

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, BBL, dan nifas ini adalah metode penelitian deskriptif. Jenis penelitian deskriptif yang digunakan adalah studi penelaahan kasus, yaitu dengan cara meneliti suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus itu sendiri, 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 kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir. Adapun definisi operasional masing-masing asuhan antara lain:

1. Asuhan kehamilan: asuhan kebidanan pada ibu hamil dimulai pada usia kehamilan 36⁺¹ minggu dan kunjungan ANC 4 kali.
2. Asuhan persalinan: kegiatan yang dilakukan yaitu pengambilan data di RSUD Sleman untuk mengetahui proses persalinan kala I sampai kala IV dan untuk melanjutkan asuhan berkesinambungan pada Ny. S.
3. Asuhan nifas: asuhan kebidanan yang diberikan pada kunjungan nifas pertama (KF1) sampai dengan kunjungan nifas ke tiga (KF3).

4. Asuhan bayi baru lahir: KN1 dan KN2 dilakukan dengan pengambilan data di RSUD Sleman dilanjutkan dengan memberikan asuhan pada KN3.

C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan

1. Tempat studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Puskesmas Tempel II Sleman, RSUD Sleman, dan di rumah Ny. S.

2. Waktu

Pelaksanaan studi kasus ini pada bulan Januari sampai dengan April 2018.

D. Objek Studi Kasus

Objek yang digunakan dalam laporan studi kasus asuhan kebidanan berkesinambungan ini adalah Ny. S umur 37 tahun dimulai dengan usia kehamilan 36⁺¹ minggu yang dikelola sampai dengan masa nifas.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tensi meter, stetoskop, timbangan berat badan, termometer, jam, metline, linex, dan dopler.

- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi yaitu catatan medik dan buku kesehatan ibu dan anak (KIA).

2. Metode Pengumpulan Data

a. Teknik wawancara

Wawancara yang dilakukan pada Ny. S meliputi identitas, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, riwayat pernikahan, riwayat persalinan, riwayat KB, riwayat penyakit, riwayat imunisasi, riwayat obstetri, pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat, pola aktivitas, dan riwayat psikologi.

b. Teknik pengamatan/observasi

Observasi yang dilakukan adalah memantau ibu melakukan ANC sebanyak 4 kali ANC (2 kali di Puskesmas dan 2 kali kunjungan rumah) sampai ibu mengalami nifas.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan antara lain pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan *head to toe* yang mengacu pada pola asuhan kebidanan menurut Varney.

d. Pemeriksaan penunjang

Dalam studi kasus ini pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium (Hb, protein urin, HIV, HbsAG, sifilis) dan *ultrasonography* (USG).

e. Teknik dokumentasi

Dalam studi kasus ini teknik dokumentasi dalam bentuk foto kegiatan saat kunjungan, data skunder dari ibu hamil, dan Puskesmas Tempel II Sleman.

f. Studi pustaka

Studi pustaka yaitu dengan mengambil data dari jurnal dan buku literatur minimal 10 referensi dengan maksimal buku terbitan tahun 2008.

F. Prosedur Penelitian

Studi kasus dilaksanakan dalam 3 tahap, antara lain:

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 pusat penelitian dan pengabdian kepada masyarakat (PPPM) Stikes A. Yani Yogyakarta.
- c. Melakukan studi pendahuluan di lapangan untuk menentukan subyek yang menjadi responden dalam studi kasus. subyek yang telah ditentukan yaitu Ny. S umur 37 Tahun multipara di Puskesmas Tempel II Sleman.
- d. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke Puskesmas Tempel II Sleman.

- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 18 Januari 2018.
- f. ANC dilakukan 4 kali dimulai dari usia kehamilan 36⁺¹ minggu.
- g. Melakukan penyusunan LTA.
- h. Bimbingan dan konsultasi proposal LTA.
- i. Melakukan seminar proposal.
- j. Revisi proposal.

2. Tahapan Pelaksanaan

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

Pemantauan yang dilakukan yaitu:

- 1) Pemantauan ibu hamil dilakukan dengan cara meminta nomor HP pasien dan keluarga pasien agar sewaktu-waktu bisa menghubungi pasien langsung.
- 2) Meminta ibu hamil atau keluarga menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu ibu hamil mengalami kontraksi.
- 3) Melakukan kunjungan rumah untuk memantau kesehatan ibu dan janin.

- b. Melanjutkan asuhan kebidanan komprehensif

- 1) Asuhan INC (*Intranatal Care*)

Kegiatan yang dilakukan yaitu pengambilan data di RSUD Sleman untuk mengetahui proses persalinan kala I sampai

dengan kala IV, karena penulis tidak mendampingi secara langsung.

- 2) Asuhan PNC (*Postnatal Care*) dilakukan pada hari ke 2, hari ke-12, dan hari ke-37 *post partum*, dan dilakukan pendokumentasian SOAP

Asuhan pada PNC yaitu:

- a) Pada KF1 melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus untuk mencegah perdarahan postpartum, menilai tanda bahaya masa nifas, memberikan asuhan komplementersenam nifas.
- b) Pada KF2 yaitu melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, memastikan ketidaknyamanan, memberikan konseling tentang nutrisi.
- c) Pada KF3 yaitu melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, menanyakan tentang penyulit-penyulit yang terjadi pada maaa nifas, memberikan konseling KB

- 3) Asuhan neonatus dilakukan sejak bayi baru lahir sampai usia 28 hari atau sampai dilakukan KN3 dan dilakukan pendokumentasian SOAP.

Asuhan pada neonatus yaitu:

- a) Pada KN1 dan KN2 tidak dilakukan asuhan karena bayi terdapat masalah dan harus dilakukan perawatan intensif di RSUD Sleman, sehingga kegiatan yang dilakukan yaitu

pengambilan data di RSUD Sleman untuk melanjutkan asuhan berkesinambungan pada bayi Ny. S.

- b) Pada KN3 melakukan pemeriksaan fisik, memberikan KIE kepada ibu tentang tentang imunisasi BCG, ASI eksklusif, memberikan asuhan komplementer pijat bayi.

3. Tahap Penyelesaian

Berisikan tentang penyusunan laporan hasil asuhan yang dimulai dari penulisan hasil, penyusunan pembahasan, penarikan kesimpulan dan merekomendasikan saran, sampai persiapan ujian hasil LTA.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mufdlilah (2009) metode SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat.

1. S (Subjektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. O (Objektif)

Merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lainnya.

3. A (Analisa)

Merupakan pendokumentasian kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga, dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini:

Diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial, serta perlu mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial dan kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi: tindakan mandiri, tindakan kolaborasi, dan tindakan merujuk pasien.

4. P (Penatalaksanaan)

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisa dan interpretasi data. Menurut Helen Varney langkah kelima, keenam, dan ketujuh, pendokumentasian P dalam SOAP ini adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien. Dalam planning juga harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan.