

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan BBL adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian yang digunakan adalah penelaah kasus, yaitu dengan cara meneliti suatu masalah yang berhubungan dengan kasus tersebut, faktor-faktor yang memengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul pada kasus dan asuhan tindakan yang diberikan, serta reaksi kasus terhadap suatu tindakan.

B. Komponen Asuhan kebidanan Berkesinambungan

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

1. Asuhan kehamilan: asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan kriteria umur kehamilan minimal 32 minggu.
2. Asuhan persalinan: asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari persiapan persalinan operasi sampai observasi kala IV.
3. Asuhan nifas: asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai dari berakhirnya observasi kala IV sampai KF3 yaitu 6 jam post partum sampai hari ke 42 post partum.
4. Asuhan bayi baru lahir: memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahiran sampai KN3.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

1. Tempat studi kasus

Tempat studi kasus dilakukan di Puskesmas Pakem Sleman Yogyakarta dan RSUD Sleman.

2. Waktu studi kasus

Pelaksanaan studi kasus dimulai dari 17 Januari sampai dengan 21 April 2018.

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Pada Laporan Tugas Akhir ini, yang dimaksud dengan objek adalah ibu hamil dengan umur kehamilan 32^{+2} minggu yang diasuh sampai dengan masa nifas selesai serta memberikan asuhan pada neonatus.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tensi meter, stetoskop, dopler, timbang berat badan, termometer, jam, *met line*, dan *handscoon*.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan BBL.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi yaitu catatan medis atau status pasien, dan buku KIA.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah interaksi yang dilakukan oleh bidan dan klien, serta keluarga dan anggota tim yang lainnya untuk memperoleh data yang lengkap dan akurat. Jenis wawancara yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara bebas terpimpin. Wawancara bebas terpimpin adalah kombinasi antara wawancara terpimpin dan tidak terpimpin. Jadi wawancara ini memiliki fleksibilitas tetapi arahnya yang jelas (Notoatmodjo, 2012).

Hasil wawancara tanggal 18 Januari 2018 antara penulis dengan pasien dan keluarga yaitu Ny. S lahir tanggal 25 Mei 1991, saat ini Ny. S umur 27 tahun, agama islam, asli jawa, pendidikan terakhir SMK, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga dan dagang, Ny. S menikah bulan 22 Maret 2017 dengan Tn. K umur 40 tahun, agama islam, asli jawa, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta, pasangan suami istri tinggal di Pakem Tegal, Pakem, Sleman, Yogyakarta. Ny. S memiliki buku KIA, hamil yang pertama, belum pernah keguguran, umur kehamilan saat ini 32⁺² minggu dengan HPHT tanggal 05/06/2017, siklus menstruasi Ny. S normal yaitu 28-30 hari dengan jumlah darah dalam batas normal, HPL 12/03/2018, TB Ny. S 152 cm, berat badan sebelum hamil 50 kg. Ny. S sebelum memiliki buku KIA pernah periksa kehamilan di PMB Puji Lestari Magelang sehingga tidak tertulis di buku KIA. Ny. S rutin dalam

melakukan ANC dan sudah ANC terpadu satu kali pada TM I di Puskesmas Pakem, rencana tanggal 23 ingin periksa di Puskesmas Pakem untuk cek Hb ulang pada TM III. Ny. S ingin bersalin di PMB Felisiana dan apabila di rujuk ingin di RS Panti Nugroho Pakem. Kehamilan saat ini kehamilan yang tidak direncanakan, status imunisasi TT₄, Ny. S tidak mengonsumsi tablet Fe secara teratur dikarenakan tidak suka dengan obat-obatan, tidak pernah minum jamu, pemenuhan kebutuhan nutrisi Ny. S terpenuhi, setiap hari mengonsumsi telur bebek 3 butir, minum susu ibu hamil 1 kali, makan ngemil, pola istirahat terpenuhi untuk malam 8 jam dan siang sesuka ibu untuk tidur siang karena tidak memiliki pekerjaan yang mengikat. Menurut kepercayaan keluarga Ny. S selama hamil tidak diperbolehkan untuk mengonsumsi hati ayam karena takut bibir anaknya biru.

b. Observasi

Observasi adalah tindakan dengan tujuan untuk mengevaluasi perkembangan/kemajuan kesehatan klien. Beberapa alat yang dapat digunakan untuk melakukan observasi yaitu *check list*, skala penilaian (skor), daftar riwayat atau catatan peneliti (Notoatmodjo, 2012).

Penulis melakukan observasi kesehatan Ny. S selama hamil, persalinan, nifas, dan neonatus dengan melakukan pengumpulan data melalui pemeriksaan dan memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah salah satu teknik pengumpulan data untuk mengetahui untuk mengetahui keadaan fisik dan keadaan normal. Pemeriksaan fisik pada kasus ini antara lain *vital sign* dan *head to toe* yang berpedoman pada pola asuhan kebidanan ibu bersalin menurut Varney.

d. Pemeriksaan penunjang

a) Ibu

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium seperti Hb, Hepatitis B, Protein urine, IMS, dan pemeriksaan USG. Pemeriksaan Hb, Hepatitis B, Protein urine, IMS dilakukan pada tanggal 24 Oktober 2017 dan tanggal 23 Januari 2018 di Puskesmas Pakem. Ny. S melakukan USG di RS Panti Nugroho dan Klinik Utama An-Nissa.

b) Neonatus

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan darah seperti Glukosa darah sewaktu, Billirubin total, bilirubin direct dan indirect, dan golongan darah bayi.

e. Studi Dokumentasi

Semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak resmi seperti laporan, catatan rekam medik, dll (Notoatmodjo, 2012). Dalam kasus ini penulis

menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien, foto saat kunjungan, keluarga ibu hamil.

f. Studi Pustaka

Studi pustaka yaitu tehnik kajian teoritis, referensi serta literatur ilmiah lainnya yang berkaitan dengan budaya, nilai dan norma yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2013). Studi pustaka akan digunakan untuk memperdalam asuhan yang diberikan dan pembahasan studi kasus.

F. Prosedur Penelitian

Studi kasus dilaksanakan dalam tiga tahap, sebagai berikut:

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.
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Universtas Achmad Yani Yogyakarta.
- c. Melakukan studi pendahuluan di lapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus yaitu Ny.S umur 26 tahun primipara umur kehamilan 32⁺² minggu di Puskesmas Pakem Sleman Yogyakarta.
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Puskesmas Pakem Sleman Yogyakarta dan PMB Felisiana.

- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan pada tanggal 19 Januari 2018.
- f. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari umur kehamilan ibu 32⁺² minggu dengan hasil sebagai berikut:
- 1) Kunjungan I pada tanggal 18/01/2018 pukul 09.00 WIB di rumah Ny. S dengan hasil:

Riwayat Hb sebelumnya 11, 8 gr%, gerakan janin aktif, tidak ada keluhan khusus.

Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 UK 32⁺² minggu, presbo, janin tunggal hidup intrauteri.

Pemeriksaan fisik:

TD: 110/70 mmHg, N: 82x/mnt, S: 36,3 C.

Wajah tidak edema, tidak pucat, konjungtiva merah muda, TFU tidak dilakukan pemeriksaan, tidak edema pada ekstremitas.

Asuhan yang diberikan:
 - a) Mengajarkan dan mengajarkan posisi nungging pada pasien.
 - b) Mengajarkan ibu untuk minum tablet Fe dan kalsium.
 - c) Mengajarkan ibu untuk periksa di Puskesmas Pakem hari selasa tanggal 23 Januari 2018
 - 2) Kunjungan II di Puskesmas dilakukan pada tanggal 23 Januari 2018 pukul 10.00 WIB dengan hasil:

Ny. S umur 26 tahun G1P0A0 UK 33 minggu, Preskep, Janin tunggal, hidup *intrauteri*, dengan kehamilan normal.

Ibu memiliki riwayat penyakit kuning pada saat kelas 2 SD dan sakit selama 2 bulan pada saat umur 20 tahun. Ibu tidak suka minum obat termasuk tablet Fe dan kalsium.

BB : 65, 7 kg, TB: 152 cm, IMT: 28,44, LILA 28 cm, TD: 110/70 mmHg.

Pemeriksaan Fisik:

Wajah tidak edema, tidak pucat, konjungtiva merah muda, TFU 24 cm, preskep, puka, DJJ 130 kali per menit, tidak edema pada ekstremitas.

Hb: 11, 7 gr%, protein urine negatif, reduksi urine negative pemeriksaan tersebut dilakukan pada tanggal 23 Januari 2018.

Memberikan asuhan:

- a) Memberitahukan hasil pemeriksaan pada pasien
- b) Menjelaskan bahwa hati ayam sebenarnya tidak dapat menyebabkan bibir janin biru karena mengonsumsi hati ayam akan diproses melalui organ pencernaan. Selain itu hati ayam baik untuk ibu hamil apalagi ibu susah untuk mengonsumsi suplemen ibu hamil. Jadi kepercayaan tersebut merupakan sebuah mitos.

- c) Menganjurkan ibu untuk tetap minum suplemen ibu hamil dan tidak harus dalam bentuk tablet, karena ada yang tersedia dalam bentuk sirup.
 - d) Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi sayuran yang berwarna hijau, hati, daging, dan telur.
 - e) Menganjurkan ibu untuk minum susu dan mengonsumsi roti dari pemerintah karena kandungannya baik untuk janin.
 - f) Menganjurkan ibu untuk pemeriksaan atau kunjungan ulang 2 minggu lagi.
- 3) Kunjungan III dilakukan dirumah ibu hamil pada tanggal 31 Januari 2018 pukul 16.30 WIB.

TD: 110/80 mmHg, S: 36,5 C, N: 82 kali per menit.

Pemeriksaan Fisik:

Wajah tidak edema, tidak pucat, sklera putih, konjungtiva merah muda, abdomen ada striae gravidarum, ada linea nigra,

TFU 25 cm, puka, preskep, tidak ada edema ekstremitas.

Memberikan asuhan:

- a) Menganjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering.
- b) Istirahat yang cukup
- c) Jaga kebersihan diri
- d) Memperhatikan gerakan janin
- e) Menganjurkan ibu untuk tetap minum suplemen ibu hamil.

4) Kunjungan IV dilakukan di Klinik Utama Annisa dengan mendampingi pasien periksa dengan hasil:

Ny. S mengatakan tidak ada keluhan, UK 38 minggu.

BB: 69,7 kg, IMT: 30, 16

TD: 110/70 mmHg, N: 84x/mnt.

Pemeriksaan fisik:

Wajah tidak edema, tidak ada cloasma, tidak pucat, mata konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada edema pada ekstremitas.

Hasil USG : TBJ bayi 2289 gram, air ketuban cukup, preskep, belum masuk PAP.

Asuhan yang diberikan:

- a) Dokter memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa BB janin masih kurang.
- b) Mengajarkan ibu untuk menghitung gerakan janin selama 12 jam berapa kali.
- c) Mengajarkan ibu untuk menjaga nutrisinya.
- d) Mengajarkan ibu untuk minum suplemen ibu hamil yang diberikan.
- e) Mengajarkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi.
- g. Melakukan perizinan studi kasus ke Puskesmas Pakem Sleman Yogyakarta dan PMB Felisiana.
- h. Melakukan penyusunan proposal LTA.

- i. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA.
 - j. Melakukan seminar proposal LTA.
 - k. Melakukan revisi proposal LTA
2. Tahap pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, penulis melakukan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi:

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi pasien langsung
 - 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bias menghubungi pasien langsung.
 - 2) Meminta ibu hamil untuk menghubungi penulis jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi.
 - 3) Melakukan kontrak dengan PMB agar menghubungi penulis jika sewaktu-waktu ibu hamil ke RSUD Sleman.
- b. Melanjutkan asuhan komprehensif
 - 1) INC dilakukan dengan operasi *sectio caesaria* dengan menggunakan dokumentasi SOAP di RSUD Sleman.
 - 2) PNC dilakukan sampai KF3 (enam jam post partum SC sampai dengan hari ke 42 pasca persalinan SC) dengan menggunakan dokumentasi SOAP di RSUD Sleman.

3) BBL dilakukan sampai KN3 (6 jam setelah lahir sampai dengan hari ke-28 setelah lahir) dengan menggunakan pendokumentasian SOAP di RSUD Sleman.

2. Tahap Penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu dimulai dari penulisan hasil, penyusunan pembahasan, penarikan kesimpulan, dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian hasil LTA, melakukan seminar hasil LTA, dan revisi hasil LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

SOAP adalah cara mencatat informasi tentang pasien yang berhubungan dengan masalah pasien yang terdapat pada catatan Kebidanan. Konsep SOAP adalah sebagai berikut:

1. Data Subjektif

Data yang perlu dicatat adalah identitas pasien, keluhan pasien yang didapatkan saat wawancara langsung dengan pasien atau keluarganya oleh tenaga kesehatan (Wildan & Hidayat, 2012).

2. Data Objektif

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, sinar X, rekaman USG, dll) (Wildan & Hidayat, 2012).

3. *Assesment*

Pengkajian yaitu masalah atau daignosa yang ditegakkan berdasarkan data informasi subjektif dan objektif yang dikumpulkan dan disimpulkan. Keadaan pasien yang terus berubah maka proses pengkajian adalah suatu hal yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru yang cepat diketahui sehingga dapat diberikan asuhan tindakan yang tepat (Dewi & Sunarsih, 2011).

4. *Planning*

Berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan bidan dalam memberikan rencana asuhan harus mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah termasuk rencana evaluasi (Wildan & Hidayat, 2012).