

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir

Metode yang digunakan dalam asuhan komprehensif adalah asuhan kebidanan yang berkesinambungan yang dimulai dari kehamilan trimester III, persalinan, nifas dan asuhan pada bayi baru lahir yang dilakukan dari pengkajian sampai evaluasi data perkembangan, hal tersebut merupakan jenis penelitian deskriptif kualitatif. Sedangkan desain penelitian yang digunakan adalah Asuhan Kebidanan Berkesinambungan yang dilakukan dengan mendampingi ibu mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, dan BBL (*Continuity of Care*). Laporan tugas akhir yang dilaksanakan yaitu asuhan kebidanan berkesinambungan pada ibu hamil yaitu pada Ny. F usia 30 tahun multigravida pada trimester III di PMB Supriyati yang akan dipantau mulai dari kehamilan sampai mendampingi proses persalinan, nifas dan bayi barulahir.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

1. Asuhan Kehamilan: asuhan kebidanan pada ibu hamil mulai usia kehamilan 41 minggu 2 hari
2. Asuhan Persalinan: asuhan kebidanan yang dilakukan mulai dari kala I sampai observasi kala IV.
3. Asuhan Nifas: asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas dimulai dan pada saat berakhirnya observasi kala IV sampai dengan kunjungan ketiga (KF3).
4. Asuhan Bayi Baru Lahir: memberikan asuhan dan perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai kunjungan neonatus ketiga (KN3).

C. Tempat dan Waktu Asuhan Berkesinambungan

1. Tempat studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di PMB Supriyati Sleman, dan di rumah pasien yang beralamat Gamelan Sendangtirto Berbah Sleman.

2. Waktu kasus ini dilaksanakan pada bulan Mei 2020 sampai dengan bulan Juni 2020

D. Objek Laporan Tugas Akhir

Dalam penulisan studi kasus Asuhan Kebidanan Berkesinambungan, penulis menggunakan objek Ny. F umur 30 tahun multigravida usia kehamilan 41 minggu 2 hari dengan kehamilan normal yang dikelola sampai dengan masa nifas selesai di PMB Supriyati.

E. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan observasi dan pemeriksaan fisik yaitu: tensimeter, stetoskop, Doppler, timbangan berat badan, thermometer, metline dan jam tangan.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu: pedoman wawancara, kuesioner, format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir.
- c. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan studi dokumentasi yaitu: catatan medik atau setatus pasien, dan buku KIA

2. Metode Pengumpulan Data

- a. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data dengan mewawancarai langsung responden yang diteliti, metode ini memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2012). Wawancara yang telah dilakukan dengan Ny. F umur 30 tahun multigravida untuk mendapatkan data subjektif, yaitu menanyakan identitas, riwayat kehamilan, persalinan yang lalu, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan saat ini, riwayat kontrasepsi riwayat kesehatan, keadaan psikologi dan spiritual, dan pengetahuan ibu.

- b. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung terhadap responden yang diteliti untuk mencari perubahan atau hal yang akan diteliti (Hidayat, 2012).

Observasi pada laporan ini dilakukan untuk memperoleh data yang meliputi ekspresi wajah, pandangan klien, personal hygiene, dan kebersihan lingkungan.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan komponen pengkajian kesehatan yang bersifat objektif yang dilakukan dengan cara melakukan pemeriksaan pada tubuh pasien dengan cara inspeksi, perkusi, palpasi, dan auskultasi (Abrori, 2017). Pemeriksaan studi kasus dilakukan dengan head to toe.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboraturium, pemeriksaan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dari pengambilan sampel berupa darah dan urin untuk menegakan diagnose (Sugiyono, 2013).

e. Studi Dokumentasi

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, 2012). Dalam kasus ini penulis mendapatkan data dari buku KIA dan rekam medis pasien

f. Studi Pustaka

Studi pustaka merupakan suatu kerangka, konsep untuk melakukan analisis dan klasifikasi fakta yang dikumpulkan dalam penelitian yang dilakukan. Sumber-sumber rujukan (buku, jurnal, majalah) yang diacu hendaknya relevan dan terbaru (Amelia & Nulniuna, 2019).

F. Prosedur LTA

1. Tahap Persiapan

- a. Melakukan observasi tempat dan sasaran studi kasus di lapangan yaitu PMB Supriyati Sleman Yogyakarta
- b. Mengajukan surat izin ke prodi Kebidanan (D-3) untuk pencarian

pasien study kasus.

