

## **BAB III**

### **METODE LAPORAN TUGAS AKHIR**

#### **A. Jenis dan Desain Laporan Tugas Akhir**

Asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. F mulai dari kehamilan, persalinan, neonatus, sampai dengan nifas ini menggunakan metode deskriptif yang merupakan metode telaah kasus. Metode deskriptif adalah metode yang mendeskripsikan objek yang ada (Zellatifanny & Mudjiyanto, 2018).

Asuhan yang diberikan meliputi asuhan kehamilan dari usia kehamilan 38 minggu, persalinan, neonatus dan nifas. Peneliti memberikan asuhan kepada Ny. F umur 30 tahun primipara di PMB Appi Ammelia Kasihan Bantul.

#### **B. Komponen Asuhan Berkesinambungan**

1. Asuhan kehamilan

Pada masa kehamilan asuhan yang di lakukan mulai dari usia kehamilan 38 minggu 6 hari sampai dengan menjelang persalinan

2. Asuhan persalinan

Asuhan persalinan dari dari kala I (fase laten) sampai dengan kala IV.

3. Asuhan Neonatus

Asuhan neonatus dilakukan mulai dari kunjungan Neonatus pertama (KN 1) sampai kunjungan ke tiga (KN 3).

4. Asuhan nifas

Asuhan nifas dilakukan mulai dari nifas hari pertama (KF 1) sampai kunjungan nifas ke empat (KF 4).

#### **C. Tempat dan Waktu Studi Kasus Asuhan Kebidanan**

1. Tempat pengumpulan data atau studi kasus

Tempat penelitian pengumpulan data ini dilakukan di PMB Appi Ammelia Kasihan Bantul, daerah istimewa Yogyakarta.

## 2. Waktu

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 5 Maret 2024 sampai dengan 16 April 2024.

### **D. Alat dan Metode Pengukuran Data**

#### 1. Alat pengumpulan data

- a. Alat bahan dalam pemantauan dan pemeriksaan fisik yaitu pengukur berat badan, pengukur tinggi badan, pengukur tekanan darah, stetoskop, metline dan pengukur suhu tubuh.
- b. Alat bahan dalam wawancara yaitu kertas, bolpoin, dan pedoman wawancara untuk asuhan kebidanan.
- c. Alat bahan dalam dokumentasi adalah catatan rekam medis dan buku KIA.

#### 2. Metode pengumpulan data

##### a. Wawancara

Wawancara yaitu sebuah metode penelitian, dengan cara face to face (tatap muka) sebagai alat untuk mengumpulkan data dan informasi meliputi tentang data pribadi seperti identitas pasien, keluhan pasien, siklus haid, riwayat perkawinan, riwayat hamil sampai nifas yang lalu, riwayat hamil sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat KB serta pola pemenuhan sehari-hari. Metode ini bisa dilakukan baik langsung maupun tidak langsung. Wawancara dimulai dari masa kehamilan, persalinan, neonatus dan masa nifas, adapun hal-hal yang terdapat dalam wawancara yaitu:

##### 1) Wawancara kehamilan

Wawancara yang dilakukan oleh peneliti di masa kehamilan meliputi beberapa hal yaitu identitas pasien, riwayat menstruasi, HPHT, keluhan, riwayat kehamilan, riwayat kesehatan, riwayat KB, pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pola nutrisi, pola istirahat, dan elergi obat maupun makanan.

2) Wawancara persalinan

Wawancara pada persalinan yang dilakukan oleh peneliti meliputi beberapa hal yaitu identitas ibu, kunjungan selama kehamilan, riwayat pernikahan, siklus menstruasi, riwayat kehamilan, pola pemenuhan nutrisi, pola BAK dan BAB, pola aktivitas, riwayat KB, riwayat kesehatan, dan keadaan psikososial.

3) Wawancara neonatus

Wawancara neonatus yang dilakukan oleh peneliti meliputi beberapa hal yaitu identitas pasien, identitas orang tua, keluhan, riwayat BAB dan BAK, tanggal lahir bayi, menyusui lancar atau tidak.

4) Wawancara nifas

Wawancara pada masa nifas yang dilakukan oleh peneliti meliputi beberapa hal yaitu identitas pasien, keluhan, masa nifas hari ke berapa, riwayat BAB dan BAK, pengeluaran asi, pengeluaran darah nifas, pemenuhan nutrisi dan istirahat (Kristina, 2024).

b. Observasi

Menurut Makbul (2021) observasi yaitu pengamatan dan pemantauan serta mencatat hal-hal yang didapatkan saat melakukan observasi. Observasi ini meliputi:

1) Pada kehamilan

Observasi masa kehamilan dilakukan mulai dari pemantauan TTV, pemantauan kenaikan berat badan, pemantauan kehamilan (pemeriksaan TFU, DJJ), pola pemenuhan nutrisi dan istirahat.

2) Pada persalinan

Observasi persalinan yaitu meliputi pemantauan TTV, DJJ, kontraksi uterus, pembukaan, pengeluaran cairan pervagina.

3) Pada neonatus

Observasi yang dilakukan pada neonatus yaitu meliputi observasi tanda-tanda vital bayi, suhu tubuh bayi, pemantauan tali pusat, pemantauan BAB dan BAK, pemantauan pemenuhan nutrisi.

4) Pada nifas

Observasi yang dilakukan pada masa nifas yaitu observasi TTV, observasi pengeluaran darah, pengeluaran asi, pemantau TFU, pemenuhan nutrisi, pola istirahat, dan psikososial.

c. Pemeriksaan fisik

Menurut Hidayati, (2019) pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dengan cara haad totoe dan menyeluruh untuk menegakkan masalah. Teknik pemeriksaan fisik yaitu pengamatan (inspeksi), pemeriksaan menggunakan kepekaan tangan (palpasi), pemeriksaan dengan kepekaan pendengaran (perkusi), pemeriksaan fisik mengandalkan kepekaan dengan menggunakan alat bantu seperti stetoskop (auskultasi). Pemeriksaan fisik meliputi :

1) Pemeriksaan kehamilan

Pemeriksaan yang dilakukan pada masa kehamilan yaitu pemeriksaan TTV, berat badan, DJJ, TFU, pemeriksaam payudara, bagian terbawah janin, leopod I sampai leopold IV, penurunan kepala, pemeriksaan genetalia, dan pemeriksaan ekstremitas.

2) Pemeriksaan persalinan

Pemeriksaan yang dilakukan pada masa persalinan yaitu pemeriksaan TTV, pengukuran berat badan, DJJ, TFU, pemeriksaan genetalia, dan pemeriksaan pembukaan jalan lahir.

3) Pemeriksaan neonatus

Pemeriksaan pada neonatus yang dilakukan yaitu TTV, pemeriksaan seluruh badan, pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan reflex pada bayi.

4) Pemeriksaan nifas

Pemeriksaan masa nifas yang dilakukan yaitu TTV, pemeriksaan berat badan, payudara, TFU, pengeluaran lochea, dan pemeriksaan genetalia.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium yang menggunakan alat dan sampel darah maupun urin, dan pemeriksaan usg. Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu meliputi Hb, Protein urine, glukosa, hepatitis B, RDT, HIV.

e. Studi dokumentasi

Sistem dokumentasi yang dilakukan baik yang menyangkut dokumen resmi ataupun tidak resmi pasien, catatan kesehatan dalam rekam medis, buku KIA, inform consent, foto dan video. Dalam penelitian ini diperlukan beberapa dokumen berupa catatan kesehatan pasien.

f. Studi pustaka

Studi pustaka adalah referensi yang digunakan untuk pemberian asuhan. Sumber yang digunakan penulis mengambil dari buku dan jurnal dalam 10 tahun terakhir yaitu 2015-2024.

## **E. Prosedur Laporan Tugas Akhir**

1. Tahap persiapan

- a. Melakukan pengajuan surat izin ke Prodi Kebidanan (D-3) untuk pencarian studi kasus.
- b. Melakukan studi pendahuluan di PMB Appi Ammelia untuk menentuka responden dan menandatangani inform consent atau lembar persetujuan.
- c. Melakukan pengajuan surat izin untuk studi kasus di PMB Appi

Ammelia melalui link [bit.ly/IzinPenelitian\\_PengambilanData](https://bit.ly/IzinPenelitian_PengambilanData) pada tanggal

- d. Penyusunan LTA
  - e. Melakukan bimbingan dan konsultasi laporan tugas akhir
  - f. Melakukan validasi pasien laporan tugas akhir.
2. Tahap pelaksanaan
- a. Asuhan kehamilan (ANC)
    - 1) ANC 1 melakukan anamnesa (identitas, keluhan, siklus haid, HPHT, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, riwayat pernikahan, dan riwayat penyakit), asuhan 10T sesuai dengan standar, palpasi abdomen untuk menentukan usai kehamilan, menentukan letak janin dan gawat janin, konseling persiapan persalinan.
    - 2) ANC 2 asuhan yang diberikan sesuai dengan kunjungan pertama pada trimester III, pemeriksaan 10T sesuai dengan prosedur, asuhan komplementer yoga hamil.
  - b. Asuhan persalinan atau intranatal care (INC)
    - 1) Kala I melakukan pengkajian awal mulai dari anamnesa dan pemeriksaan fisik, merumuskan masalah, mengantisipasi masalah potensial, melakukan tindakan segera, melakukan perencanaan asuhan menyeluruh, implementasi, evaluasi.
    - 2) Kala II memastikan adanya tanda gejala kala II, menyiapkan alat dan memastikan kelengkapan alat, melakukan pemeriksaan dalam, pemeriksaan DJJ, menyiapkan ibu dan keluarga serta memberitahukan pembukaan lengkap, melakukan pimpinan meneran, persiapan pertolongan bayi, menolong kelahiran bayi, lakukan sangga susur, dan melakukan asuhan bayi baru lahir.
    - 3) Kala III melakukan penyuntikan oksitosin, melakukan masase fundus, memberitahu bayi suda lahir dan plasenta belum lahir, melakukan peregangan tali pusa terkendali (PTT), melakukan

massase untuk mengecek kontraksi, dan pastikan plasenta lahir lengkap.

- 4) Kala IV melakukan pengecekan perdarahan, evaluasi robekan jalan lahir, cek ulang kontraksi, cek kandung kemih, membereskan alat dan mendekontaminasi alat, melakukan pengecekan TTV dan evaluasi pengeluaran darah, melakukan pemantauan selama 2 jam.

c. Asuhan neonatus

- 1.) KN 1 (neonatus umur 8 jam) memberikan asuhan tentang cara mempertahankan suhu tubuh pada bayi, pemeriksaan fisik, KIE kesehatan, pemberian asi eksklusif, kesulitan bernafas dan warna kulit abnormal.
- 2.) KN 2 (neonatus umur 7 hari) memberikan asuhan perawatan tali pusat, pemeriksaan tanda bahaya pada bayi, pemberian asi eksklusif, KIE menjaga suhu tubuh bay, KIE perawatan bayi baru lahir.
- 3.) KN 3 (neonatus umur 14 hari) memberikan asuhan pemeriksaan fisik, menjaga kesehatan bayi, KIE tanda bahaya bayi baru lahir, KIE asi eksklusif, KIE hipotermi dan cara menjaga kehangatan bayi, KIE imunisasi BCG.

d. Asuhan nifas atau post natala care (PNC)

- 1.) KF 1 (postpartum 10 jam) memberikan asuhan KIE pencegahan perdarahan, mendeteksi dan perawatan penyebab perdarahan, KIE cara mempererat hubungan ibu dan bayi, KIE pencegahan hipotermi, asuhan pijat oksitosin.
- 2.) KF 2 (nifas 7 hari) memberikan asuhan pemeriksaan uterus untuk mengecek involusi uterus berjalan dengan normal, mengecek perdarahan, mengecek ada atau tidaknya tanda demam atau infeksi pasca persalinan, KIE nutrisi dan cairan yang cukup, memastikan ibu menyusui dengan baik, KIE perawatan bayi baru lahir dan pencegahan hipotermi.

3.) KF 3 (nifas 18 hari) memberikan asuhan yang sama dengan asuhan kunjungan nifas ke dua (KF 2)

4.) KF 4 (nifas ke 33 hari) memberikan asuhan KIE tentang KB secara dini, menanyakan hal-hal penyulit selama masa nifas.

### 3. Tahapan penyelesaian

Tahapan penyelesaian ini dengan membuat atau menyusun laporan tugas akhir mulai dari hasil, kesimpulan, saran, sampai dengan ujian LTA.

## **F. Subjek Laporan Tugas Akhir**

Subjek pada laporan tugas akhir ini yaitu wanita hamil dengan usia kehamilan 38 minggu 6 hari yaitu Ny F umur 30 tahun primipara di praktik bidan mandiri Appi Ammelia kasihan bantul daerah istimewa Yogyakarta dengan normal dan tidak ada faktor resiko.

## **G. Sistematika Dokumentasi Kebidanan**

Sistematika pendokumentasian dan catatan asuhan kebidanan menggunakan metode pendokumentasian mulai dari data subjektif, objektif, analisis, dan penatalaksanaan (SOAP).

### 1. S (subjektif)

Pendokumentasian menggunakan metode Tanya jawab yang berhubungan dengan masalah berdasarkan sudut pandang klien.

### 2. O (objektif)

Pendokumentasian dari hasil pengumpulan data pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang.

### 3. A (assessment)

Penentuan diagnosa atau masalah, diagnosa potensial serta antisipasi tindakan segera.

### 4. P (pleaning)

Pendokumentasian tindakan yang berisikan evaluasi, asuhan mandiri, kolaborasi, pemeriksaan penunjang, konseling dan follow up (Mertasari & Sugandini, 2021).