BAB III
METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis dan Metode laporan tugas akhir

Metode yang dilakukan dalam studi kasus asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny E umur 23 tahun di Klinik Pratama Kedaton Bantul Yogyakarta menggunakan metode deskriptif dengan study kasus (*case study*), Metode deskriptif merupakan metode yang meneliti satu objek dengan tujuan untuk mendiskripsikan hasil penelitian secara sistematis, faktual, dan aktual terhadap fakta-fakta, serta hubungan fenomena/kejadian-kejadian yang terjadi pada klien saat melakukan asuhan, dan melaksanakan asuhan berkesinabungan pada pasien yang dimulai dari masa kehamilan sampa masa nifas (Johrahayaty *et al*., 2019).

Continouty of care (COC) atau asuhan berkesinabungan merupakan asuhan yang diberikan terus menerus dari kehamilan, persalinan, sampai mendapatkan pelayanan (KB) keluarga berencana, (Yani & Yanti, 2016).

B. Komponen asuhan berkesinabungan

Komponen asuhan berkesinabungan ini ada 4 komponen yang diberikan, yaitu asuhan selama kehamilan , persalinan, nifas dan bayi baru lahir .

1. Asuhan kehamilan

   Asuhan yang diberikan pada masa kehamilan yang dimulai dari usia kehamilan trimester III awal usia kehamilan 29 minggu 4 hari.

2. Asuhan persalinan

   Asuhan yang diberikan pada ibu bersalin yang dimulai dari pemantauan dan penanganan kala I,II III,IV.

3. Asuhan nifas

   Asuhan yang diberikan setelah ibu mendapatkan asuhan kala IV sampai (KF3) atau kunjungan nifas yang terakhir .

4. Asuhan bayi baru lahir

   Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir sampai neonatus (KN3)

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

C. Tempat dan waktu stusi kasus asuhan kebidanan berkesinabungan

1. Tempat studi kasus

   Studi kasus ini dilaksanankan di Klinik Pratama Kedaton Bantul Yogyakarta dan di rumah Ny. E Bedukan Pleret Bantul Yogyakarta.

2. Waktu

   Studi kasus ini akan ilaksanankan pada 12 Desember 2019 sampai 26 April 2020

D. Objek studi kasus

Objek yang gunakan dalam studi kasus Laporan Tugas Akhir Asuhan Berkesinabungan ini dilakukan pada Ny. E umur 24 tahun primipara usia kehamilan 29 minggu 4 hari di Klinik Pratama Kedaton Bantul Yogyakarta

E. Alat dan metode pengumpulan data

1. Alat pengumpulan data
   a. Alat yang digunakan untuk melakukan wawancara adalah format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir , nifas.
   b. Alat yang digunakan untuk observasi separti tensi meret, termometer, stetoskop, LILA, handscoon, timbangan berat badan, metline, dopler, jam.
   c. Alat yang digunakan untuk studi dokumentasi yaitu status buku KIA dan rekam medis pasien.
2. Metode pengumpulan data
   a. Wawancara

      Wawancara adalah suatu metode pengumpulan data dengan tanya jawab kontak secara lngsung/ tatap muka pada pasien atau keluarga pasien yang dianggap mampu memberikan informasi dari data pasien (Sulistyaningsih, 2011). Pada studi kasus ini wawancara dilaksanakan di rumah pasien saat meminta pesetujuan pasien *informed consent* dan melakukan wawancara mengkaji untuk mendapatkan data subjektif pasien dengan menggunakan koisioner SMD, sebagai berkut:

      1) Identitas ibu
      2) Riwayat kesehatan

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

3) Keluhan ibu
4) Riwayat pemenuhan kebutuhan sehari-hari, istirahat, dan eiminaisi
5) Riwaayat menstruasi
6) Riwayat obstetrik
7) Gerakan
8) Pisikologi

b. Observasi

Observasi adalah cara atau metode pengumpulan data dengan melakukan pemantauan atau pengamatan secara langsung pada objek yang diteliti dari melihat mendengarkan dan merasakan. Dalam penelitian ini observasi pada pasien dimulai dari masa kehamil sampai masa nifas, seperti melihat keadaan umum pasien, (Saleh *et al* ,. 2013).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksan fisik adalah pemeriksaan lengkap pada pasien yang bertujuan untuk mengetahui kesehatan unum dan adanya kelainan pada ibu (Rajap, Faratidhina, & Fauziah, 2018).

Pemeriksaan yang dilakukan seperti pemeriksaan fisik secara *haed to toe* pemeriksaan yang dilakukan dari kepala sampai kaki, pemeriksaan tanda-tanda vital, penimbangan berat dan pengukuran tinggi badan, dan keadaan umum pasien.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan laboratorium (dengan cara mengambil sampel darah ataupun urin), rontgen, dan USG, HIV/AIDS. Peneliti menulis hasil pemeriksaan laboratorium pada dokumen pemeriksaan pasien.

e. Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan hasil yang sudah didapatkan komunikasi yang akurat dan lengkap yang dapat menjadi bukti (Sudaryono, 2016).

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

Dokumentasi yang dikunakan dalam kasus ini seperti rekam medis pasien yang ada Klinik Pratama Kedaton, buku KIA pasien, dan foto yang di ambil penulis atas persetujuan pasien.

f. Studi pustaka

Studi pustaka yang dilakukan dengan mempelajari serta mengumpulkan data teori atau referensi yang relevan berhubungan dengan studi kasus yang di bahas (Nawang *et al*,. 2017), dan studi pustakan ini akan di tulis di daftar pustaka.

F. Prosedur penelitian

1. Tahap persiapan

Yang pertama sebelum melakukan studi kasus penulis harus mempersiapkan beberapa hal seperti:

a. Melakukan survey tempat lokasi yang akan dijadikan tempat studi kasus di lapangan yaitu Klinik Pratama Kedaton Bantul Yogyakarta pada tanggal 10 Januari 2020.
b. Melakukan studi pendahuluan untuk menentukan kasus yang akan menjadi responden di Klinik Pratama Kedaton dengan subjek penelitian Ny E umur 24 tahun Primipara G1P0A0 umur kehamilan 29 minggu 4 hari pada tnggal 12 januari 2020
c. Meminta persetujuan pasien dengan menandatangani infoemed consent di atas materai 6000 pada tangga 12 januari 2020.
d. Meminta surat perijinan, dan memberikan surat perijinan ke lahan praktik 14 Januari 2020
e. Memberikan lembar informed consent ke PPPM untuk meminta surat perizinan dan memberikan ke lahan pada tanggal 21 januari 2020.

2. Tahap pelaksanaan

Dalam studi kasus ini penulis akan melakukan asuhan berkesinabungan yang dimulai dari :

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
PERPUSTAKAAN
YOGYAKARTA

a. Asuhan (ANC) Ante Natal Care

Rencana asuhan yang akan diberikan selama kehamilan diberikan 4 kali, 2 kali kunjungan rumah dan 2 kali kunjungan di klinik. Dan melakukan dokumentasi dalam bentuk SOAP.

Rancana asuhan yang akan diberikan seperti:

1) KIE GIZI pada ibu hamil.
2) KIE tanda bahaya
3) KIE ketidaknyamanan
4) KIE tanda bahaya pada ibu hamil
5) KIE P4K
6) Pemeriksaan kehamilan seperti pengukuran TFU dan leopoad, dan memberikan vitamin dan tablet FE pada ibu hamil
7) Asuhan komplementer yoga dan pemberian sari kurma

b. Asuhan (INC) intranatal care

Rencana asuhan yang akan diberikan pasa saat persalina dengan melakukan pendampingan pada saat ibu bersalin dan melakukan pendokumentasian dengan melihat catatan hasil ovservasi pasien, hasil fatograf, dari buku KIA, dan anamnesa dari pasien dan bidan.

Rencana asuhan yang akan diberikan saat ibu bersalin adalah:

1) Mendampingi ibu bersalin dari kala I sampai kala IV.
2) Memberikan asuhan komplementer relaksasi nafas dan masase punggung
3) Memberikan dukungan moril dan semangat pada ibu dan memberikan relaksasi, seperti menarik nafas panjang dan keluarkan melalui hidung saat ada kontraksi.
4) Memperikan pertolongan persalinan pada ibu bersalin dengan 60 langka APN yang diterapkan.
5) Setelah bayi lahir mengajarkan ibu dan keluarga untuk masase uterus agar mencegah terjadinya pendarahan

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

c. Asuhan (PNC) post natal care

Rencana asuhan yang dimulai setelah pemantauan kala IV sampai masa nifas berakhir atau 42 hari post partum dengan dokumentasi menggunakan metode SOAP.

