

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis studi kasus ini adalah Asuhan Kebidanan berkelanjutan yang meliputi asuhan terhadap ibu hamil fisiologis pada trimester III, yang diikuti mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas, dan asuhan bayi baru lahir.

Desain Laporan Tugas Akhir ini menggunakan desain penelitian eksploratif yang bertujuan untuk menyelidiki suatu masalah atau situasi untuk mendapatkan pengetahuan serta pemahaman yang baik dan mendalam tentang masalah atau situasi yang dijadikan subjek penelitian (Suharsimi, 2012).

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan berkesinambungan ini terdapat 4 jenis asuhan yaitu meliputi asuhan pada kehamilan, asuhan persalinan, asuhan pada masa nifas dan asuhan pada bayi baru lahir. Adapun pengertian pelaksanaan masing-masing asuhan yaitu:

1. Asuhan Kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil trimester III dimulai dari tanggal 11 Januari 2018 sampai 24 Februari 2018
2. Asuhan Persalinan : asuhan kebidanan dilakukan pada tanggal 18 Maret 2018 dengan pengambilan data di PMB Iin Purwaningsih
3. Asuhan Nifas : asuhan kebidanan masa nifas yang diberikan kepada ibu dimulai dari berakhirnya kala IV sampai hari ke-42 postpartum.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir : asuhan bayi baru lahir diberikan dari awal bayi lahir sampai KN₃.

C. Waktu dan Tempat

Tempat studi kasus dilaksanakan di Puskesmas Sleman kabupaten Sleman pada tanggal 11 Januari-31Maret 2018

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek dalam Laporan Tugas Akhir Asuhan Kebidanan Berkesinambungan ini adalah Ny.W umur 30 tahun multipara di Puskesmas Sleman Kabupaten Sleman.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat dan bahan yang digunakan dalam Laporan Tugas Akhir antara lain :

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetoskop, dopler, timbangan berat badan, termometer, jam, *handscoon*.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara : Format Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, dan KB.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi kasus dokumentasi : Catatan medik, dan buku KIA

2. Metode Pengumpulan Data

a. Teknik Wawancara

Teknik wawancara adalah suatu teknik pengumpulan data yang akurat dengan melakukan komunikasi antara peneliti dengan klien (narasumber) atau keluarga untuk mengetahui permasalahan atau kondisi klien saat ini dan sebelumnya. (Sugiyono, 2010). Sedangkan menurut Sulistyaningsih (2011) yaitu suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dengan seseorang sasaran peneliti (responden) atau bercakap-cakap bertatap muka dengan orang tersebut atau narasumber.

Teknik wawancara digunakan oleh penulis untuk mewawancarai klien dan keluarga untuk mendapatkan data secara lisan untuk mengumpulkan data subyektif.

b. Teknik Observasi

Teknik observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara peneliti melakukan pengamatan secara langsung pada klien (perilaku klien, kondisi lingkungan klien, peran serta keluarga, dll) (Sugiyono, 2010).

Teknik observasi dilakukan oleh penulis saat melakukan kunjungan kerumah klien ataupun ke Puskesmas sebagai pelengkap data objektif dengan melakukan pengamatan seperti melihat perilaku klien, buku KIA, maupun rekam medis klien

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari klien dengan menggunakan alat pemeriksaan tertentu. Pemeriksaan fisik pada kasus ini yaitu melakukan pemeriksaan *vital sign* dan pemeriksaan *head to toe* yang berpedoman pada asuhan kebidanan (Varney, 2012).

Penulis melakukan pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan *vital sign* dan pemeriksaan *head to toe* yang dilakukan di rumah klien dan Puskesmas Sleman.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yaitu suatu pemeriksaan medis meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontgen dan USG yang dilakukan atas indikasi tertentu guna memperoleh keterangan yang lebih lengkap dan untuk membantu menegakkan diagnosis (Handayani, 2012). Dalam kasus ini, peneliti mengobservasi hasil pemeriksaan USG dan pemeriksaan laboratorium.

e. Studi Dokumentasi

Segala bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak resmi seperti laporan, catatan rekam medik, dll (Notoatmodjo, 2012). Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien.

f. Studi pustaka

Studi pustaka yaitu dengan mengutip dari buku *literature*, buku referensi dan *e-journal* yang berguna untuk mendukung keabsahan pelaksanaan studi kasus ini dari segi ilmiah atau teoritis (Sugiyono, 2012).

