Puskesmas.

f. Studi Pustaka

Merupakan usaha yang dilakukan peneliti untuk mendapatkan berbagai informasi, sesuai dengan topik yang sedang diteliti yaitu dengan cara menggali berbagai informasi yang bersumber dari buku-buku ilmiah, laporan penelitian, karangan-karangan ilmiah, tesis dan disertasi, peraturan-peraturan, dan sumber lainnya baik secara tertulis maupun dari media elektronik (Fitrianti, 2016). Studi kepustakaan dilakukan oleh setiap peneliti dengan tujuan utama yaitu mencari dasar pijakan atau fondasi untuk memperoleh dan membangun landasan teori, kerangka berpikir, dan menentukan dugaan sementara (Kartikaningrum, 2015). Dalam studi kasus ini penulis menggunakan referensi buku 5 tahun terakhir, jurnal, dan data Dinas Kesehatan maupun data WHO.

F. Prosedur LTA

Prosedur dalam studi kasus ini dilakukan dalam 3 tahap, yaitu:

1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan dilakukannya ujian proposal LTA. Sebelum melakukan penelitian di lapangan, penulis melakukan persiapan-persiapan sebagai berikut:

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan
- b. Menanyakan prosedur untuk izin melakukan studi pendahuluan
- c. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta

- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus di Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA)
 - e. Menyampaikan tembusan perizinan pengambilan kasus kepada Ka. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Bantul, Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul, dan Puskesmas Jetis I Bantul.
 - f. Melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Jetis I Bantul
 - g. Menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus yaitu Ny. W umur 38 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 24 minggu di Puskesmas Jetis I Bantul
 - h. Meminta persetujuan responden untuk ikut serta dalam studi kasus dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Pada tanggal 18 Desember 2018
 - i. Melakukan penyusunan proposal LTA
 - j. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA
 - k. Melakukan seminar proposal LTA
 - l. Revisi proposal LTA
2. Tahap Pelaksanaan
- Pada tahap pelaksanaan berkaitan dengan jalanya pengumpulan data sampai analisis data asuhan kebidanan. Bentuk tahap pelaksanaan yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif
- a. Memantau keadaan pasien dengan melakukan kunjungan rumah atau menghubungi via handphone (WhatsApp)
- Rencana pemantauan:
- 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP agar komunikasi lebih mudah
 - 2) Meminta ibu dan keluarga untuk menghubungi jika sewaktu-waktu ibu mengalami kontraksi
 - 3) Melakukan kontrak dengan Bidan jaga Puskemas Jetis I jika sewaktu-waktu ibu datang

- b. Melakukan pemantauan asuhan kebidanan komprehensif meliputi:
- 1) ANC dilakukan 4 kali dimulai dari trimester kedua dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
 - a) Kunjungan ANC pertama di Puskesmas Jetis I Bantul pada tanggal 27 Desember 2018 pukul 09.00 WIB, dilakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. HPHT : 11 Juli 2018, HPL : 18 April 2019, UK: 24 minggu, ibu mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun, tidak ada riwayat penyakit keluarga, kehamilan, persalinan, nifas yang lalu normal BB 2500 gram, riwayat kontrasepsi IUD selama 8 tahun dan suntik selama 1 tahun. Hasil Pemeriksaan fisik BB 56 kg, TB 147 cm, LiLA 25 cm, TD : 117/79 mmHg, Nadi 84 x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36,5°C, Leopold TFU setinggi pusat, punggung kiri, DJJ 145x/menit. Asuhan yang diberikan yaitu memberitahu ibu tentang kehamilan risiko tinggi, menganjurkan ibu untuk istirahat cukup, memperhatikan asupan nutrisi, memberikan terapi tablet Fe dan kalsium 1x1 serta menganjurkan kunjungan ulang di Puskesmas 1 bulan lagi
 - b) Kunjungan ANC kedua dilakukan di Rumah Ny W pada tanggal 16 Januari 2019 pukul 11.00 WIB. Ibu mengeluh demam sejak semalam dan belum mengonsumsi obat apapun, umur kehamilan 27⁺⁵ minggu, TD 100/70 mmHg, Nadi 84 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Nadi 86 x/menit, Suhu 37,5°C. Asuhan yang diberikan dengan memberitahu ibu tentang tanda bahaya kehamilan, menganjurkan itu untuk kompres air hangat, minum air putih minimal 3 liter/hari.
 - c) Kunjungan ANC ketiga dilakukan di Puskesmas tanggal 21 Maret 2019 pukul 09.30 WIB mengeluh susah tidur dan

gatal-gatal pada telapak kaki kiri. UK 36⁺¹ minggu. Hasil pemeriksaan BB 60 Kg, TD 127/84 mmHg, TFU 29 cm, punggung kiri, presentasi kepala, konvergen, DJJ teratur 136x/menit, gerakan janin aktif. Asuhan yang diberikan konseling ketidaknyamanan kehamilan TM 3 seperti susah tidur dan cara penanganannya, konseling tanda-tanda persalinan dan melakukan rujuk internal ke dokter umum untuk mengatasi gatal pada telapak kaki kiri.

- d) Kunjungan ANC keempat dilakukan di Rumah Ny W tanggal 27 Maret 2019, pukul 16.00 WIB mengeluh nyeri punggung bawah dan merasa cemas menghadapi persalinan UK 37⁺¹ minggu, TD 110/80 mmHg. Asuhan yang diberikan KIE ketidaknyamanan dan penanganan nyeri punggung, KIE tentang Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi serta pemberian komplementer therapy relaksasi progresif.
- 2) Pendampingan INC (*Intranatal Care*) dengan Asuhan Persalinan Normal (APN) dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP
 - a) Kala I (Pembukaan).

Persalinan tanggal 14 April 2019 di RSUD Panembahan Senopati Bantul pukul 05.10 WIB. Ibu mengatakan kenceng-kenceng sejak tanggal 13 April 2019 pukul 16.00 WIB, merasakan ketuban merembes sejak pukul 01.30 WIB, dan sudah ada pengeluaran lendir darah, gerak janin dalam 12 jam >10 kali terakhir pukul 04.30 WIB, UK 39⁺³. Hasil pemeriksaan TD 13/80 mmHg, TFU 35 cm, punggung kiri, presentasi kepala, divergen 1/5 bagian, DJJ Teratur 153x/menit, His 3 x dalam 10 menit lama 30 detik, pembukaan 3 cm, tidak ada penumbungan, presentasi belakang kepala, penurunan Hodge III. Terdapat

pembengkakan kaki, protein urin negative. Asuhan yang diberikan meliputi tehnik relaksasi, kebutuhan nutrisi, mobilisasi, dan dukungan keluarga.

b) Kala II (Pengeluaran)

Pukul 07.45 WIB ibu mengeluh kenceng semakin sering. Hasil pemeriksaan TD 130/80 mmHg, DJJ teratur 134x/menit, his 4 x 10 menit >45 detik, pembukaan 10 cm. Asuhan yang diberikan pemantauan kesejahteraan ibu dan janin, mengajarkan teknik mengejan yang benar, memfasilitasi dukungan suami dan keluarga, memantau kemajuan persalinan dan tanda gejala kala II, menerapkan asuhan kasih sayang terhadap ibu, melakukan pertolongan pengeluaran bayi dengan prinsip 60 langkah APN.

c) Kala III (Pengeluaran plasenta)

Pukul 08.05 WIB ibu mengatakan masih merasa mules. Hasil pemeriksaan tidak ada janin kedua, TFU setinggi pusat, kandung kemih kosong. Asuhan yang diberikan melakukan manajemen aktif kala III yaitu menyuntikan oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, melakukan PTT (Peregangan tali pusat terkendali) dan melakukan *massase*.

d) Kala IV (Observasi)

Pemantauan kala IV dimulai pukul 08.10 WIB ibu mengeluh merasa mules, pusing dan nyeri pada jalan lahir. Hasil pemeriksaan TD 120/80 mmHg TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi baik, kandung, kemih kosong, laserasi perineum derajat I. Asuhan yang diberikan penjahitan laserasi, pemantauan selama 2 jam postpartum.

3) BBL 3 kali kunjungan sampai KN₃ dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP

a) Kunjungan Neonatus 1 (KN-1) dilakukan 8 jam setelah lahir pada tanggal 14 April 2019 di RSUD Panembahan

Senopati Bantul. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, bayi menyusu kuat sudah BAB dan BAK. Hasil pemeriksaan BB 3000 gram, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, respirasi 46x/menit, hasil pemeriksaan fisik normal. Asuhan yang akan diberikan meliputi, memberikan KIE menjaga kehangatan bayi, mengajarkan teknik menyusui yang benar, mengajarkan cara pencegahan infeksi dengan menganjurkan cuci tangan sebelum kontak fisik dengan bayi, dan mengajarkan cara merawat tali pusat.

- b) Kunjungan Neonatus (KN-2) dilakukan hari ke-5 setelah lahir pada tanggal 19 April 2019 di PMB A. Darwati. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan BB 3100 gram, S $36,8^{\circ}\text{C}$, bayi tampak kuning pada mata dan wajah. Asuhan yang akan diberikan meliputi anjuran untuk menyusui sering, anjuran untuk menjemur bayi pada pagi hari pukul 07.00-09.00 selama 10-15 menit, memberitahu tanda bahaya pada bayi, dan anjuran untuk menjaga kebersihan bayi.
 - c) Kunjungan Neonatus (KN-3) dilakukan pada hari ke-28 setelah lahir pada tanggal 12 Mei 2019 di rumah pasien. Ibu mengeluh bayi rewel di malam hari. Hasil pemeriksaan suhu $36,6^{\circ}\text{C}$ BB 3900 gram, PB 52 cm. Asuhan yang akan diberikan yaitu, memberikan KIE tentang ASI eksklusif, dan memberikan komplementer pijat bayi.
- 4) PNC (*Postnatal Care*) 3 kali kunjungan sampai KF₃ dan mendokumentasikan dalam bentuk SOAP
- a) Kunjungan Nifas (KF-1) dilakukan 8 jam pasca persalinan, pada tanggal 14 April 2019 pukul 16.00 WIB di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Ibu mengatakan masih merasa lemas. Hasil pemeriksaan TD 110/70 mmHg, suhu 36°C , nadi 82x/ menit, respirasi 20x/ menit. TFU 2 jari

dibawah pusat, kontraksi baik, luka jahitan basah, pengeluaran darah berwarna merah segar (*lochea rubra*), bau khas, jumlah 1 pembalut. Asuhan yang akan diberikan, yaitu memberitahu untuk mencegah perdarahan dengan melakukan massase fundus uteri, anjuran mobilisasi dini secara bertahap, anjuran untuk mempererat hubungan ibu dan bayi, anjuran untuk menjaga kehangatan bayi.

- b) Kunjungan Nifas (KF-2) dilakukan hari ke-5 pasca persalinan pada tanggal 19 April 2019 pukul 10.00 WIB di PMB A. Darwati Bantul. Ibu mengeluh putting lecet dan terasa perih pada jahitan. Hasil pemeriksaan TD 140/90 mmHg, Suhu 36,6⁰C, tampak lecet pada putting susu kiri TFU 3 jari diatas symphysis, kontraksi baik, pengeluaran lochea warna merah kecoklatan (*sanguinolenta*), bau khas lochea, jumlah ½ pembalut, tidak ada tanda REEDA, pembengkakan pada ekstremitas bawah. Asuhan yang diberikan yaitu, pemeriksaan protein urine hasil negative, KIE tanda bahaya nifas, KIE nutrisi masa nifas, KIE kebersihan masa nifas, terapy komplementer daun sirih dan pijat oksitosin
- c) Kunjungan Nifas (KF-3) dilakukan hari ke-29 paca persalinan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan selama masa nifas. Hasil pemeriksaan TD 110/80 mmHg, Suhu 36,8⁰C, payudara normal, TFU tidak teraba, pengeluaran cairan putih kekuningan (*lochea alba*), jahitan kering dan sudah menyatu. Asuhan yang diberikan yaitu, KIE macam-macam alat kontrasepsi dan membantu pemilihan metode kontasepsi sesuai kebutuhan ibu.

3. Tahap Penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu melakukan penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Wahyuni (2018) Pendokumentasian atau pelaporan asuhan kebidanan dapat dilakukan dengan metode SOAP (*Subjective Objective Assesment Planning*), yaitu:

1. S (Data Subjektif)

Data subjektif diperoleh dari sudut pandang klien, ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhan atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis (Wahyuni, 2018). Data Subjektif berisi tentang hasil anamnesa atau tanya jawab terhadap klien (Handayani, 2017).

2. O (Data Objektif)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi terhadap klien, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain. Data objektif memberikan bukti gejala klinis dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis klien

3. A (Assessment)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien untuk mengambil tindakan yang tepat.

4. P (Penatalaksanaan)

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Handayani, 2017).