

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Asuhan Komprehensif

Jenis study kasus ini adalah asuhan kebidanan yang meliputi asuhan terhadap kehamilan fisiologis ibu pada trimester III dengan usia kehamilan minimal 35 minggu di ikuti dari masa kehamilan, bersalin, nifas, dan asuhan pada bayi baru lahir. Penelitian bersifat deskriptif yang mempelajari fenomena tentang respon keberadaan manusia yang bertujuan untuk menjelaskan pengalaman seseorang dalam kehidupan termasuk didalamnya adalah interaksi sosial yang dilakukannya (Hidayat, 2008).

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan ini memiliki 4 komponen asuhan yaitu asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Adapun definisi dari masing-masing asuhan tersebut antara lain:

1. Asuhan kehamilan: Asuhan kebidanan pada ibu hamil mulai usia kehamilan 35 minggu 5 hari
2. Asuhan persalinan: Asuhan persalinan dari kala I sampai kala IV observasi
3. Asuhan nifas: Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai berakhirnya observasi kala IV sampai kunjungan nifas KF3.
4. Asuhan bayi baru lahir: Memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahiran sampai KN3.

C. Tempat dan Waktu

Tempat studi kasus dilakukan di PMB Umu Hanie Kasongan Kasihan Bantul dan di rumah pasien di Menayu Kulon RT 07 Kasihan Bantul di mulai pada bulan Januari sampai bulan Juli 2018.

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Penulis menggunakan objek Ny. M umur 32 tahun G2P1A0AH1 umur kehamilan 35 minggu 5 hari dengan kehamilan normal di PMB Ummu Hani Kasongan Kasihan Bantul dalam penulisan studi kasus Asuhan Kebidanan Komprehensif.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data
 - a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik menggunakan tensimeter, stetoskop, lineac, dopler, timbangan berat badan, termometer, jam.
 - b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu format, asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi.
 - c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi yaitu catatan medik atau status pasien, buku KIA.

2. Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Menurut Esterberg dalam Sugiyono (2013), wawancara adalah merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam

suatu topik tertentu. Dalam kasus ini penulis melakukan tanya jawab seperti menanyai identitas, keluhan, riwayat kehamilan yang lalu, kehamilan sekarang, riwayat persalinan yang lalu, menggunakan kontrasepsi, kesehatan sekarang, riwayat kesehatan keluarga.

b. Observasi

Menurut Sugiyono (2013), bahwa observasi merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua di antara yang terpenting adalah proses – proses pengamatan dan ingatan. Dalam kasus ini penulis melakukan observasi dari pemeriksaan fisik apakah terdapat kelaianan atau tidak, dan melihat wajah pasien apakah terlihat seperti kesakitan.

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan *vital sign* dan pemeriksaan *head to toe* yang berpedoman pada pola asuhan kebidanan menurut *varney* dan didapatkan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan atas izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dari lembar *informed consent*.

1) Pemeriksaan penunjang

Menurut Saiffudin (2009), pemeriksaan penunjang meliputi laboratorium, USG. USG pada hari senin 18 maret 2018 di PMB Erni Kumala Dewi Amd. Keb JL Minggiran No 6 Yogyakarta didapatkan hasil bahwa presentasi terbawah janin

adalah kepala, air ketuban cukup, plasenta berada diatas, dan TBJ 2800 gram.

2) Studi dokumentasi

Menurut Sugiyono (2013), dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya – karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah, cerita biografi, dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto. Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien seperti buku KIA dan buku catatan medis, partograf, hasil laboratorium, DJJ dan USG. Di PMB Erni Kumala Dewi.

3) Studi Pustaka

Studi pustaka yaitu dengan mengambil dari buku *literature* guna memperkaya khasanah ilmiah mendukung pelaksanaan studi kasus.

F. Prosedur LTA

1. Studi kasus ini dilaksanakan dalam tiga tahap. Antara lain sebagai berikut:

Bagaian ini berisikan hal yang dilakukan dari penyusunan proposal sampai dilakukanya ujian pra LTA. Sebelum melaksanakan penelitian di lapangan, peneliti melakukan persiapan-persiapan di antaranya sebagai berikut:

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Fakultas Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta dengan nomer surat : B/445/PPPM/VII/2018
- c. Mengajukan studi pendahuluan dilapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam stusi kasus. Ny. M umur 32 tahun G2PIA0AhI usia kehamilan 35 minggu 5 hari di PMB Umu Hanie Kasongan Bantul.
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke PMB Umu Hanie Kasongan Bantul
- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 4 Maret 2018.
- f. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan ibu 35 minggu 5 hari dengan hasil sebagai berikut:
 - 1) Kunjungan ke 1 dilakukan di rumah Ny. M yang beralamat di Menayukulon Rt 07 Kasihan Bantul pada hari minggu 4 Maret 2018 pada pukul 16.00 WIB. Data yang diperoleh yaitu
 - a) Subjektif
Ny. M 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 35 minggu 5 hari, teraba puki, preskep, kepala sudah masuk PAP, janin tunggal, hidup

Ibu mengatakan tidak ada keluhan untuk saat ini. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit baik menular maupun menah, ibu mengatakan gerakan janin aktif.