F. Prosedur Penelitian

Studi kasus ini dilaksanakan dalam tiga tahap, yaitu:

1. Tahap Persiapan

Sebelum melaksanakan penelitian di lapangan, peneliti melakukan persiapan-persiapan diantaranya sebagai berikut:

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan, yaitu di Puskesmas Sleman
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- c. Melakukan studi pendahuluan dilapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus.

Ny. W, 30 tahun G3P2A0Ah2 UK 29 minggu 6 hari di wilayah Puskesmas Sleman.

- d. Meminta kesedian responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*Informed Consent*) pada tanggal 11 Januari 2018

e. Pengkajian dilakukan 7kali yang dimulai dari tanggal 11 Januari 2018 dengan hasil sebagai berikut:

1) Kunjungan ke-1

Tanggal 11 Januari melakukan *Informed Content* dan pengkajian, didapatkan hasil yang normal dan tidak ditemukan resiko penyulit pada kehamilannya.

2) Kunjungan ke-2

Kunjungan 2 di rumah Ny W dilakukan pada tanggal 18 Januari 2018 pukul 13.00 WIB dengan hasil:

S	Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, kemarin tanggal 17 Januari 2018 habis perik karena persengat listrik mesin cuci dengan hasil BB: 56 kg, TFU: 25 cm TBJ 2.015 gram, I punggung kanan. Presentasi kepala, DJJ: 148 x/menit. Ibu mengatakan hanya ingin pemeriksaan umum
O	Pemeriksaan fisik Keadaan umum: baik, kesadaran : composmetis Tanda-tanda Vital : TD : 110/70mmg R : 21 x/menit N : 78 x/menit S : 36,2 ^o C Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda Mulut : bibir lembab, tidak ada sariwan, tidak ada cariess gigi Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limf bendungan vena jugularis Ekstremitas : tidak ada edema, tidak varises, reflek pattela positif
A	Ny W Umur 30 tahun Usia Kehamilan 30 minggu 6 hari dengan keadaan Normal
P	1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu baik, TD : 110.70mmHg, R : 21x/menit, S: 36 ^o C, N: 78x/menit Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan

-
2. Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan TM III yaitu seperti perdarahan pervaginam, pusing yang tidak kunjung sembuh saat beristirahat, jantung yang berdebar-debar
Evaluasi : Ibu mengerti tentang tanda bahaya pada kehamilan TM III
 3. Mengajarkan ibu untuk istirahat yang cukup, dan makan yang teratur
Evaluasi : Ibu bersedia istirahat yang cukup dan makan yang teratur
 4. Mengajarkan kepada ibu untuk datang ke perugas kesehatan dan menghubungi saya jika ada keluhan apapun
Evaluasi : Ibu bersedia datang ke petugas Kesehatan dan Menghubungi saya
-

3) Kunjungan ke-3

Kunjungan ke-3 dilakukan di Puskesmas Sleman pada tanggal 27 Januari 2018 jam 10.00

WIB dengan hasil :

S	Ibu mengatakan ini merupakan jadwal kunjungannya ke Puskesmas, tidak ada keluhan, sudah habis.
O	<p>Pemeriksaan Fisik:</p> <p>Keadaan umum : baik, kesadaran : composmetis</p> <p>Tanda-tanda Vital : TD : 110/80mmg R : 20 x/menit N : 80x/menit S : 37°C</p> <p>BB Sekarang :58Kg</p> <p>Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda</p> <p>Mulut : bibir lembab, tidak ada sariwan, tidak ada cariess gigi</p> <p>Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limf bendungan vena jugularis</p> <p>Abdomen : perut membesar sesuai usia kehamilan,tidak ada bekas operasi,tidak ad tidak ada linea nigra</p> <p>Palpasi Leopold</p> <p>Leopold I : fundus teraba bulat lunak (bokong) TFU 28 cm TBJ 2.480gram</p> <p>Leopold II : Pada perut bagian kiri teraba kecil-kecil (ekstremitas)</p>

Pada perut sebelah kanan teraba panjang keras (Punggung)

DJJ 143x/menit

Leopold III : Bagian terbawah janin kepala

Leopold IV : Kepala belum masuk panggunl (konvergen)

Ekstremitas : tidak ada edema, tidak varises, reflek pattela positif

A Ny. W umur 30 tahun G3P2A0Ah2 usia kehamilan 32 minggu 1 hari dengan keadaan norma

- P
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam kondisi baik
Evaluasi : Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaanya
 2. Menganjurkan kepada ibu untuk melanjutkan vitamin yang sudah diberikan.
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melanjutkan vitaminnya
 3. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 2 minggu lagi atau kapan saja jika ada keluhan.
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia melakukan kunjungan ulang
-

4) Kunjungan ke-4

Kunjungan ke-4 dilakukan di rumah Ny W pada tanggal 24 Februari 2018 jam 10.30 WIB

dengan hasil:

S Ibu mengatakan tidak ada keluhan apapun, kemarin tanggal 17 Februari 2018 habis Puskesmas dengan hasil BB: 59 kg, TFU: 27 cm TBJ 2.325 gram, Letak Janin: pungg Presentasi kepala, DJJ : 143 x/menit. Ibu mengatakan hanya ingin dilakukan pemeriksaan un

O Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: baik, kesadaran : composmetis

Tanda-tanda Vital : TD : 110/70mmg

R : 21 x/menit

N : 78 x/menit

S : 37,2⁰C

Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum

Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda

Mulut : bibir lembab, tidak ada sariwan, tidak ada cariess gigi

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limf bendungan vena jugularis

Ekstremitas : tidak ada edema, tidak varises.

A Ny W Umur 30 tahun Usia Kehamilan 36 minggu 1 hari dengan keadaan Normal

-
- P
1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu baik, TD: 110.70mmHg, R : 21x/menit, S: 37,2°C, N: 78x/menit
Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan
 2. Memberitahu ibu tanda-tanda persalinan seperti :kenceng-kenceng teratur, keluar bercak darah, pecahnya air ketuban.
Evaluasi : Ibu mengerti tentang tanda-tanda persalinan
 3. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, dan makan yang teratur
Evaluasi : Ibu bersedia istirahat yang cukup dan makan yang teratur
 4. Menganjurkan kepada ibu untuk datang ke petugas kesehatan dan menghubungi saya jika ada keluhan apapun
Evaluasi : Ibu bersedia datang ke petugas Kesehatan dan Menghubungi saya
-

5) Kunjungan ke-5

Kunjungan ke-5 dilakukan di BPM Iin Purwaningsih pada tanggal 18 Maret 2018 jam 13.30 WIB dengan hasil:

-
- S Ibu mengatakan sudah melahirkan pada pukul 8.00 WIB, jenis kelamin laki-laki, berat bad pb 48 cm
- O Pemeriksaan fisik
Keadaan umum: baik, kesadaran : composmetis
Tanda-tanda Vital : TD : 110/70mmg
R : 21 x/menit
N : 78 x/menit
S : 37,2°C
- Wajah : tidak pucat, tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum
Mata : simetris, tidak ada secret, sklera putih, konjungtiva merah muda
Mulut : bibir lembab, tidak ada sariwan, tidak ada cariess gigi
Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar linf bendungan vena jugularis
Ekstremitas : tidak ada edema, tidak varises.
- A Ny W Umur 30 tahun P3A0Ah3 Post Partum 6 jam dalam keadaan normal
- P
1. Memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum ibu baik, TD : 110.70mmHg, R : 21x/menit, S: 37,2oC, N: 78x/menit
Evaluasi: Ibu mengerti hasil pemeriksaan
 2. Menganjurkan kepada ibu untuk ambulasi atau belajar miringkanan kiri, setengah duduk dan berjalan.
-

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia untuk belajar mobilisasi

3. Menganjurkan kepada ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti sayur-sayuran hijau (bayam, brokoli, kangkung)
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi.
 4. Memberitahu ibu bahwa ibu nifas tidak ada pantangan makanan apapun.
Evaluasi: Ibu mengerti bahwa tidak ada pantangan makanan apapun.
 5. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga alat genetaliaanya dengan cara membilas dengan air bersih dan menggunakan sabun kemudian dikeringkan menggunakan handuk khusus atau tisu dari arah depan ke belakang.
Evaluasi : Ibu mengerti cara menjaga alat genetaliaanya
 6. Menganjurkan kepada ibu untuk melanjutkan obat yang sudah diberikan yaitu Amoxillin 3x500 mg 3x1 (habis), Asam mefenamat 3x500mg 3x1, Fe 1x1, Vit A 1x1
Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia melanjutkan minum obat yang sudah diberikan
 7. Memberitahu ibu untuk memanggil bidan jika ada keluhan
Evaluasi : Ibu mengerti dan bersedia
-

6) Kunjungan ke-6

Kunjungan ke-6 dilakukan di BPM Iin Purwaningsih pada tanggal 18 Maret 2018 jam 13.30 WIB dengan hasil:

-
- S Bayi lahir spontan tanggal 18 Maret 2018 pukul 08.00 WIB, jenis kelamin keadaannya bayi dan ibu sehat
- a. Riwayat persalinan
Tempat persalinan : BPM Iin Purwaningsih
Jenis persalinan : Spontan
Penyulit persalinan : Tidak ada
Penolong : Bidan
 - b. Bayi
Lahir tanggal : 18 Maret 2018
Jam lahir : 08.00 WIB
PB : 48 cm
BB : 3200gram
Jenis Kelamin : Laki-laki
-

Nilai Apgar : 9-10

Cacat bawaan : Tidak ada

Masa Gestasi : 39 minggu

O

Suhu : 36,8°C

Respirasi : 42x/menit

BB : 3200 gram

PB : 48 cm

LK : 33 cm

LD : 33 cm

Pemeriksaan fisik

Kepala : Normal, tidak ada kelainan seperti hidrosefalus, sefal he tidak ada caput

Mata : Simetris kanan dan kiri, seclera putih, konjungtiv merah n

Hidung : Normal, terdapat dua lubang hidung dan sekat, tid kelainan sepeti atresia koana

Mulut : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti labiapalatokisis, tidak ada sariawan, reflek rooting baik sucking baik

Telingga : Simetris, sejajar dengan mata, terdapat lubang telinga perekatan pada daun telinga, tidak ada sekret

Leher : Tidak pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar linfe, bendungan vena jugularis, tidak ada kelainan sindrom tu tonic neck baik

Dada : Tidak tarikan dinding dada, puting berwarna kemerahar ada bunyi wheezing

Perut : Simetris, tidak ada kelaian seperti omfalikel, tidak ada disekitar pusar, dan tidak perdarahan disekitar tali pusar

Ekremitas : Bentuk normal, jari-jari lengkap, tidak ada kelainan seperti maupun fraktur tulang, reflek moro baik, reflek graspin reflek babyskin baik

Genetalia : Bentuk normal, testis sudah turun sampai skrotum, tidak a seperti fimosis, hipospedia, dan epispedia

-
- A Bayi Ny. W Umur 6 jam dengan keadaan baik
- P
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam kondisi baik dan tidak ada kelainan, ibu mengerti hasil pemeriksaan
 2. Menjaga kehangatan bayi dengan menggedong bayi menggunakan kain bersih dan kering,. Bayi sudah dijaga kehangatannya.
 3. Menganjurkan kepada ibu untuk sesering mungkin memberikan asi kepada bayinya. Ibu mengerti dan bersedia memberikan asi kepada bayinya
-

7) Kunjungan ke-7 dilakukan di rumah Ny W pada tanggal 31 Maret 2018 jam

13.30 WIB dengan hasil:

-
- S Ibu mengatakan bayinya tetap diberikan asi perah, tidak ada tanda-tanda bahaya pada bayinya.
- O
- Suhu : 36,7°C
- Respirasi : 49x/menit
- BB : 3300 gram
- Pemeriksaan fisik
- Kepala : Normal, tidak ada kelainan seperti hidrocefalus, sefal hematoma, dan tidak
- Mata : Simetris kanan dan kiri, sclera putih, konjungtiva merah muda
- Hidung : Normal, terdapat dua lubang hidung dan sekat, tidak terdapat kelainan septo koana
- Mulut : Bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan seperti labiaskisi, labiopalata ada sariawan, reflek rooting baik, dan reflek sucking baik
- Telingga : Simetris, sejajar dengan mata, terdapat lubang telinga, tidak ada perdaun telinga, tidak ada sekret
- Leher : Tidak pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ada bengkak jugularis, tidak ada kelainan sindrom turner, reflek tonic neck baik
- Dada : Tidak tarikan dinding dada, puting berwarna kemerahan, dan tidak wheezing
- Perut : Simetris, tidak ada kelainan seperti omfalikel, tidak ada kemerahan disekeliling dan tidak perdarahan disekitar tali pusar
- Ekremitas : Bentuk normal, jari-jari lengkap, tidak ada kelainan seperti polidaktili, mau tulang, reflek moro baik, reflek grasping baik, dan reflek babyskin baik
- Genetalia : Bentuk normal, testis sudah turun sampai skrotum, tidak ada kelainan sepe
-

hipospedia, dan epispedia

A Bayi Ny. W Umur 13 hari dengan keadaan baik

- P
1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam kondisi baik dan tidak ada kelainan, ibu mengerti hasil pemeriksaan
 2. Mengingatkan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir
 3. Mengingatkan kepada ibu untuk tetap memberikan asi perahnya kepada bayinya
 4. Memberikan KIE kepada ibu tentang cara pemberian asi perah

S Ibu mengatakan tidak ada keluhan, tidak ada kelainan dan tanda bahaya pada masa nifas

O Suhu : 36,5°C

Respirasi : 20x/menit

Nadi : 88x/menit

TD : 120/80mmHg

Pemeriksaan fisik

Kepala : Normal, simetris

Mata : Simetris, sclera putih, konjungtiv merah muda

Hidung : Normal

Mulut : Bentuk normal, bibir lembab, tidak ada sariawan

Leher : Tidak pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar linfe, tidak ada benti jugularis.

Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, terdapat linea nigra, TFU tidak teraba, kan kosong

Genetalia : perineum tidak odem, tidak ada kemerahan, tidak ada nanah, jahitan kerik

Ekstremitas : tidak ada odem, reflek patella baik

A Ny W umur 30 tahun P3A0Ah3 postpartum 13 hari normal

- P
1. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu baik
 2. Memastikan kepada ibu bahwa nutrisi ibu tercukupi
 3. Mengingatkan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan genetaliannya
 4. Memberikan KIE kepada ibu cara pengeluaran asi menggunakan tangan
 5. Memeberikan KIE kepada ibu tentang penyimpanan asi di lemari es
 6. Mengingatkan kepada ibu untuk tetap memberikan asi perahnya kepada anaknya.
 8. Menjelaskan kepada ibu tentang KB
-

9. Menjelaskan kepada ibu tentang kontrasepsi mantab
 10. Menjelaskan kepada ibu tentang kontraindikasi kontrasepsi mantab
 11. Menjelaskan kepada ibu tentang indikasi kontrasepsi mantab
-