Rncana asuhan yang akan diberikan dimulai dari KF 1 sampai KF3:

1) KF1 (kunjungan nifas yang pertama), mengajarkan ibu masase uterus untuk mencegah pendarahan, memberitahu ibu mengenai penberian ASI, melakukan rawat gabung, mengajarkan ibu tentang perawatan bayi baru lahir, memberikan asuhan komplementer pijat oksitosin dan menganjurkan ibu kunjungan nifas selanjutnya .
2) KF 2 (kunjungan nifas yang ke-2), pada kunjungan nifas yang ke-2 bidan memberikan pendidikan kesehatan masa nifas seperti pemenuhan kebutuhan gizi masa nifas, perawatan payudara, kebutuhan seksual, memberikan informasi tanda bahaya masa nifas, membarikan informasi mengenai keluarga berencana (KB) seperti macam- macam alat KB, mekanisme kerja, jangka waktu, keuntungan kerugian dan efek samping, dan menganjurkan ibu untuk kunjungan nifas selanjutnya.
3) KF 3 (kunjungan nifas terakhir), memastikan alat kontrasepsi yang akan ibu gunakan, dan melihat pengeluara ASI, dan tetap sedikit mengulang tentang pendidikan kesehatan masa nifas, informasi mengenai keluarga berencana (KB) seperti macam- macam alat KB, mekanisme kerja, jangka waktu, keuntungan kerugian dan efek samping.

d. Asuhan (BBL) bayi baru lahir

Rencana asuhan yang akan diberikan pada bayi baru lahir sampai bayi berumur 28 hari atau sampai masa neonatus selesai dengan dokumentasi menggunakan metode SOAP.

Asuhan yang diberikan yaitu :

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

1. bayi segera setelah lahir, dari perawatan bayi baru lahir seperti menjaga kehangatan dan melakukan IMD (inisiasi menyusui dini) memberikan VIT K dan salep mata pada bayi.
2. KN 1 memberikan ASI eklusif, memberikan imunisasi HB 0,megajarkan perawatan tali pusat, mengajarkan ibu untuk mengenali tanda-tanda infeksi, dan menganjurkan untuk kunjungan ulang pada kunjungan nifas yang ke-2.
3. KN 2 memberikan ASI eklusif memberikan pendidikan kesehatan neonatus seperti tanda bahaya pada neonatus , personal hygine seperti mengganti popok, mandi, perawatan tali pusat, menjemur bayi, tetap menjaga kehangatan bayi dan menganjurkan kunjungan ulang pada KN 3.
4. KN 3 memastian bayi tetap mendapatkan ASI eklusif, tetap memberikan pendidikan kesehatan pada bayi dari menjaga kebersihan dan selalu menjaga kehangatan, memberikan asuhan komlementer seperti pijat bayi dan memantau tumbuh kembang bayi dari berat badan, lingkar kepala, panjang badan, dan menganjurkan bayi untuk di imunisasi BCG pada usia 1 bulan, memberikan asuhan komplementer pijat bayi, dan menganjurkan untuk kunjungan ulang jika ada keluhan

3. Tahap penyelesaian

Tahap ini adalah akhir dari pelaksanaan studi kasus yang dilaksanakan, yang dilakukan dari penyusunan studi kasus sampai pemaparan hasil studi kasus yang sudah dilaksanakan.

G. Sistematika dokumentasi kebidanan

Pendokumentasian kebidanan menggunakan motode SOAP (subjektif, objektif, assessment, dan planning), (Sembiring, 2019).

1. Subjektif

Pendokumentasian yang didapatkan dari hasil pengumpulan data seperti anamnesa atau tanya jawab dengan pasian dengan pertanyaan yang berhubungan dengan diaknosis pasien.

UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI PERPUSTAKAAN YOGYAKARTA

2. Objektif

   Pendokumentasian yang didapatkan dari hasil pemeriksaan yang dilakukan pada pasien seperti observasi, pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang / laboratorium.

3. Assessment

   Pendokumentasian dari hasil analisa dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif sehingga mendapatkan hasil dikanosa kebidanan.

4. Planning

   Planning merupakan perencanaan asuhan yang akan diberikan berdasarkan hasil assesmen, yang bertujuan untuk tercapainya kondisi pasien yang optimal, memenuhi kesejahteraan pasien dan memenuhi kebutuhan pasien.

PEPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA