

### **BAB III**

#### **METODE LAPORAN TUGAS AKHIR**

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

Jenis laporan ini adalah studi kasus yang berjudul asuhan kebidanan yang meliputi asuhan kehamilan fisiologis ibu pada trimester III dengan usia kehamilan minimal 36 minggu diikuti 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 dilakukanya (Hidayat, 2009).

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

Asuhan kebidanan ini memiliki 4 komponen asuhan yaitu asuhan kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, dan nifas. Definisi oprasional pada Laporan Tugas Akhir ini adalah :

1. Asuhan kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil mulai usia kehamilan 32 minggu 6 hari
2. Asuhan persalinan : asuhan persalinan dari kala I sampai kal IV observasi
3. Asuhan nifas : asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai dari KF II sampai KF IV
4. Asuhan bayi baru lahir : memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kunjungan KN2 sampai KN3.

### C. Tempat dan Waktu

#### 1) Tempat studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Klinik Widuri Jl. Medari – Cemoro, Triharjo, Kec. Sleman, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta pada hari Kamis 18 Februari 2018 jam 16.00.WIB.

#### 2) Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Maret sampai April 2018.

### D. Objek Laporan Tugas Akhir

Subjek dalam penelitian ini asuhan kebidanan komprehensif ini adalah Ny. L umur 39 tahun multipara usia kehamilan 35 minggu 4 hari dengan kehamilan normal di Klinik Widuri.

### 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 dan *handscoon*.
- 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, dan 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 kepada bidan, Ny. L dan keluarga terstruktur menggunakan format (anamnesa) seperti menanyakan 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

Menurut Rahayu Puji (2016), Pemeriksaan fisik dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), pemeriksaan raba (palpasi), periksa ketuk (perkusi), pemeriksaan dilakukan dari ujung rambut

sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan. Dalam kasus ini penulis telah melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki, pemeriksaan dilakukan pada bagian tubuh luar, pengumpulan data yang dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi.

d) Pemeriksaan penunjang

Menurut Saiffudin (2009), pemeriksaan penunjang meliputi laboratorium, pemeriksaan rontgen dan USG. Pemeriksaan ini dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah atau urin untuk menegakkan diagnosa. Dalam kasus ini penulis mengobservasi hasil pemeriksaan laboratorium, USG, darah dan urin.

e) 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 Klinik Widuri Jl. Medari – Cemoro, Triharjo, Kec. Sleman, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta.

f) Studi Pustaka

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

F. Prosedur LTA

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

1. Tahap Persiapan

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 Stikes A. Yani Yogyakarta.
- c. Mengajukan studi pendahuluan melakukan tanya jawab dilapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus. Ny. L umur 39 tahun G2PIA0AhI usia kehamilan 35 minggu 4 hari di Klinik Widuri Sleman Yogyakarta.
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Klinik Widuri Sleman
- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 18 Januari 2018.
- f. Melakukan penyusunan LTA
- g. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA

h. Melakukan seminar proposal

i. Revisi hasil LTA

2. Tahap Pelaksanaan

Bagaian ini berisikan hal yang berkaitan dengan jalanya pengumpulan data sampai analisis data asuhan kebidanan. Bentuk tahap ini yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif meliputi :

a. Bagian ini berisikan hal yang berkaitan jalannya pengumpulan data Sampai analisis data asuhan kebidanan. Bentuk tahap ini yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif meliputi :

1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP

Pasien dengan keluarga pasien agar sewaktu – waktu bisa menghubungi pasien langsung.

2) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi.

3) Melakukan kontak dengan Klinik Widuri agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil datang ke Klinik Widuri.

b. Melakukan asuhan kebidanan komprehensif

1) ANC dilakukan mulai dari usia kehamilan 32 minggu 6 hari sampai usia kehamilan 38 minggu

2) Asuhan INC (*Intranatal Care*) dilakukan dengan APN, kemudian dilakukan pendokumentasian SOAP.

- 3) Asuhan PNC (*Postnatal Care*) dilakukan dari selesai pemantauan kala IV sampai 42 hari post partum dan melakukan KF3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.
- 4) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai KN3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

### 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 Subjektif)

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 subyektif 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 pasien, 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