

BAB III METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Jenis desain laporan tugas akhir yaitu menggunakan metode asuhan berkesinambungan pada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir yang merupakan metode penelitian deskriptif, jenis penelitian deskriptif yang digunakan yaitu studi penelaahan kasus (*Case Study*) merupakan cara penelitian suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir pada orang tertentu yang disertai dengan faktor- faktor yang mempengaruhi, kejadian – kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus maupun tindakan, dan reaksi kasus terhadap perlakuan.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

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

1. Asuhan kehamilan: asuhan kebidanan pada Ny. A umur 31 tahun yang dimulai pada usia kehamilan 27 minggu 1 hari sampai dengan usia kehamilan 36 minggu 3 hari.
2. Asuhan persalinan: asuhan kebidanan pada Ny. A yang dilakukan mulai dari persalinan kala I sampai dengan observasi kala IV.
3. Asuhan nifas: asuhan kebidanan pada Ny. A yang diberikan pada ibu nifas dimulai setelah berakhirnya observasi kala IV sampai dengan kunjungan nifas ketiga (KF3)
 - a. KF I diberikan pada 6 jam post partum.
 - b. KF II diberikan pada 4 hari post partum.
 - c. KF diberikan pada 12 hari post partum.
 - d. KF III diberikan pada 40 hari post partum.

4. Asuhan bayi baru lahir: asuhan kebidanan pada By. Ny. A dengan memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahiran bayi sampai kunjungan neonatus ketiga (KN3).
 - a. KN I diberikan pada 6 jam.
 - b. KN II diberikan pada 4 hari.
 - c. KN III diberikan pada 8 hari.
 - d. KN diberikan pada 28 hari.

C. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus

Studi kasus ini akan dilaksanakan di PMB Sri Lestari dan rumah Ny. A

2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Januari sampai Mei 2019.

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek dalam Laporan Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkesinambungan ini adalah Ny.A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 27 minggu 1 hari sampai dengan 40 hari post partum di PMB Sri Lestari Tirtomartani Kalasan Kabupaten Sleman.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetoskop, metline, leanec atau dopler, timbangan berat badan, sarung tangan, thermometer dan jam.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara: format asuhan kebidanan pada ibu hamil atau kartu ibu, ibu bersalin, nifas atau kartu nifas dan bayi.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi: catatan rekam medik atau status pasien dan buku KIA.

2. Metode Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan informasi secara langsung dengan mengungkapkan pertanyaan-pertanyaan pada para responden. Wawancara bermakna berhadapan langsung antara interview dengan responden, dan kegiatannya dilakukan secara lisan (Subagyo, 2011). Wawancara yang dilakukan untuk mengumpulkan data subjektif ibu hamil yang meliputi identitas pasien, keluhan saat ini, riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat obstetric, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan, riwayat pola pemenuhan kebutuhan sehari – hari, kebiasaan yang mengganggu kesehatan, data psikososial dan ekonomi, pengetahuan ibu dan lingkungan yang berpengaruh.

b. Observasi

Observasi merupakan suatu cara untuk mengumpulkan data penelitian yang tersusun dari berbagai proses biologis yang psikologis, dua diantaranya yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan (Sugiyono, 2013). Tahap observasi yang dimaksud adalah mahasiswa melakukan pemantauan dari ibu melakukan ANC sampai ibu mengalami nifas dan kunjungan nifas.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan kondisi fisik dari pasien dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini dilakukan dari head to toe (Sugiyono, 2013). Pemeriksaan fisik yang telah dilakukan meliputi pemeriksaan dari kepala hingga ujung kaki. Semua pemeriksaan fisik yang dilakukan atas izin dari ibu dan keluarga yang dibuktikan dengan informend consent.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan medis tertentu yang dilakukan atas indikasi medis tertentu guna memperoleh keterangan-keterangan yang lebih lengkap. Rencana pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin, protein urin, kadar gula darah, malaria, tes sifilis, HIV, BTA dan USG (Sugiyono, 2013). Dalam studi kasus ini penulis mengobservasi hasil pemeriksaan laboratorium darah, urine, dan hasil USG. Pemeriksaan penunjang yang telah didapat dari data rekam medis, buku KIA yaitu pemeriksaan USG dan hasil laporan dari laboratorium, serta data sekunder dari ibu yaitu telah dilakukan ANC terpadu.

e. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah semua bentuk catatan atau informasi yang berhubungan dengan dokumen – dokumen baik resmi maupun tidak seperti laporan, catatan rekam medis, dan buku KIA (Sugiyono, 2013). Dalam studi dokumentasi penulis menggunakan data status buku KIA pasien, register pasien dan buku laporan persalinan di PMB Sri Lestari.

f. Studi Pustaka

Studi pustaka adalah teknik kajian teoritis, referensi serta literature ilmiah lainnya yang berkaitan dengan budaya, nilai dan norma yang berkembang pada situasi social yang diteliti (Sugiyono, 2013). Studi pustaka yang akan digunakan untuk memperdalam asuhan yang diberikan dalam pembahasan studi kasus adalah dari berbagai buku, dan jurnal.

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

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

1. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan hal yang dilakukan yaitu dimulai dari penyusunan proposal sampai dilakukannya ujian proposal LTA.

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

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus dilapangan.
- b. Mengajukan surat ijin ke Prodi Kebidanan (D-3) untuk pencarian pasien studi kasus.
- c. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke PMB Sri Lestari.
- d. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 18 Januari 2019.
- e. Melakukan asuhan pada pasien dilapangan untuk menentukan subjek asuhan kebidanan berkesinambungan yaitu Ny. A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 27 minggu 1 hari di PMB Sri Lestari.
- f. Mengajukan surat ijin melakukan asuhan kepada bagian PPPM Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- g. ANC dilakukan 4 kali yang dimulai dari usia kehamilan 27 minggu 1 hari.
 - 1) Kunjungan pertama dilakukan di PMB Sri Lestari pada tanggal 18 Januari 2019 pukul 16.00 WIB.

S : Ny. A mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – tanda vital:

TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

S : 36,6°C N : 82x/menit

BB : 57 kg

Pemeriksaan Fisik

Muka : simetris, tidak odema, tidak pucat tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : normal, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Mulut : tidak ada stomatitis, gingivitis, epuis, dan

caries dentis.

Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak nyeri tekan dan nyeri telan.

Payudara : simetris, tidak ada benjolan, areola hiperpigmentasi, puting menonjol, tidak ada pengeluaran colostrum.

Abdomen : tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra, tidak ada striae gravidarum.

Leopold I :

TFU 2 jari diatas pusat.

Bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong janin).

Leopold II :

Bagian kiri teraba rata, keras, memanjang ada tahanan (punggung janin).

Bagian kanan teraba bagian kecil – kecil janin (tangan dan kaki).

Leopold III :

Bagian bawah teraba bulat, keras, menting (kepala janin).

Belum masuk PAP.

TFU mc. Donald : 20 cm

TBJ : 1240 gram

DJJ : 140x/menit

Ekstremitas : kaki dan tangan tidak odem, kuku tidak pucat, kaki tidak ada varises, reflek patella normal.

A : Ny.A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 27 minggu 1 hari normal.

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam keadaan normal dengan TD 110/70 mmHg dan janin sehat, kepala belum masuk panggul, punggung bayi berada pada sisi kiri ibu, DJJ 140x/menit.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.

2. Memberikan KIE pada ibu tentang nutrisi yang baik selama hamil yaitu makan – makanan bergizi dan memperbanyak minum air putih.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang nutrisi yang baik selama hamil.

3. Memberikan KIE ketidaknyamanan ibu hamil TM II seperti sering BAK, sesak nafas, kram kaki, konstipasi, sulit tidur, nyeri punggung, varises, dan keputihan.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan ibu hamil TM II.