- c. Mengajukan surat izin melakukan asuhan kepada bagian PPPM Universitas Jendral Achmad Yani Yogyakarta pada tanggal 28 April 2020
- d. Melakukan studi pendahuluan di rumah responden di Gamelan sendangtirto berbah sleman untuk menentukan objek yang menjadi responden dalam studi kasus pada tanggal 27 April 2020, objek yang digunakan adalah Ny. F umur 30 tahun G2P1A0AH1 usia kehamilan 37 minggu 6 hari
- e. Melakukan perizinan untuk studi kasus ke PMB Supriyati pada tanggal 27 April 2020

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Memantau keadaan pasien dengan kunjungan rumah atau dengan menghubungi lewat via handphone. Pemantauan yang dilakukan yaitu:
 - 1) Memita ibu atau keluarga untuk menghubungi mahasiswa jika ada keluhan atau jika mengalami suatu tanda-tanda persalinan.
 - 2) Melakukan kontrak dengan PMB agar menghubungi mahasiswa sewaktu-waktu pasien ibu hamil datang ke PMB
- b. Melakukan asuhan kebidanan komperhensif

1) Asuhan ANC (*AntenatalCare*)

Dilakukan Asuhan sebanyak 2 kali yaitu 1 kali kunjungan di rumah pasien dan 1 kali kunjungan di PMB Supriyati, asuhan dimulai pada usia kehamilan 41 minggu 2 hari di PMB Supriyati diantaranya sebagai berikut:

- a) Kunjungan pertama dilakukan di rumah pasien dengan usia kehamilan 41 minggu 2 hari yaitu:
 - (1) Menanyakan keadaan ibu saat ini
 - (2) Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung Fe agar Hb ibu naik
 - (3) Memberikan KIE tablet Fe
 - (4) Memberikan KIE tanda bahaya kehamilan TM III

- (5) Memberikan KIE P4K
 - (6) Memberikan motivasi terhadap ibu terkait kehamilan lebih bulan
 - (7) Menganjurkan ibu untuk segera melakukan kunjungan ke PMB
- b) Kunjungan kedua dilakukan di PMB Supriyati dengan usia kehamilan 41 minggu 3 hari yaitu
- (1) Memberikan motivasi kembali pada ibu agar tidak cemas
 - (2) Menganjurkan ibu untuk berhubungan seksual agar memacu terjadinya kontraksi
 - (3) Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan pada pagi hari atau sore hari agar kepala bayi semakin turun
 - (4) Menganjurkan ibu untuk memantau gerakan janinnya
 - (5) Mengevaluasi kembali terkait tanda bahaya TM III
 - (6) Mengevaluasi kembali terkait P4K
 - (7) Memberikan KIE tanda-tanda persalinan
 - (8) Memberikan asuhan komplementer pemberian sari kurma
 - (9) Memberikan asuhan komplementer senam hamil
 - (10) Memberikan terapi obat
 - (11) Menganjurkan ibu untuk segera melakukan USG
 - (12) Melakukan dokumentasi
- 2) Asuhan INC (*Intranatal Care*)
- a) Mendampingi pasien pada proses persalinan kala I yaitu
 - (1) Menganjurkan ibu untuk miring kiri agar mempercepat penurunan janin
 - (2) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi, sebagai energi saat persalinan
 - (3) Mengajarkan ibu cara bernafas yang benar ketika ada kontraksi
 - (4) Memberikan asuhan komplementer *counterpressure*
 - (5) Menganjurkan keluarga untuk menemani ibu dan

- memberikan semangat pada ibu
- (6) Melakukan observasi keadaan ibu dan janin
 - (7) Menyiapkan perlengkapan persalinan
- b) Mendampingi pasien pada proses persalinan kala II yaitu:
- (1) Memastikan perlengkapan persalinan
 - (2) Mengajarkan ibu posisi yang benar dan cara mengejan yang baik dan benar
 - (3) Menganjurkan ibu untuk minum apabila tidak ada kontraksi
 - (4) Memberikan dukungan moril dan semangat pada ibu
 - (5) Melakukan pertolongan persalinan sesuai APN
- c) Mendampingi pasien pada proses persalinan kala III yaitu
- (1) Memeriksa apakah ada janin kedua atau tidak
 - (2) Melakukan penyuntikan oksitosin 10 IU
 - (3) Melakukan jepit potong tali pusat
 - (4) Melakukan IMD
 - (5) Memindahkan klem tali pusat berjarak 5-10 cm dari vulva
 - (6) Melihat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler, terdapat semburan darah, dan tali pusat memanjang
 - (7) Melakukan PTT
 - (8) Melakukan massase selama 15 detik
 - (9) Melakukan pengecekan plasenta
 - (10) Mengecek ada tidak nya laserasi
- d) Mendampingi pasien pada proses persalinan kala IV yaitu
- (1) Melakukan penjahitan karena terdapat laserasi
 - (2) Membersihkan ibu dari paparan darah menggunakan air bersih dan membantu ibu mengganti pakaian
 - (3) Membereskan alat dan mendekontaminasi alat di larutan klorin
 - (4) Mengajarkan suami dan keluarga untuk memassase ibu, untuk memantau ada tidak nya kontraksi

