

BAB III

METODE LAPORAN TUGAS AKHIR

A. Jenis 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 deskriptif. Jenis penelitian deskriptif yang digunakan yaitu studi penelaah kasus (*case study*) yang merupakan penelitian suatu permasalahan yang berhubungan dengan kasus ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir pada orang tertentu disertai dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian-kejadian yang muncul dan dilakukan tindakan.

B. Komponen Asuhan Berkesinambungan

Komponen asuhan berkesinambungan memiliki 5 komponen asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan pada persalinan, asuhan masa nifas, asuhan neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana. Adapun terdapat definisi operasional asuhan antara lain:

1. Asuhan kehamilan : Asuhan Kebidanan pada ibu hamil yang dilakukan mulai usia 25 minggu 2 hari sampai dengan 40 minggu/sesuai dengan HPL.
2. Asuhan persalinan : Asuhan kebidanan pada ibu bersalin yang dilakukan mulai dari observasi persalinan kala I sampai dengan tahap observasi kala IV.
3. Asuhan nifas : Asuhan kepada ibu nifas yang dilakukan pada ibu nifas dimulai dari saat berakhirnya observasi kala IV sampai dengan kunjungan nifas keempat (KF3)
4. Asuhan bayi baru lahir : Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dilakukan adalah perawatan bayi dari awal kelahirannya sampai dengan kunjungan neonatus (KN3).
5. Asuhan Keluarga Berencana : Asuhan yang diberikan pada ibu berupa konseling KB dan membantu ibu untuk menentukan Kb yang cocok sesuai dengan kondisi ibu.

C. Tempat dan waktu

1. Tempat studi kasus

Studi kasus asuhan kebidanan dilaksanakan di PMB Wiwiek Dwi Prapti Kabupaten Bantul Yogyakarta dan rumah Ny S.

2. Waktu studi kasus

Pelaksanaan studi kasus ini dilakukan dari bulan Februari sampai Mei 2020.

D. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan dalam melakukan proposal Laporan Tugas Akhir yaitu asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny.S umur 19 tahun yang dimulai pada usia 25 minggu 2 hari kemudian dikelola sampai dengan nifas.

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, termometer (suhu) , hp dan jam tangan.
- b. Alat dan bahan yang digunakan untuk melakukan wawancara yaitu 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 (status pasien) dan buku KIA.

2. Metode pengumpulan data

a. Wawancara

Menurut Notoatmodjo, 2012 wawancara merupakan tanya jawab yang dilakukan antara orang yang mencari informasi (pewawancara) dengan orang yang memberi informasi (narasumber) yang bertujuan untuk memperoleh dan mengumpulkan data dan informasi.

Wawancara yang dilakukan dengan Ny.S dan keluarga, serta tenaga medis (bidan) di BPM Wiwiek Dwi Prapti untuk mengumpulkan data

subyektif ibu hamil yang meliputi, identitas ibu dan keluarga, riwayat kehamilan yang lalu dan sekarang, serta riwayat kesehatan ibu dan keluarga.

b. Observasi

Observasi merupakan dimana penulis mengamati hasil perbuatan seseorang secara aktif dan penuh perhatian. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden untuk melihat perubahan-perubahan atau hal-hal yang diteliti (Hidayat, 2010).

Pengumpulan data secara indera penglihatan yaitu gerak-gerik pasien, pandangan klien, kebersihan rumah klien, *personal hygiene*, kebiasaan klien. Hasil observasi yang telah dilakukan kepada Ny.S yaitu Ny.S menjaga kebersihan diri maupun lingkungannya serta memperhatikan terhadap kesehatan dirinya.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pengumpulan data dengan cara melakukan pemeriksaan fisik kepada klien dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik untuk kasus asuhan berkesinambungan ini dilakukan dengan cara *head to toe* dan pemeriksaan fisik dilakukan atas izin dari klien dan keluarga dibuktikan dengan lembar *inform concent*. Pemeriksaan yang telah dilakukan meliputi pemeriksaan dari ujung kepala sampai ujung kaki klien.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontage, dan USG. Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara pengambilan sampel darah dan urin untuk menegakkan suatu diagnosa.

Dalam studi kasus ini penulis mengobservasi hasil pemeriksaan laboratorium darah, urin, dan berkolaborasi dengan dokter SpoG untuk pemeriksaan USG. Pemeriksaan penunjang yang telah didapatkan yaitu

dari data rekam medis maupun buku KIA (Hb 9 gr%) hasil pemeriksaan USG serta hasil data yang telah melakukan ANC terpadu di puskesmas.

e. Studi dokumentasi

Semua bentuk informasi yang berhubungan dengan dokumen-dokumen baik resmi maupun tidak resmi seperti laporan dan catatan rekam medis (Sugiyono, 2013). Dalam studi kasus ini studi dokumentasi berbentuk data skunder dari ibu hamil dan PMB Wiwiek Dwi Prapti, data sekunder yaitu berupa buku KIA dan rekam medik klien.

Pada studi kasus ini peneliti menggunakan catatan medis pasien yaitu buku KIA sebagai dokumen yang resmi untuk dijadikan acuan selama melakukan penelitian pada klien di PMB Wiwiek Dwi Prapti maupun di kunjungan rumah klien pada penelitian selanjutnya. Data dokumentasi didalam laporan ini adalah data primer.

f. Studi pustaka

Studi pustaka merupakan teknik kajian teoritis, referensi serta literatur ilmiah lainnya, yang berkaitan dengan budaya, nilai dan norma, yang berkembang pada situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2013).

F. Prosedur Laporan Tugas Akhir

Studi kasus dilaksanakan dalam tiga tahapan, yaitu sebagai berikut :

1. Tahap persiapan

Persiapan-persiapan yang harus dilakukan sebelum melakukan penelitian, dilapangan yaitu:

- a. Melakukan observasi atau pemantauan tempat dan sasaran studi kasus dilapangan.
- b. Menanyakan prosedur untuk izin melakukan studi pendahuluan.
- c. Meminta surat izin mencari pasien ke bagian admin.
- d. Melakukan studi pendahuluan dilapangan untuk menentukan subjek yang menjadi responden studi kasus yaitu pada Ny.S umur 19 tahun

Primigravida umur kehamilan 25 minggu 2 hari di PMB Wiwiek Dwi Prapti Bantul, Yogyakarta.

- e. Meminta kesediaan responden untuk ikut serta dalam studi kasus untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) pada tanggal 16 Januari 2020.
 - f. Mengajukan surat permohonan studi pendahuluan dan memberikan bukti persetujuan (*informed consent*) kepada bagian PPPM Fakultas Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta dengan nomer B/332/PPPM/I/2020.
 - g. Melakukan perizinan untuk studi kasus di PMB Wiwiek Dwi Prati, Bantul, Yogyakarta.
 - h. Melakukan asuhan secara berkesinambungan pada pasien dari bulan Februari - Mei 2020
 - i. Melanjutkan penyusunan dan bimbingan proposal Laporan Tugas Akhir pada Januari – Februari 2020
 - j. Melakukan seminar proposal Laporan Tugas Akhir pada tanggal 11 Februari 2020.
 - k. Melakukan Revisi Laporan Tugas Akhir Maret – Oktober 2020
 - l. Melakukan bimbingan dan konsultasi Laporan Tugas Akhir September – Oktober 2020.
2. Tahap pelaksanaan
- a. Memantau keadaan klien dengan melakukan kunjungan rumah atau menghubungi melalui via handphone (HP).
 - 1) Pemantauan ibu hamil, nifas, bersalin, dan bayi baru lahir dilakukan dengan cara meminta nomer handphone klien dan keluarga agar sewaktu-waktu dapat menghubungi klien secara langsung.
 - 2) Meminta klien atau keluarga untuk menghubungi mahasiswa jika sewaktu-waktu klien merasakan kontraksi.
 - 3) Meminta pihak dari PMB Wiwiek Dwi Prati untuk memberi kabar apabila klien datang di PMB Wiwiek Dwi Prati dan sudah memasuki proses persalinan.

b. Melakukan kunjungan pemeriksaan komprehensif

1) Rencana Kunjungan *Antenatal Care* (ANC) yang dilakukan sebanyak 4 kali, yaitu 2 kali kunjungan di BPM Wiwiek Dwi Prapti dan 2 kali kunjungan di rumah Ny.S, Pemeriksaan Meliputi:

a) Kunjungan di BPM:

- (1) Melakukan Pemeriksaan anamnesis dan keluhan yang dirasakan ibu.
- (2) Melakukan pemeriksaan fisik meliputi tanda- tanda vital dan kondisi janin (TFU,TBJ,DJJ dan Gerakan janin).
- (3) Melakukan pemeriksaan laboratorium ulang seperti Hb dan gula darah serta berkolaborasi dengan dokter SPOG untuk USG.
- (4) Menganjurkan ibu untuk mengikuti senam hamil.
- (5) Memberikan komplementer jus jambu biji
- (6) Memberikan KIE tentang perawatan payudara.
- (7) Memberikan KIE ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III.
- (8) Memberikan KIE pemenuhan nutrisi.
- (9) Memberikan KIE P4K serta,
- (10) Memberikan KIE tanda-tanda persalinan.

b) Kunjungan di rumah Ny.S:

- (1) Melakukan pemeriksaan anamnesa dan keluhan yang dirasakan ibu
- (2) Melakukan pemeriksaan fisik tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi)
- (3) Membrikan KIE perawatan payudara
- (4) Memberikan KIE ketidaknyamanan pada kehamilan TM III
- (5) Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada kehamilan
- (6) Memberikan KIE tentang Pemenuhan nutrisi

- (7) Memberikan komplementer jus jambu biji
 - (8) Memberikan KIE P4K
 - (9) Memberikan Tanda-tanda persalinan
 - (10) Memberikan KIE tentang KB untuk ibu Menyusui.
- 2) Rencana Asuhan *Intra Natal Care* (INC) yaitu Melakukan pendampingan persalinan sesuai dengan HPL, memberikan asuhan komplementer dan melakukan asuhan dengan Asuhan Persalinan Normal (APN) serta melakukan pendokumentasian SOAP.
- (a) Mendampingi persalinan kala I dan memberikan komplementer aromaterapi lavender dan memantau kemajuan persalinan dari pembukaan 1 cm sampai pembukaan lengkap (10 cm). Memberikan motivasi, dukungan dan menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum untuk kekuatan ibu saat mengejan.
 - (b) Melakukan pertolongan kala II dari pembukaan lengkap sampai pengeluaran bayi
 - (c) Melakukan pertolongan Manajemen Aktif Kala III, yaitu dengan memeriksa janin kedua, suntik oksitosin, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT), melakukan Massase fundus.
 - (d) Melakukan pemantauan kala IV, yaitu dari pengeluaran uri sampai dilakukan penjahitan.
- 3) Rencana kunjungan *Post Natal Care* (PNC) dilakukan setelah pemantauan kala IV sampai dengan 6 minggu *postpartum*.
- (a) Kunjungan KFI (6 jam-8 jam setelah persalinan)
 - (1) Melakukan anamnesa dan keluhan ibu
 - (2) Memantau tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi).
 - (3) Melakukan pemantauan kontraksi uterus (*massase uterus*) untuk mencegah adanya perdarahan postpartum
 - (4) menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi

- (5) Mengajarkan ibu cara tehnik menyusui
 - (6) Menganjurkan ibu untuk pemberisn ASI awal
 - (7) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
- (b) Kunjungan KF II (6 hari setelah persalinan)
- (1) Melakukan anamnesa dan menanyakan keluhan
 - (2) Melakukan pemeriksaan fisik meliputi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi), kontraksi uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan abnormal, fundus uteri berjalan normal.
 - (3) Menilai adanya tanda-tanda adanya infeksi
 - (4) Memberikan KIE mengenai pemberian ASI eksklusif
 - (5) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi protein
 - (6) Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas
 - (7) Memberikan KIE mengenai personal hygiene dan perawatan perineum.
 - (8) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
 - (9) Memberikan asuhan komplementer pijat oksitosin
 - (10) Menganjurkan ibu untuk minum obat yang telah diberikan oleh bidan.
- (c) Kunjungan KF III (2 minggu setelah persalinan)
- (1) Melakukan anamnesa dan menanyakan keluhan
 - (2) Melakukan pemeriksaan fisik,
 - (3) Memastikan involusio berjalan dengan normal
 - (4) Mengamati adanya tanda-tanda infeksi dan demam
 - (5) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang berenergi
 - (6) Menganjurkan ibu untuk Menjaga personal higyene dengan baik
 - (7) Mengevaluasi pengeluaran ASI.
- (d) Kunjungan KF IV (6 minggu setelah persalinan)

- (1) Melakukan anamnesa dan menanyakan keluhan
 - (2) Melakukan pemeriksaan fisik
 - (3) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup
 - (4) Memberikan konseling KB
- 4) Rencana asuhan bayi baru lahir (BBL) yang akan dilakukan dari awal bayi lahir sampai dengan usia 28 hari.
- (a) Kunjungan KN I (6-48 jam)
 - (1) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - (2) Memantau keadaan umum bayi
 - (3) Melakukan pemeriksaan fisik (suhu, BB, TB, LK, nadi, pernafasan)
 - (4) Memberikan KIE tentang cara perawatan tali pusat
 - (5) Memberikan KIE untuk menjemur bayi setiap pagi
 - (6) Memberikan KIE ASI secara eksklusif/on demand
 - (7) Mengajarkan cara tehnik menyusui.
 - (8) Memberikan KIE tanda bahaya pada bayi
 - (9) Memberikan imunisasi HB 0
 - (b) Kunjungan KN II (3-7 hari)
 - (1) Menjaga kehangatan bayi
 - (2) Melakukan pemeriksaan fisik (suhu, nadi, respirasi, BB)
 - (3) Melakukan perawatan tali pusat agar selalu dalam keadaan bersih dan kering.
 - (4) Mennganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan bayi
 - (5) memastikan bayi mendapatkan ASI secara eksklusif
 - (6) Memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, seperti infeksi bakteri, ikterus, berat badan rendah, masalah pemberian ASI.
 - (c) Kunjungan KN III (8-28 hari)
 - (1) Melakukan pemeriksaan fisik (suhu, nadi, respirasi, BB)
 - (2) Memberikan KIE mengenai ASI eksklusif
 - (3) Menganjurkan ibu agar menjaga kebersihan bayi

- (4) Menjaga keamanan bayi.
 - (7) Memberikan komplementer pijat bayi
 - (5) Memberitahu ibu untuk Imunisasi BCG
 - (6) Menganjurkan ibu untuk memeriksakan pertumbuhan dan perkembangan bayi.
3. Tahap penyelesaian
- Tahap ini merupakan tahap akhir dalam studi kasus yang sudah dilakukan kepada ibu hamil trimester III sampai masa nifas dan penyusunan laporan hasil studi kemudian akan dilanjutkan dengan seminar Laporan Tugas Akhir (LTA) serta pembahasan hasil laporan.

G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan

Pendokumentasian atau manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan SOAP, yaitu sebagai berikut:

1. S (Data subyektif)
Berisi pengumpulan data pasien dengan anamnesa atau tanya jawab secara lengkap. Riwayat kunjungan sebelumnya melihat dari buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan Rekam Medis pasien.
2. O (Data Objektif)
Berisi pengumpulan data fokus berupa pemeriksaan fisik, pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan laboratorioum.
3. A (Analisa)
Berisi analisa dan interpretasi atau kesimpulan dari data subjektif serta data objektif yang telah dikumpulkan dan didapatkan.
4. P (Penatalaksanaan)
Pada pelaksanaan pendokumentasian SOAP terdapat cakupan tiga hal yaitu perencanaan asuhan, penatalaksanaan asuhan, dan evaluasi.