- f. Melakukan penyusunan laporan tugas akhir
 - g. Bimbingan dan konsultasi laporan tugas akhir
 - h. Melakukan seminar laporan tugas akhir
 - i. Revisi laporan tugas akhir
2. Tahap pelaksanaan
- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via HP
 - 1) Menghubungi pasien untuk menanyakan keadaan pasien atau keluhan.
 - 2) Meminta ibu hamil atau suami untuk menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu mengalami kontraksi atau keluhan.
 - 3) Melakukan kontrak dengan pasien dan Puskesmas jika sewaktu-waktu pasien datang ke Puskesmas
 - b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif.
 - 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) dilakukan dengan APN, kemudian dilakukan pendokumentasian SOAP
 - a) Memberikan asuhan kala I, meliputi :

- (1) Mengajarkan ibu teknik relaksasi yang dilakukan pada saat kenceng-kenceng dengan melakukan tarik nafas dari hidung kemudian dikeluarkan lewat mulut.
 - (2) Menganjurkan ibu untuk miring ke kiri agar mempercepat proses persalinan.
 - (3) Melakukan observasi keadaan umum, kesadaran, TTV, dan kemajuan persalinan.
 - (4) Menyiapkan alat dan obat (partus set, hecing set, spuit, O₂, resusitasi set)
- b) Memberikan asuhan kala II, meliputi :
- (1) Mengajarkan ibu meneran saat ada kontraksi atau his.
 - (2) Menganjurkan kepada ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat persalinan.
 - (3) Melakukan observasi dan pendampingan pada APN kala II.
- c) Melakukan observasi pada asuhan kala III, meliputi :
- (1) Pemberian suntikan oksitosin pada $\frac{1}{3}$ paha kanan atas *anterolateral*
 - (2) Peregangan tali pusat terkendali.
 - (3) Melakukan massase pada fundus uteri.
 - (4) Pemeriksaan kelengkapan plasenta.

d) Memberikan asuhan kala IV, meliputi :

(1) Melakukan observasi selama 2 jam *postpartum*, pada jam pertama setiap 15 menit sekali, pada jam kedua setiap 30 menit sekali.

(2) Membersihkan badan ibu dari paparan darah dan mengganti pakaian ibu yang bersih.

(3) Melengkapi pengisian partograf.

2) Asuhan PNC (Post Natal Care) dilakukan dari selesai pemantauan kala IV sampai kunjungan nifas 3, dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan yang akan diberikan saat PNC (*Post Natal Care*) yaitu :

a) Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini.

b) Memberikan KIE tentang *personal hygiene*.

c) Memberikan KIE tentang asi eksklusif.

d) Memberikan KIE tentang nutrisi yang baik untuk ibu nifas.

3) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai dilakukan KN 3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Rencana asuhan yang akan diberikan saat Kunjungan Neonatus (KN), meliputi :

a) Memberikan KIE menjaga agar bayi tetap hangat.

b) Memberikan KIE tentang cara penyimpanan asi perah.

c) Memberikan KIE tentang cara pemberian asi perah.

3. Tahap Penyelesaian

Tahap ini merupakan tahap akhir dalam studi kasus yang telah dilakukan kepada ibu hamil trimester III sampai nifas yaitu penyusunan laporan hasil studi kemudian akan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir (LTA).

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Varney (2012), pendokumentasian data perkembangan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan menggunakan SOAP yaitu :

1. S (Data Subjektif)

Data subyektif berisi pengumpulan data klien dengan anamnesa meliputi : keluhan, riwayat klien, pola pemenuhan nutrisi sebelum dan saat hamil, pola aktivitas, kebiasaan yang mengganggu kesehatan, psikososial, spiritual dan ekonomi, serta lingkungan yang berpengaruh (sekitar rumah dan hewan peliharaan).

2. O (Data Objektif)

Data objektif berisi data fokus berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik lainnya. Data diperoleh dari panca indra maupun laboratorium.

3. A (Data Analysis)

Data subjektif berisi analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan data objektif.

4. P (Penatalaksanaan)

Pada penatalaksanaan mencakup tiga hal, yaitu : perencanaan asuhan, penatalaksanaan asuhan dan evaluasi asuhan

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA