# **BAB III**

# **METODOLOGI LAPORAN KASUS**

1. **Metodologi**

Metodologi dalam laporan tugas akhir ini merupakan metodologi laporan kasus sebagai laporan untuk menggambarkan suatu kegiatan pemecahan masalah yang dilakukan dengan langkah manajemen kebidanan.

* + - 1. Lokasi pengambilan kasus Ny. F 29 ini di Praktik Bidan Mandiri bd. R yang bersedia menjadi pasien untuk asuhan komprehensif dan sudah mendapat izin baik tertulis maupun lisan dari bidan yang bersangkutan bd. R dan pihak institusi. Waktu yang digunakan mulai dari Sabtu, 01 Februari 2020 pukul 19.00 WIB (kontak awal) sampai dengan Selasa, 25-02-2020 (kunjungan rumah).
      2. Sumber dan teknik pengumpulan yang digunakan adalah dengan menggunakan SOAP dan didukung oleh berbagai sumber data.

1. **Teknik pengumpulan data**

Model asuhan kebidanan yang digunakan adalah kerangka pikrinya mengacu pada manajemen kebidanan menurut Heln Varney, 1997. Pada laporan kasus ini dilakukan langkah-langkah pengkajian data (diperoleh melalui metode wawancara, dokumentasi, dan observasi, pemeriksaan) pendokumentasian asuhan kebidanan pada kunjungan ke I, II, III dan IV menggunakan SOAP.

1. Wawancara

Teknik untuk mengumpulkan data sebanyak mungkin yang ditujukan kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini secara lisan bercakap-cakap berhadapan muka denga klien, data diperoleh langsung melalui suatu pertemuan atau percakapan.

Wawancara yang dilakukan antara penulis dan klien/pasien adalah menitik beratkan untuk bagian subjektif yaitu identias (termasuk suku), keluhan/keadaan ibu selama hamil ini, riwayat kehamilan sebelumnya, riwayat melahirkan dan nifas sebelumnya, kepercayaan atau kebudayaan yang dipercaya ibu di keluarga, riwayat penyakit yang pernah diderita ibu atau keluarga, pola kegiatan harian ibu, riwayat (biologi, psikologi, sosial, dan ekonomi), riwayat KB, personal hygiene (ebersihan diri), rencana tempat dan penolong persalinan. Untuk menunjang data subjektif pada persalinan adalah menanyakan keluhan pasien sedetil mungkin untuk memastikan bahwa yang dialami pasien adalah masa akan dimulainya persalinan, begitu juga dengan masa nifas dan bayi baru lahir serta neonatus.

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik secara head to toe dan pemeriksaan laboraturium merupakan suatu rangkaian kegiatan yang bertujuan unuk memperoleh daa objektif yang sebenarnya, dilakukan secara sistematis dan teliti hingga didapatkan hasil yang akurat. Pemeriksaan laboraturium merupakan bagian skrining rutin yang bervariasi.

1. Pemeriksaan fisik kehamilan meliputi:
2. Mata, menitik beratkan pada pemeriksaan konjungtiva terlihat pucat atau tidak untuk mengantisipasi bahwa pasien anemia atau tidak, dan pemeriksaan sklera kuning atau tidak untuk memeriksa apakah pasien ikterik atau tidak.
3. Wajah, memeriksa apakah terdapat odema atau tidak.
4. Bibir, memeriksa apakah bibir tampak pucat, kering atau tidak
5. Leher, memeriksa apakah terdapat pembengkakan kelenjar getah bening dan pembesaran vena jugularis atau tidak.
6. Payudara, memeriksa apakah bentuk payudara simetris atau tidak, lengkap atau tidak, memeriksa puting susu menonjol atau tidak, dan melakukan pemeriksaan secara palpasi untuk mendeteksi gejala penyakit keganasan pada payudara yang ditunjukkan adanya massa pada payudara atau tidak, dan memeriksa apakah ASI/kolosrum sudah keluar atau belum.
7. Abdomen, menjadi fokus yang paling penting. Memeriksa dengan melakukan teknik inspeksi (melihat apakah terdapat luka bekas operasi), palpasi (perabaan untuk menentukan tinggi fundus uteri dan leopold) serta auskultasi (untuk memeriksa detak jantung janin).
8. Ekstremitas, memeriksa apakah terdapat odema dan varicess pada kaki dan lengan.
9. Genetalia, memeriksa area genetal dengan melihat kebersihan dari daerah kewanitaan dan pemeriksaan untuk mendeteksi adanya kelainan pada area genetal seperti pembengkakan pada kelenjar bartholin dll.
10. Anus, memeriksa anus dengan melihat kebersihan dan adanya hemmorhoid atau tidak.
11. Pemeriksaan laboraturium

Pemeriksaan ini dilakukan di puskesmas terdekat karena tidak tersedianya alat dan bahan yang memadai di PMB bd. R berikut hasil yang sudah tercantum dibuku KIA pasien:

1. Hemoglobin/HB : 11,8 gr/dl
2. HBSAg : Non reaktif (negatif)
3. HIV : Non reaktif (negatif)
4. Sifilis : Non reaktif (negatif)
5. Pemeriksaan fisik pada ibu yang akan bersalin meliputi:

Kontraksi, pemeriksaan detak jantung janin, pemeriksaan nadi, pemeriksaan pada genetalia (pembukaan, ketuban, penurunan kepala dll).

1. Pemeriksaan pada masa nifas

Memeriksa keadaan umum, tanda-tanda vital, konjungtiva, wajah, leher, payudara, absomen (kandung kemih, kontraksi, TFU dan diastasis rekti, ekstremitas atas, ekstremitas bawah termasuk tanda hooman, genetalia (lokhea dan luka jahitan), anus. (pemeriksaan disesuaikan dengan waktu dan kebutuhan pasien)

1. Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dan neonatus

Pemeriksaan keadaan umum bayi saat baru lahir (langsung menangis/tidak, tonus oto, warna kulit), pemeriksaan kepala (sutura/ubun-ubun, moulage, bentuk kepala), wajah (mata, hidung, telinga, mulut dan kesimetrisan), leher, dada, ekstremitas atas (kesimetrisan, jumlah lengan, jumlah jari, warna kuku), abdomen, ekstremitas bawah (kesimetrisan, jumlah kaki, jumlah jari, warna kuku), punggung, warna kulit, genetalia dan anus.

1. Observasi

Observasi dilakukan setiap kali kunjungan ulang sesuai dengan kebutuhan dan format pengkajian. Observasi yang dilakukan berupa pemeriksaan umum serta pemeriksaan fisik. Selama pengasuhan observasi dilakukan selama kontak dengan pasien dari hamil sampai dengan nifas.

1. Studi dokumenasi

Dalam asuhan ini, penulis tidak hanya mengumpulkan data dari wawancara dan observasi tetapi juga mengumpulkan data dari laporan PMB bd. R, buku KIA pasien, dan pendokumentasian fisik berupa pengambilan foto atas izin yang bersangkutan baik bidan maupun pasien.

1. Studi literature

Studi literatur pengumpulan data yang diperoleh dari berbagai informasi baik berupa teori, generalisasi maupun konsep yang telah dikemukakan oleh berbagai ahli.