HPHT 14 06 2017 HPL 21 03 2018

b) Objektif

Keadaan umum baik, TD: 90/80 mmHg, N: 78x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5°C, BB: 52 kg, Lila : 24 cm, UK: 35 minggu 5 hari, pemeriksaan fisik didapatkan hasil normal dan tidak ada kelainan, hasil pemeriksaan Leopold, didapatkan hasil Leopold 1: TFU 29 cm, bagian fundus teraba lembek lembek tidak melenting (bokong), Leopold 2: di sebelah kanan dinding perut ibu teraba keras seperti papan (punggung), di perut bagian kiri teraba bagian kecil-kecil janin dan teraba bagian kosong (tangan dan kaki).

Leopold 3: bagian terendah janin teraba keras, dan melenting (kepala), belum masuk PAP. Leopold 4: konvergen (bertemu). Punktum maksimum kiri bawah pusat, DJJ 145x/menit, (TBJ 29-11)x 155 = 2,790 gram

c) Assesment

Ny. M umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 35 minggu 5 hari dengan keadaan normal

d) Planning

- (1) Memberikan asuhan KIE tanda-tanda persalinan,
- (2) Memberikan KIE P4K
- (3) Memberikan KIE tanda bahaya TM III
- (4) Memberikan KIE cara minum tablet FE
- (5) Memberikan KIE agar selalu menjaga kesehatan dengan konsumsi makan-makan yang bergizi
- (6) Memberikan KIE tanda-tanda persalinan

2) Kunjungan ke 2 pada tanggal 8 Maret 2018 pukul 16:30 WIB di rumah Ny. M yang beralamat di Menayukulon Kasihan Bantul, data yang di dapatkan yaitu

a) Subjektif

Ny. M 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 37 minggu 6 hari, teraba puki, preskep, kepala sudah masuk PAP, janin tunggal, hidup

Ibu mengatakan gusinya berdarah sejak 2 hari yang lalu.

Ibu mengatakan belum memeriksakan ke fasilitas kesehatan.

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular maupun menahun. Ibu mengatakan gerakan janin aktif

b) Objektif

Keadaan umum baik, TD: 120/80 mmHg, N: 78 x/menit, S: 36,7°C, BB: 52,5 kg, Lila 24 cm, UK: 37 minggu 6 hari

pemeriksaan fisik didapatkan hasil normal, dan tidak ada keluhan, pemeriksaan Leopold didapatkan hasil

Leopold 1: TFU 31 cm, bagian fundus teraba lembek, tidak melenting (bokong).

Leopold 2: di bagian kiri perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung), bagian kanan teraba ruangan kosong, teraba bagian kecil-kecil janin (jari-jari tangan dan kaki). Leopold 3: bagian terendah janin teraba keras melenting (kepala), sudah masuk PAP. Leopold 4: divergen (sudah menyatu). DJJ: 146x/menit, (TBJ 31-11)x 155 = 3100 gram

c) Analisa

Ny.M umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 37 minggu 6 hari dengan keadaan normal

d) Planing

- (1) Memberitahukan ibu penyebab gusi berdarah muncul dengan gejala berupa gusi yang berwarna kemerahan,, membengkak, dikarenakan perubahan hormonal yang membuatnya lebih sensitif pada bakteri dan karang gigi.
- (2) Memberitahukan ibu bahwa gusi berdarah adalah ketidaknyaman pada pada ibu hamil.

- (3) Memberitahukan ibu cara mengatasi gusi berdarah dengan cara gosok gigi dengan lembut setidaknya 2 kali dalam sehari setelah makan, gunakan sikat gigi berbulu halus,
 - (4) Menganjurkan ibu untuk periksa ke tenaga kesehatan untuk di periksa lebih lanjut.
- 3) Kunjungan ke III dilakukan di PMB Erni Kumala Dewi pada tanggal 18 Maret 2018 pukul 10.00 WIB dengan hasil:
- Ny. M umur 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 38 minggu 3 hari, Puki, preskep, janin tunggal hidup, kepala sudah masuk PAP, Djj 134 x/menit.
- a) Subjektif

Ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan dan ingin melakukan pemeriksaan USG

Ibu mengatakan gerakan janin aktif
 - b) Objektif

K/U : baik, BB : 54 kg, TD : 100/80 mmHg, N: 80 x/menit, R: 24 x/menit, S: 36,5°C, DJJ: 140 x/menit

Hasil USG janin tunggal, punggung kiri, DJJ (+), plasenta corpus anterior grand III, air ketuban cukup, preskep, TBJ: 3600 gram, jenis kelamin perempuan

c) Analisa

Ny. M umur 32 tahun G2P1A0AH1 umur kehamilan 38 minggu 3 hari dengan keadaan normal

d) Planning

- (1) Memberitahukan ibu untuk selalu memantau gerakan janin
- (2) memberikan KIE tanda-tanda persalinan
- (3) memberikan terapi obat tablet Fe 1x1, kalk 1x1
- (4) memberitahukan ibu jadwal kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan

4) Kunjungan ke IV dilakukan di rumah Ny. M pada tanggal 19 Maret 2018 pukul 16.00 WIB

a) Subjektif:

NY. M 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 4 hari teraba puki, preskep, kepala sudah masuk PAP, janin tunggal hidup.

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit menular maupun menahun, ibu mengatakan gerakan janin aktif.

b) Objektif

Keadaan umum baik, TD TD: 100/80 mmHg, S :36,5°C, N:80x/menit, R: 24x/menit, pemeriksaan fisik didapatkan hasil normal, tidak ada kelainan, hasil Lepold I: TFU 32

cm, bagian fundus teraba bulat, lembek (bokong), Leopold II: bagian kiri perut ibu teraba keras, memanjang seperti papan (punggung), bagian kanan teraba bagian kecil-kecil janin (ekstremitas), Leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, keras (kepala), sudah masuk panggul, Leopold IV: 3/5 bagian, DJJ 134x/menit, TBJ $(32-11) \times 155 = 3255$ gram

c) Analisa:

Ny. M umur 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 39 minggu 4 hari dengan keadaan normal.

d) Planning:

- (1) Memberikan KIE nutrisi yang ibu hamil,
- (2) menganjurkan ibu untuk mengatur pola makan
- (3) memberikan KIE tanda-tanda persalinan.

g. Melakukan penyusunan LTA

h. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA

i. Melakukan seminar proposal pada tanggal 30 Juli 2018

j. Revisi proposal LTA

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan dengan kunjungan rumah atau menghubungi via Handphone (HP). Pemantauan dilakukan:

- 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomer HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bias menghubungi pasien langsung.
 - 2) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi.
 - 3) Melakukan kontrak dengan PMB Umu Hanie agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke PMB Umu Hanie.
- b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif
- 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) dilakukan dengan APN, kemudian dilakukan pendokumentasian SOAP.
Asuhan yang diberikan yaitu:
 - a) Memberikan dukungan psikologis yaitu memotivasi ibu agar tidak cemas dan khawatir dalam menghadapi persalinan
 - b) Memberitahukan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan dan minuman selama proses persalinan untuk pemenuhan nutrisi
 - 2) Asuhan PNC (*postnatal care*) dilakukan 3 kali dimulai 6 jam postpartum sampai 14 hari postpartum, dan dilakukan pendokumentasian SOAP:

- a) Pada KF1 : Menganjurkan ibu untuk mobilisasi, memberikan KIE teknik menyusui yang baik, memberikan KIE involusi uterus, memberitahukan eliminasi dan nutrisi, memberikan KIE tanda bahaya masa nifas,
 - b) Pada KF2 : Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, memberikan KIE nutrisi, memberikan asuhan komplementer pijat oksitosin, memberikan KIE ASI eksklusif, memberikan ibu KIE KB
 - c) Pada KF3 : Memberitahukan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam sekali, memberikan KIE tentang personal hygiene
- 3) Asuhan BBL dilakukan 3 kali dimulai dari 1 jam setelah lahir sampai 6 hari setelah bayi lahir, dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Rencana asuhan pada BBL yaitu:

- (a) Pada KN1 : Memberikan KIE tentang perawatan tali pusat, memberikan KIE tanda bahaya bayi, memberikan KIE tentang menjaga kehangatan bayi
- (b) Pada KN2 : Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dari jam 7 pagi sampai jam 9 pagi,

memberitahukan ibu untuk tetap menjaga kebersihan tali pusat, memberitahukan ibu untuk pemberian ASI eksklusif

- (c) KN3 : Menganjurkan ibu untuk memantau berat badan bayinya setiap bulan, memberitahukan ibu untuk melakukan imunisasi BCG, memberikan asuhan komplementer pijat bayi.

3. Tahap Penyelesaian

Berisikan tentang penyusunan laporan asuhan yang dimulai dari penulisan hasil, penyusunan pembahasan, penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian hasil LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan (lampiran)

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP yaitu :

1. S (Data Subyektif)

Data subyektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian Data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhanya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun (Nur Muslihatu Wafi, 2009).

2. O (Data Objektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney pertama (pengkajian Data), terutama data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan lainnya. Catatan medis atau informasi atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini. Data ini memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa (Nur Muslihatu Wafi,2009).

3. A (Assessment)

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif dalam pendokumentasian manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa

Mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif dan data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi dinamis. Dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan cepat diketahui perubahan pada p[asien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan tindakan yang tepat (Nur Muslihatu Wafi,2009)

4. P (Penatalaksanaan)

Merupakan asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien. Rencana asuhan ini harus mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai

dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain (Nur Muslihatun Wafi, 2009).

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PEPUSTAKAAN
YOGYAKARTA