

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, dan nifas ini adalah metode penelitian deskriptif dan jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaah kasus (*Case Study*), yakni dengan cara meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang memengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus maupun tindakan, dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan. Hal ini dilakukan agar peneliti dapat mengumpulkan dan mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai individu yang diteliti. Berikut masalah yang dihadapi supaya dapat terselesaikan dan membuat diri individu tersebut berkembang lebih baik.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Asuhan kebidanan komprehensif memiliki 4 komponen asuhan yang meliputi asuhan pada kehamilan, persalinan, masa nifas dan pada bayi baru lahir.

1. Asuhan kehamilan : asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan usia kehamilan telah memasuki trimester III. Kunjungan asuhan kehamilan yang pertama dilakukan di Puskesmas Dlingo I pada tanggal 25 Februari 2018. Kunjungan ke II dilakukan di rumah pasien pada tanggal 28 Februari. Kunjungan ke III dilakukan di rumah pasien pada tanggal 31 Februari 2018.

2. Asuhan persalinan : asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai dengan kala IV. Pada laporan ini persalinan dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul karena pasien mengalami ketuban pecah dini. Sehingga penulis hanya mendapatkan data dari catatan rekam medis pasien.
3. Asuhan nifas : asuhan kebidanan yang diberikan kepada ibu nifas dimulai dari berakhirnya kala IV sampai dengan kunjungan masa nifas yang ketiga (KF3). Pada laporan ini kunjungan KF I dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul, KF II dilakukan dirumah pasien, KF III dilakukan di Puskesmas Dlingo I Bantul.
4. Asuhan bayi baru lahir : memberikan asuhan dan perawatan bayi baru lahir sampai kunjungan nifas yang ketiga. Pada laporan ini KF I dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul, KF II dilakukan di rumah pasien, dan KF III dilakukan di Puskesmas Dlingo I Bantul.

C. Tempat dan Waktu Pemberian Asuhan

Lokasi pemberian asuhan terhadap Ny. S, bertempat di Puskesmas Dlingo I Bantul dan dirumah pasien Tanjan, RT 03, Temuwuh, Dlingo, Bantul waktu pemberian asuhan diberikan sejak kehamilan trimester III yaitu bulan Januari sampai dengan bulan Juli 2018.

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Objek yang digunakan sebagai subjek dalam Laporan Tugas Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkesinambungan ini adalah Ny. S umur 33 tahun

multipara G₂P₁A₀Ah₁ dengan usia kehamilan 36 minggu 2 hari dalam keadaan fisiologis

E. Alat dan Metode Pengumpulan data

1. Alat Pengumpulan Data

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

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk pemeriksaan observasi dan pemeriksaan fisik: tensimeter, stetostop, metline, timbangan, dopler, termometer, jam, dan handscoon.
- b. Alat yang digunakan untuk melakukan wawancara: format Asuhan Kebidanan Ibu Hamil, bersalin, nifas dan bayi.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk studi dokumentasi catatan medik atau status pasien, buku KIA.

2. Metode pengumpulan data

- a. Wawancara : Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2010). Wawancara yang telah dilakukan dengan Ny. S umur 33 tahun multipara untuk mendapatkan data subjektif, yaitu menanyakan tentang identitas, alasan kunjungan, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus saat ini, riwayat kontrasepsi, riwayat kesehatan, keadaan psikososial dan spiritual, dan pengetahuan ibu. Dari hasil wawancara

didapatkan ibu dalam keadaan sehat, normal, dan tidak ditemukan komplikasi apapun.