4. Memberikan terapi berupa tablet Fe 1x1 dan Kalk 1x1 diminum setelah makan.

Ibu bersedia minum sesuai anjuran yang diberikan

5. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 bulan lagi pada tanggal 15 Februari 2019 atau jika ada keluhan.

Ibu mengerti.

- 2) Kunjungan kedua dilakukan di Rumah Ny. A pada tanggal 31 Januari 2019 pukul 17.00 WIB.

S : Ny. A mengatakan tidak ada keluhan

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

S : 36,5°C N : 84x/menit

Pemeriksaan Fisik

Muka : simetris, tidak odema, tidak pucat tidak ada cloasma gravidarum.

Mata : normal, sclera putih, konjungtiva merah muda.

Mulut : tidak ada stomatitis, gingivitis, epuis, dan caries dentis.

Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak nyeri tekan dan nyeri telan.

Payudara : simetris, tidak ada benjolan, areola hiperpigmentasi, puting menonjol, tidak ada pengeluaran colostrum.

Ekstremitas : kaki dan tangan tidak odem, kuku tidak pucat, kaki tidak ada varises, reflek patella normal.

A : Ny.A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 29 minggu 5 hari normal.

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam keadaan normal dengan TD 110/70 mmHg, usia kehamilan memasuki 7 bulan lebih 1 minggu.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.

2. Memberikan KIE tentang ketidaknyamanan TM III yaitu sering BAK, sesak nafas, edema ekstremitas, kram kaki, kontraksi palsu, konstipasi, sulit tidur dan nyeri punggung.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang ketidaknyamanan TM III.

3. Memberikan KIE tentang tanda bahaya TM III yaitu hipertensi dalam kehamilan, plasenta previa, solusio plasenta, sakit kepala yang hebat dan menetap, pandangan

kabur, gerakan janin tidak terasa, keluar cairan pervagina, dan nyeri abdomen yang hebat.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang tanda bahaya TM III.

4. Memberikan KIE tentang gizi yang baik selama masa kehamilan yaitu dengan makan – makanan yang bergizi seimbang dan memperbanyak minum air putih minimal 12 gelas per hari.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang gizi yang baik selama kehamilan.

5. Memberikan KIE tentang P4K meliputi pengertian P4K, tujuan P4K seperti meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan ibu hamil dan bayi baru lahir, terdatanya sasaran ibu hamil dan manfaat P4K seperti mempercepat berfungsinya desa siaga, tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang P4K

6. Mengingat kembali kepada ibu untuk kunjungan ulang di PMB pada tanggal 15 Februari atau jika sewaktu – waktu ada keluhan.

- 3) Kunjungan ketiga dilakukan di PMB Sri Lestari pada tanggal 15 Februari 2019 pukul 17.00 WIB.

S : Ny. A mengatakan ingin melakukan USG, tidak ada keluhan dalam kehamilannya dan ibu ingin melakukan imunisasi TT4.

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

S : 36,5°C N : 80x/menit

Pemeriksaan Fisik

Ekstremitas : kaki dan tangan tidak odem, kuku tidak pucat, kaki tidak ada varises

Pemeriksaan Penunjang: USG

Hasil pemeriksaan USG janin sehat dan air ketuban cukup, belum masuk panggul, dan TBJ: 1799 gram.

A : Ny.A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 31 minggu 4 hari normal.

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam keadaan normal dengan TD 110/70 mmHg.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.

2. Memberitahu ibu bahwa akan dilakukan imunisasi TT 4 yang bertujuan untuk mencegah penyakit tetanus.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia.

3. Menyuntikan imunisasi TT 4 pada lengan ibu bagian atas dengan dosis 0,5 cc.

Evaluasi: Ibu sudah diberikan imunisasi TT4.

4. Memberikan terapi Etabion 1x1 dan Kalk 1x1

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia minum.

5. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 bulan lagi pada tanggal 15 maret 2019 atau jika ada keluhan.

Evaluasi: Ibu mengerti dan bersedia kunjungan ulang.

4) Kunjungan keempat dilakukan di PMB Sri Lestari pada tanggal 15 Maret 2019 pukul 18.00 WIB.

S : Ny. A mengatakan nyeri punggung.

O : Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

Tanda – tanda vital :

TD : 110/70 mmHg RR : 20x/menit

S : 36,5°C N : 84x/menit

Pemeriksaan Fisik

Ekstremitas : kaki dan tangan tidak odem, kuku tidak pucat, kaki tidak ada varises

Pemeriksaan Penunjang: USG

Hasil pemeriksaan USG janin sehat dan air ketuban cukup, kepala sudah masuk panggul, dan TBJ: 2700 gram.

A : Ny.A umur 31 tahun G₂P₁A₀Ah₁ usia kehamilan 35 minggu 4 hari normal.

P :

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan bahwa ibu dalam keadaan normal dengan TD 110/70 mmHg.

Evaluasi: Ibu mengerti tentang hasil pemeriksaan.

2. Menjelaskan kepada ibu penyebab nyeri punggung yang dialami yaitu karena perut ibu semakin membesar sehingga menekan tulang belakang.

Evaluasi: Ibu mengerti penyebab nyeri punggung yang dialaminya.

3. Memberitahu ibu cara mengatasi nyeri punggung yang dialaminya yaitu dengan cara menggunakan bantal saat tidur untuk meluruskan punggung dan menggunakan kasur yang tidak terlalu empuk.

Evaluasi: Ibu mengerti cara mengatasi nyeri punggung.

4. Menganjurkan ibu untuk mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat dikarenakan taksiran berat janin sudah mencapai 2700 gram.

Evaluasi: Ibu bersedia mengurangi makanan yang mengandung karbohidrat.

5. Memberikan terapi etabion 1x1 dan kalk 1x1 diminum setelah makan.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia minum.

6. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 29 Maret 2019 atau jika ada keluhan.

Evaluasi: ibu mengerti dan bersedia kunjungan ulang.

- h. Melakukan penyusunan Laporan Tugas Akhir.
 - i. Bimbingan dan konsultasi Laporan Tugas Akhir.
 - j. Melakukan seminar Laporan Tugas Akhir.
 - k. Revisi Laporan Tugas Akhir
7. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan ini berkaitan dengan jalannya pengumpulan data sampai analisis data asuhan kebidanan. Bentuk tahap ini yaitu melakukan asuhan kebidanan komprehensif, meliputi:

- a. Memantau keadaan pasien dengan melakukan kunjungan rumah atau menghubungi via handphone (WhatsApp)

Rencana pemantauan:

- 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung.
 - 2) Meminta ibu atau keluarga untuk menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu mengalami kontraksi.
 - 3) Melakukan kontrak dengan PMB Sri Lestari agar menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu datang ke PMB.
8. Tahap Penyelesaian

Pada tahap penyelesaian berisikan tentang penyusunan laporan hasil asuhan yang dimulai dari penulisan hasil, penyusunan pembahasan, penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran sampai persiapan ujian hasil Laporan Tugas Akhir (LTA).

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Pendokumentasian atau pencatatan manajemen kebidanan menurut Jannah (2011) dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu:

- 1. S (Data Subjektif)

Berisi pengumpulan data klien dengan melakukan anamnesa. Data ini dapat diperoleh dari keluhan, riwayat klien, pola pemenuhan nutrisi sebelum dan saat hamil, pola aktivitas, kebiasaan yang mengganggu

kesehatan, data psikososial, spiritual dan ekonomi, serta lingkungan yang berpengaruh (sekitar rumah dan hewan peliharaan).

2. O (Data Objektif)

Berisi data fokus berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, pemeriksaan penunjang dan uji diagnostik lainnya. Data diperoleh dari panca indera maupun laboratorium.

3. A (Analisis)

Berisi analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan data objektif.

4. P (Penatalaksanaan)

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