

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan desain laporan tugas akhir

Jenis studi ini adalah asuhan kebidanan berkelanjutan yang meliputi asuhan terhadap ibu hamil fisiologis pada trimester III dari usia kehamilan 32 minggu dan diikuti mulai dari masa kehamilan, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta memberikan pengenalan dan perencanaan KB.

B. Komponen asuhan berkesinambungan

Asuhan Kebidanan Komprehensif ini memiliki 5 komponen asuhan yaitu meliputi asuhan pada kehamilan, asuhan persalinan, asuhan masa nifas, asuhan bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Adapun definisi operasional masing-masing asuhan antara lain :

1. Asuhan kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan kriteria minimal usia kehamilan 32 minggu
2. Asuhan persalinan : asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai dengan observasi kala IV
3. Asuhan masa nifas : asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai saat berakhir observasi kala IV sampai kunjungan nifas (KF₃) yaitu sampai dengan minggu ke 6 post partum
4. Asuhan bayi baru lahir: memberikan asuhan dengan perawatan bayi dari awal kelahiran sampai dengan KN₃
5. Pengenalan program keluarga berencana dan perencanaan metode yang akan digunakan

C. Tempat dan waktu studi kasus asuhan kebidanan

1. Tempat studi kasus ini dilaksanakan di Puskesmas Turi sleman
2. Studi kasus ini dilaksanakan dari Januari sampai dengan Juni 2018

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek yang digunakan dalam laporan studi kasus asuhan kebidanan komprehensif ini adalah Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 32 minggu dengan kehamilan normal di Puskesmas Turi Sleman

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Penagumpulan Data
 - a. Alat dan Bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetoskop, dopler, timbangan berat badan, termometer, dan jam.
 - b. Alat dan Bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara :
Format Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, bersalin, nifas dan bayi
 - c. Alat dan Bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi : catatan medik atau status pasien dan buku KIA
2. Metode pengumpulan data (APN, 2014) (Sugiyono, 2016)
 - a. Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila penelitian ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti, dan apabila peneliti ingin

mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam dan jumlah respondennya sedikit atau kecil. Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur maupun tidak terstruktur, dan dapat dilakukan melalui tatap muka (face to face) maupun dengan menggunakan telepon

1) Wawancara terstruktur

Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh. Oleh karena itu dalam melakukan wawancara, pengumpul data menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan tertulis yang alternatif dan jawabannya pun sudah disiapkan.

2) Wawancara tidak terstruktur

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan.

b. Observasi

Observasi sebagai teknik pengumpulan data mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain, yaitu wawancara dan kuesioner. Jika wawancara dan kuesioner salah

berkomunikasi dengan orang, maka observasi tidak terbatas pada orang, tetapi juga obyek-obyek alam yang lain. Teknik pengumpulan data dengan observasi digunakan bila, peneliti berkenaan dengan sikap manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden yang diamati tidak terlalu besar.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses untuk mendapatkan data objektif dari pasien dengan menggunakan instrumen tertentu. Pemeriksaan fisik pada kasus ini antara lain melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan head to toe yang berpedoman pola asuhan kebidanan. Semua pemeriksaan fisik yang dilakukan atas izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dari lembar *informed consent*.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah atau urin untuk menegakkan. Dalam kasus ini, penulis mengobservasi hasil pemeriksaan laboratorium darah dan urin.

e. Studi Dokumentasi

Semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak seperti laporan, catatan rekam medik dan lain-lainnya. Dalam kasus ini peneliti menggunakan dokumen berupa catatan medis pasien serta beberapa angka

kejadian kasus komplikasi ibu hamil, persalinan, nifas, BBL, dan nifas yang diperoleh dari rekam medik di puskesmas turi sleman meliputi buku KIA

f. Studi Pustaka

Studi Pustaka yaitu dengan mengambil dari buku literature guna memperkaya khasanah ilmiah yang mendukung pelaksanaan studi kasus

F. Prosedur kerja

Studi kasus dilaksanakan dalam tiga tahap, antara lain sebagai berikut :

1. Tahap Persiapan

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

- a. Melakukan observasi tepat dan sasaran studi kasus di lapangan.
- b. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan kepada bagian PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- c. Melakukan studi pendahuluan di lapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden dalam studi kasus pada Ny. Yatinem.umur 32 tahun G2P1A0AH1 Uk 32 minggu di Puskesmas Turi Sleman
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Puskesmas Turi Sleman
- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus dan menandatangani lembar persetujuan pada tanggal 25 Januari 2018

f. Riwayat ANC yang dilakukan oleh Ny. Y selama kehamilan

1) Kunjungan 1 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 17 Agustus 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 9 minggu dengan keluhan mual muntah, TD 120/80 mmHg, BB 55kg, hasil Leopold teraba ballottement, hasil pemeriksaan laboratorium HB 13,1gr%, protein urin Non Reaktif. HBSAG Non Reaktif, iminisasi TT T5.

Asuhan yang diberikan: ketidaknyamanan TM I, terapi obat B6 30 1x1, HMF 30 1x1.

2) Kunjungan 2 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 16 September 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 14 minggu 1 hari dengan keluhan mual muntah, TD 120/70, BB 54 kg, TFU 2 jari di bawah pusat, teraba ballottement, DJJ 132x/menit

Asuhan yang diberikan: KIE makan sedikit tapi sering, mengisi buku KIA halaman 4-5, terapi obat kalk 30 1x1 dan B6 30 1x1.

3) Kunjungan 3 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 7 Oktober 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 16 minggu 5 hari tidak ada keluhan TD 120/70, BB 56 kg, TFU 2 jari di bawah pusat, teraba ballottement, DJJ 144x/menit

Asuhan yang di berikan: terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 4) Kunjungan 4 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 21 Oktober 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 18 minggu 5 hari tidak ada keluhan TD 120/70, BB 57 kg, TFU 2 jari di bawah pusat, teraba ballottement, DJJ 142x/menit

Asuhan yang di berikan: terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 5) Kunjungan 5 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 4 September 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 20 minggu tidak ada keluhan TD 110/70, BB 60 kg, TFU sepusat, teraba ballottement, DJJ 152x/menit

Asuhan yang di berikan: kontrol rutin terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 6) Kunjungan 6 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 18 September 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 22 minggu tidak ada keluhan TD 110/70, BB 60 kg, TFU sepusat, teraba ballottement, DJJ 140x/menit

Asuhan yang di berikan: kontrol rutin terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 7) Kunjungan 7 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 2 Desember 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 24 minggu tidak ada keluhan TD 120/70, BB 61 kg, TFU 19 cm, teraba ballottement, DJJ 148x/menit

Asuhan yang di berikan: kontrol rutin terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 8) Kunjungan 8 dilakukan di Puskesmas Turi pada tanggal 16 Desember 2017 dengan hasil:

Ny. Y umur 32 tahun G2P1A0AH1 UK 26 minggu tidak ada keluhan TD 120/70, BB 63 kg, TFU 20 cm, teraba ballottement, DJJ 139x/menit

Asuhan yang di berikan: kontrol rutin, menganjurkan USG terapi obat kalk 15 1x1, HMF 15 1x1

- 9) Kunjungan 9 di rumah pasien, dilakukan pada tanggal 26 Januari 2018 pukul 14.30 WIB dengan hasil:

Ny. Yatinem, 32 tahun G2P1A0AH1 uk 32 minggu, lintang, janin tunggal hidup, dengan keadaan normal.

Ibu tidak mempunyai riwayat penyakit apapun, Riwayat hamil, persalinan, dan nifas yang lalu normal, BB lahir 3000 gram.

Belum pernah menggunakan KB apapun.

HPHT : 12-06-2017

HPL : 19-03-2018

BB : 66 kg, TB: 156 cm, LILA: 25 cm, TD: 120/80 mmHg

HB : 13,1gr%

Memberikan asuhan gizi pada ibu hamil, kneeces

10) Kunjungan 10 di PMB Sumarni pada tanggal 27 Januari 2018

pukul 14.00 WIB

BB : 66 kg, TD: 110/70 mmhg. Hasil USG presbo, puka, UK

32 minggu 5 hari

DJJ: + teratur, gerakan aktif

Memberikan asuhan cara knee chest

11) Kunjungan 11 di rumah pasien dilakukan pada tanggal 17

Februari 2018 pukul 17:00 WIB dengan hasil : usia kehamilan

35 minggu 5 hari

TD: 110/80 mmHg. Hasil leopard obliq, DJJ: 135x/menit

teratur, gerakan aktif

Memberikan asuhan cara kneeces, ketidaknyamanan

12) Kunjungan 12 di Puskesmas Turi pada tanggal 3 Maret 2018

pukul 09: 30 WIB dengan hasil: usia kehamilan 37 minggu 5

hari

BB : 67 kg, TD: 120/80 mmhg. Hasil leopard preskep, puki,

DJJ: + 142x/ menit teratur, gerakan aktif

Memberikan asuhan persiapan persalinan, banyak

mengonsumsi sayuran

13) Kunjungan 13 di Puskesmas Turi pada tanggal 21 Maret 2018

pukul 09: 30 WIB dengan hasil: usia kehamilan 40 minggu 2

hari

BB : 66 kg, TD: 120/80 mmhg. Hasil Leopold preskep, puki,

DJJ: + 142x/ menit teratur, gerakan aktif, TFU 30 cm

Memberikan asuhan : rujuk ke RSUD Sleman untuk USG

14) Kunjungan ke 14 di Puskesmas Turi tanggal 28 Maret 2018

pukul 03:00 wib dengan keluhan kencing-kencing

TD: 110/70, BB 66kg UK 41 minggu 1 hari hasil Leopold

preskep, puki, djj 139x/menit TFU 32 cm, hasil pemeriksaan

dalam vulva uretra tenang, penapisan 10%, pembukaan 1 cm,

tidak terdapat penumbangan, ketuban utuh, POD UUK jam 12,

STLD +.

- g. Melakukan penyusunan proposal LTA.
- h. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA
- i. Melakukan seminar proposal.
- j. Revisi proposal LTA

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau menghubungi via Handpone (HP)

Rencana pemantauan :

- 1) Pemantauan ibu hamil dengan cara meminta no HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien secara langsung
- 2) Meminta pasien atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu mengalami keluhan atau kontraksi

- 3) Melakukan kontak dengan Puskesmas agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu pasien datang ke Puskesmas
- b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi :
- 1) ANC dilakukan 4 kali dimulai dari usia kehamilan 32 minggu, dengan menggunakan pendokumentasian SOAP.
 - 2) INC dilakukan dengan APN, menggunakan pendokumentasian SOAP,
- Rencana Asuhan yang akan dilakukan saat INC :
- (a) Melakukan Anamnesa : kencing-kencing mulai dari kapan, sudah keluar cairan ketubat atau belum jika sudah dari kapan.
 - (b) Melakukan pemeriksaan fisik TTV, dan melakukan pemeriksaan dalam
 - (c) Observasi kemajuan persalinan. Pemeriksaan dalam, setiap 4 jam, DJJ, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus
 - (d) Memimpin persalinan
 - (e) Menilai bayi secara sepintas
 - (f) Mengecek apakah ada janin kedua
 - (g) Memberikan suntik oksitosin
 - (h) Jepit potong tali pusat
 - (i) IMD
 - (j) Melakukan PTT
 - (k) Mengecek laserasi

- (l) Melakukan penilaian pengeluaran darah
- 3) Asuhan Postnatal Care (PNC) dilakukan selesai pemantauan kala IV sampai dengan KF3, dan melakukan pendokumentasian SOAP.

Rencana asuhan yang akan dilakukan PNC :

- (a) Melakukan observasi kala IV, TD, nadi, suhu, TFU, kontraksi, jumlah darah yang keluar, dan urin
- (b) Kontrak waktu untuk kontrol dan kunjungan rumah
- (c) Asuhan Komplementer pijat oksidasi (KF 3)
- (d) KIE kontrasepsi yang akan digunakan (KF 3)
- 4) Asuhan BBL dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai dilakukan KN3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Rencana asuhan BBL

- a) Melakukan pemeriksaan fisik sepiantas pada bayi baru lahir
- b) Melakukan IMD
- c) Pemeriksaan fisik dan antropometri
- d) Pencegahan infeksi pada mata dengan memberikan salpeta mata
- e) Memberikan Vit K, dan satu jam setelah nya Hb-O

Rencana asuhan KN 2

- a) Memantau keadaan janin
- b) Memberi konsling

c) Mengevaluasi teknik menyusui

Rencana asuhan KN 3

a) Memantau keadaan janin

b) Mengevaluasi BB bayi

c) Memberi konsling

d) Memberi komplementer sesuai kebutuhan dan keluhan bayi

3. Tahap Penyelesaian

Tahap penyelesaian merupakan tahap akhir studi kasus yaitu penyusunan laporan hasil studi kasus dan dilanjutkan dengan seminar LTA.

G. Sistematika dokumentasi kebidanan

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP (JNPK-KR, 2014)

1. S (Subjektif)

Berisi pengumpulan data klien dengan anamnesa yang informasi disampaikan atau diceritakan ibu tentang apayang dirasakan oleh pasien, data subjektif juga meliputi informasi yang diceritakan oleh keluarga tentang status klien, terutama jika hal tersebut dapat ditelusuri untuk mengetahui penyebab masalah atau kondisi gawatdarurat seperti nyeri, kehilangan kesadaran, atau syok.

2. O (Objektif)

Data objektif dapat diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium atau dengan alat pemeriksaan lainnya yang digunakan

untuk penunjang pemeriksaan pasien. Data ini juga dapat diperoleh berdasarkan pengamatan klien.

3. A (Analisa)

Analisa ini merupakan kesimpulan sebuah kasus yang di simpulkan melalui data subjektif dan data objektif yang sudah diperoleh dari wawancara dan pemeriksaan langsung dengan pasien

4. P (Penatalaksanaan)

Dalam penatalaksanaan ini diharapkan mampu merencanakan tindakan yang akan diberikan terhadap diagnosa pada klien dan dapat melaksanakan langsung serta mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan agar mengetahui perkembangan dari sebuah tindakan yang diberikan