- b. Observasi : Pengamatan merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas dengan apa yang dilihat saja. Observasi dapat dilakukan dengan penciuman, penglihatan, pendengaran (Saryono, 2010). Observasi pada laporan ini dilakukan untuk memperoleh data yang meliputi ekspresi wajah, dan psikis dari Ny. S umur 33 tahun multipara mulai dari kehamilan 36 minggu 2 hari sampai dengan nifas di Puskesmas Dlingo I Bantul.. Dari hasil observasi didapatkan ibu dalam keadaan sehat, normal, dan tidak ditemukan komplikasi apapun.
- c. Pemeriksaan fisik : pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang lengkap dari pasien untuk mengetahui keadaan atau kelainan dari pasien pemeriksaan ini dilakukan secara detail mulai dari *head to toe* guna mendapatkan data yang akurat dari pasien. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui juga apabila ada kelainan pada pasien. Dalam laporan ini melakukan pemeriksaan fisik secara *head to toe* untuk mendapatkan data objektif. Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan ibu dalam keadaan sehat, normal, dan tidak ditemukan komplikasi apapun.
- d. Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, rontgen dan Ultrasonografi (USG) (Saryono, 2010). Pemeriksaan ini dilakukan

dengan mengambil sampel urin dan darah untuk menegakkan diagnose. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi HB, urine reduksi, dan protein urin. . Dari hasil pemeriksaan penunjang didapatkan ibu dalam keadaan sehat, normal, dan tidak ditemukan komplikasi apapun.

1) Studi Dokumentasi : Merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, dan film dokumenter (Hidayat, 2010). Dalam kasus ini penulis mendapatkan data dari buku KIA dan rekam medis pasien.

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

1. Tahap persiapan

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

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus pada tanggal 23 Januari 2018 di Puskesmas Dlingo I Bantul. Pada saat melakukan observasi pada puskesmas Dlingo I Bantul yaitu Observasi jumlah ibu hamil yang memasuki TM III dan memenuhi kriteria untuk diberikan asuhan kebidanan secara berkesinambungan.
- b. Melakukan studi pendahuluan pada tanggal 23 Januari 2018 di Puskesmas Dlingo I Bantul untuk menentukan subjek yang menjadi responden yaitu Ny. Samsiyah, umur 33 tahun multipara usia kehamilan 36 minggu 2 hari.

- c. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 23 Januari 2018.
 - d. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan pada tanggal 26 Januari 2018 kepada PPPM Stikes Achmad Yani Yogyakarta.
 - e. ANC dilakukan 3 kali yang dimulai dari tanggal 25 Januari 2018 pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari. Kunjungan ANC ke II tanggal 28 Januari 2018 pada usia kehamilan 36 minggu 5 hari. Kunjungan ANC ke III tanggal 31 Januari 2018 pada usia kehamilan 37 minggu 1 hari..
 - f. Melakukan konsultasi proposal
 - g. Melakukan seminar proposal
 - h. Melakukan revisi proposal
2. Tahap Pelaksanaan
- a. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif
 - 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*) dilakukan dengan APN, kemudian di dokumentasikan dalam bentuk SOAP. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan konseling teknik relaksasi dan asuhan sayang ibu.
 - 2) Asuhan PNC (*Post Natal Care*) dilakukan dari selesai pemantauan kala IV sampai 42 hari post partum dan melakukan KF3, dan dilakukan pendokumentasian SOAP. Asuhan yang diberikan yaitu memberikan konseling dan asuhan komplementer pijat oksitosin

- 3) Memberikan asuhan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai KN3 dan dilakukan dalam pendokumentasian SOAP. Asuhan yang akan diberikan yaitu memberikan konseling sesuai kebutuhan bayi.

3. Tahap Penyelesaian

Dapat melakukan pencatatan secara lengkap akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan, dan membuat Laporan Tugas Akhir

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) No. 369/MENKES/SK/VIII/2007, tercantum standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

Untuk metode pendokumentasian yang dilakukan dalam asuhankebidanan adalah metode SOAP, yang merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. SOAP merupakan singkatan dari:

1. Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah 1 Varney. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien.

2. Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil lab dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assessment sebagai langkah 1 Varney.

3. Analisa data

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

- a. Diagnosa / masalah
- b. Antisipasi diagnosa / masalah potensial
- c. Perlunya tindakan segera oleh Bidan atau Dokter, konsultasi atau kolaborasi atau rujukan sebagai langkah 2, 3 dan 4 varney.

4. Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, tindakan dan evaluasi berdasarkan assessment sebagai langkah 5,6,7 Varney.