

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Lokasi dan Waktu Pelaksanaan

Lokasi : Lokasi Pemberian Asuhan Pada Ny.R bertempat
di PMB Hj. Nurhayati,S.ST

Waktu pemberian : Dilakukan

B. Subjek Laporan Kasus

Subjek dalam kasus ini adalah seorang ibu dengan nyeri persalinan kala I fase aktif di PMB Hj. Nurhayati,S.ST.

C. Instrumen Kumpulan Data

Instrumen yang digunakan adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data saat melakukan studi kasus. Alat penggunaan data yang meliputi :

1. Format pendokumentasian asuhan kebidanan yang digunakan dalam pengkajian data.
2. Buku KIA (kesehatan ibu dan anak) sebagai sumber dokumentasi dalam pengumpulan data untuk penelitian serta sebagai dokumen hasil asuhan untuk ibu bersalin.
3. Partograf adalah alat pemantauan persalinan normal dan juga sebagai pengambilan keputusan klinis, karena dengan adanya partograf persalinan yang tidak normal akan dapat di evaluasi.
4. Lembar observasi pengukuran nyeri persalinan menggunakan skala Wong and Baker.

D. Teknik/cara pengumpulan data

Dalam penyusunan kasus ini penulis menggunakan jenis data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data primer di peroleh dari hasil wawancara, observasi langsung dan pemeriksaan fisik terhadap Ny.R sesuai dengan 7 langkah Varney.

- a. Langkah I (pertama): Pengumpulan Data Dasar Pada langkah pertama

ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau catatan laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

b. Langkah II (kedua): Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasar interpretasi yang benar atas data-data yang dikumpulkan. Data dasar yang mudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan, karna beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

c. Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang mudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan bersiap siap bila diagnosa masalah potensial ini benarbenar terjadi.

d. Langkah IV (keempat) :

Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus.

e. Langkah V (kelima)

Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-

langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

f. Langkah VI (keenam) :

Melaksanakan Perencanaan Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lain.

g. Langkah VII (ketujuh) :

Evaluasi Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam melakukannya.

2. Data Sekunder

Sumber data sekunder diperoleh dari rekam medic pasien yang ditulis oleh tenaga kesehatan berupa pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan serta hasil pemeriksaan laboratorium yang berhubungan dengan pasien.

a. Studi Dokumentasi Studi dokumentasi ini dilakukan dalam pemenuhan langkah varney. Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien serta beberapa angka kejadian kasus komplikasi persalinan di peroleh dari buku KIA ibu dan catatan kesehatan di PMB.

b. Studi Kepustakaan Pada studi kasus ini menggunakan studi kepustakaan dari 2012-2021.

E. Bahan dan Alat

Alat dan bahan yang dibutuhkan, yaitu:

Air Hangat dengan suhu 40 derajat celcius.

1. Handuk/kain/waslap/buli-buli panas.
2. Basahi handuk/kain/waslap/buli-buli panas dengan air hangat.
 - Peras kain agar tidak terlalu basah.
 - Letakkan kain pada daerah yang akan dikompres.
 - Lakukan kembali ketika kain sudah kering atau suhu kain mulai dingin.
 - Kompres selama 20 menit.

F. Jadwal Kegiatan

Tabel Jadwal kegiatan

No	Hari dan Tanggal	Perencanaan
1	Senin, 22 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan informed consent untuk menjadi pasien laporan tugas akhir b. Memastikan ibu mengerti dengan penjelasan mengenai pasien laporan tugas akhir c. Melakukan pendekatan dengan pasien dan membina hubungan baik dengan pasien d. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital e. Melakukan pemeriksaan pembukaan f. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan g. Apabila ibu sudah memasuki fase aktif kala I dan ibu sudah tidak kuat untuk melakukan mobilisasi, anjurkan istirahat di tempat tidur h. Pada waktu timbulnya kontraksi, kaji respon fisiologi dan psikologis ibu, lalu tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan skala nyeri i. Pada waktu timbul kontraksi berikutnya, berikan kompres hangat j. Sesudah dilakukan perlakuan, kaji respon fisiologis dan psikologis ibu dan tanyakan kualitas nyeri yang dirasakan berdasarkan skala nyeri