- (5) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum
- (6) Melakukan pemantauan post partum selama 2 jam, dengan memantau keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, respirasi, suhu, kontraksi uterus, banyaknya darah dan kandungan kemih
- (7) Memberikan terapi obat
- (8) Memindahkan ibu dan bayi ke ruang nifas

3) Asuhan PNC (*Postnatal Care*)

Dilakukan setelah kala IV sampai dengan 42 hari postpartum dan melakukan KF3, berikut asuhan yang akan diberikan pada saat nifas :

- a) Melakukan pendampingan postpartum 6-48 jam (KF1)
 - (1) Memantau keadaan umum ibu
 - (2) Memantau jumlah pengeluaran darah
 - (3) Mengajarkan ibu dan keluarga cara *massage fundus uteri*
 - (4) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
 - (5) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi dengan baik
 - (6) Memberikan KIE personal hygiene
 - (7) Memberikan KIE nutrisi selama nifas
 - (8) Memberikan KIE tanda bahaya masa nifas
 - (9) Mengajarkan ibu teknik menyusui yang baik dan benar
 - (10) Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya minimal 2 jam sekali
 - (11) Memberikan KIE ibu cara dan waktu yang tepat untuk menjemur bayinya
 - (12) Memberikan terapi obat
- b) Melakukan pendampingan postpartum 4-28 hari (KF2), akan dilakukan pada hari ke-6 postpartum:
 - (1) Memantau keadaan umum ibu
 - (2) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu
 - (3) Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi
 - (4) Memberikan konseling tentang ASI Eksklusif

- (5) Memberikan komplementer pijat oksitosin
- c) Melakukan pendampingan postpartum pada 29-42 hari (KF3), akan dilakukan pada hari ke- 28 postpartum:
 - (1) Memantau keadaan umum ibu
 - (2) Memberikan konseling tentang KB IUD
- 4) Asuhan Neonatus

Neonatus merupakan bayi usia 0-28 hari, dimana terdapat asuhan neonatus, asuhan neonatus tersebut meliputi :

 - a) Melakukan pendampingan pada neonatus berumur 6-48 jam (KN1)
 - (1) Menjaga bayi agar tetap hangat
 - (2) Melakukan inisiasi dini
 - (3) Pemberian suntik vitakin K1
 - (4) Pemberian salep anti biotik
 - (5) Pemberian imunisasi HB0
 - (6) Pemeriksaan fisik bayi barulahir
 - (7) Pemantauan tanda bahaya
 - (8) Memberikan konseling mengenai perawatan talipusat
 - b) Melakukan pendampingan pada neonatus berumur 3-7 hari (KN2), akan dilakukan pada hari ke-6 setelah melahirkan:
 - (1) Menjaga bayi agar tetap hangat
 - (2) Memberikan konseling kepada ibu mengenai cara menjaga kebersihan padabayi
 - (3) Memandikan bayi 2 kalisehari
 - (4) Memberikan konseling ASI eksklusif selama 6 bulan
 - c) Melakukan pendampingan pada neonatus berumur 8-28 hari (KN3), akan dilakukan pada hari ke-28 setelah melahirkan:
 - (1) Menjaga agar bayi tetaphangat
 - (2) Melakukan perawatan bayi dan memantau adanya tanda bahaya bayi
 - (3) Memberikan ibu jadwal imunisasi BCG

(4) Memberikan asuhan komplementer berupa pijatbayi

c. Tahap penyelesaian

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

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Menurut Mangkuji, dkk (2013) pendokumentasian kebidanan yang dilakukan dengan dokumentasi SOAP yaitu :

1. S (*Subjektif*)

Pada data subjektif dapat dilakukan dengan pendokumentasian hasil pengumpulan data dan klien melalui anemesis. Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien bisa dilihat dari ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya.

2. O (*Objektif*)

Data objektif dapat dilakukan dengan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium dan informasi dari keluarga atau orang lain.

3. A (*Assessment*)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif, diagnosis masalah utama dan masalah potensial serta diagnosis antisipasi tindakan segera.

4. P (*Planning*)

Pendokumentasian dari tindakan dan evaluasi yang meliputi : asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostic/laboratorium, konseling dan tindak lanjut (follow up).