

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Berdasarkan data dari world health organization menurut WHO, tahun 2015 Angka Kematian Ibu (AKI) diseluruh dunia diperkirakan 216/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian neonatal turun 47% antara tahun 1990-2015, yaitu dari 36/1000 kelahiran hidup menjadi 19/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (World Health Organization, 2015).

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator Angka Kematian Ibu (AKI). Pada tahun 2017 ada 500.000 jiwa AKI dikarenakan waktu hamil ataupun bersalin . Pada tahun 2017 AKI di Indonesia mencapai 305/100.000 KH dari Kemenkes RI dan Dinas Kesehatan Jawa Tengah, 2017. Berdasarkan data yang diperoleh di Semarang pada tahun 2017 Kota Semarang menyumbang 23 kasus kematian ibu dari 26.052 kelahiran hidup atau sekitar 88,3 per 100.000 kelahiran hidup. Kematian ibu tertinggi disebabkan oleh perdarahan, pe/eklamsia, sepsis penyebab lain-lain 35% yang meliputi emboli air ketuban, dan gangguan Hati. Pada tahun 2017

Jumlah AKB mencapai 197 dari 26.052 kelahiran hidup, sehingga didapatkan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 7,56 per 1.000 KH, penyebab AKB Berat Badan Rendah yaitu sebanyak 584 bayi (2,2%) yang terdiri dari 309 bayi laki-laki dan 275 bayi perempuan. AKI adalah jumlah kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015, AKI di Indonesia kembali menunjukkan penurunan menjadi 305/100.000 kelahiran hidup. Dimana penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia juga menunjukkan penurunan menjadi 22,23/1.000 kelahiran hidup (Kementrian kesehatan RI, 2016).

Jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2016 sebanyak 602 kasus, mengalami penurunan dibandingkan jumlah kasus kematian ibu tahun 2015 yang sebanyak 619 kasus. Dengan demikian Angka kematian ibu Provinsi Jawa Tengah juga mengalami penurunan dari 111,16

per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 menjadi 109,65 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016.

Kematian ibu biasanya terjadi karena tidak mempunyai akses ke pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, terutama pelayanan kegawatdaruratan tepat waktu yang dilatarbelakangi oleh terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan, terlambat mencapai fasilitas kesehatan, serta terlambat mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan. Selain itu penyebab kematian maternal juga tidak terlepas dari kondisi ibu itu sendiri dan merupakan salah satu dari kriteria 4 “terlalu”, yaitu terlalu tua pada saat melahirkan ( $>35$  tahun), terlalu muda pada saat melahirkan ( $<20$  tahun), terlalu banyak anak ( $>4$  anak), terlalu rapat jarak kelahiran/paritas ( $<2$  tahun) (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Kabupaten atau kota dengan kasus kematian ibu tertinggi adalah Brebes yaitu 52 kasus, diikuti Kota Semarang 35 kasus, dan Tegal 33 kasus. Kabupaten/kota dengan kasus kematian ibu terendah adalah Temanggung yaitu 3 kasus, diikuti Kota Magelang 3 kasus, dan Kota Surakarta 5 kasus (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Sebesar 63,12 persen kematian maternal terjadi pada waktu nifas, pada waktu hamil sebesar 22,92 persen, dan pada waktu persalinan sebesar 13,95 persen. Sementara berdasarkan kelompok umur, kejadian kematian maternal terbanyak adalah pada usia 20-34 tahun sebesar 67,11 persen, kemudian pada kelompok umur  $>35$  tahun sebesar 29,07 persen dan pada kelompok umur

<20 tahun sebesar 3,82 persen (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Cakupan kunjungan ibu hamil K1 di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 100,7% (30.018 kunjungan) dan cakupan kunjungan K4 Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 97,5% (29.069 kunjungan) mengalami peningkatan dibanding dengan tahun 2015 yaitu 97,46% (28.741 kunjungan bumil). Angka tersebut sudah mencapai target SPM tahun 2016 yaitu 95%. Faktor pendukung dalam hal ini antara lain oleh karena meningkatnya kesadaran ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke sarana pelayanan kesehatan dan adanya dukungan peningkatan kualitas pelayanan ANC oleh petugas kesehatan (Profil Kesehatan Semarang, 2016).

Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di Kota Semarang pada tahun 2016 adalah 26.444 (100%) dari 26.444 persalinan. Angka ini sudah melampaui target SPM tahun 2016 (95%). Hal ini dikarenakan adanya dukungan dari program jamkesmaskot, masyarakat sudah lebih baik perilakunya untuk mencari penolong persalinan yaitu ke petugas kesehatan dan juga adanya pendampingan oleh tenaga Gasurkes (Profil Kesehatan Semarang, 2016).

Kunjungan masa nifas 3 (KF3) di Indonesia secara umum mengalami peningkatan 17,90% menjadi 87,06% (Kemenkes RI, 2015).

Capaian kunjungan nifas menurut provinsi di Indonesia berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa Provinsi DKI Jakarta memiliki capaian tertinggi sebesar 94,65%, yang diikuti oleh Jambi sebesar 94,38%, dan Jawa

Tengah sebesar 94,3%. Sedangkan provinsi dengan cakupan kunjungan nifas terendah yaitu Papua sebesar 30,46%, diikuti oleh Papua Barat sebesar 48,11%, dan Nusa Tenggara Timur sebesar 59,2% (Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan laporan rutin kabupaten/kota tahun 2016 diketahui bahwa cakupan pelayanan nifas Provinsi Jawa Tengah sebesar 95,54 persen, mengalami sedikit penurunan bila dibandingkan cakupan tahun 2015 yaitu 95,69 persen. Trend Cakupan ibu nifas yang mendapat pelayanan kesehatan nifas dari tahun 2012 -2016 terlihat bahwa sejak tahun 2013 cenderung meningkat meskipun peningkatannya tidak terlalu signifikan (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Kabupaten/kota dengan cakupan pelayanan nifas tertinggi adalah Demak yaitu 99,94 persen, diikuti Kota Magelang 99,93 persen, dan Kota Pekalongan 99,88 persen. (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2016). Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditunjukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan dan sampai berusia 18 tahun (Kemenkes RI, 2016).

Indikator angka kematian yang berhubungan dengan anak yakni angka kematian neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Perhatian terhadap upaya penurunan angka kematian neonatal (0-28 hari) menjadi penting karena kematian neonatal

memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012., Angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 point disbanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017).

Hasil survai penduduk antar sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDG 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan angka kematian balita (AKABA) HASIL supas 2015 sebesar 26,29 per 1.000 kelahiran hidup, juga sudah memenuhi target MDG 2015 sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017)

Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012 – 2016 yaitu 2012 sebesar 10,75 per 1.000 kelahiran hidup, 2013 sebesar 10,41 per 1.000 kelahiran hidup, 2014 sebesar 10,08 per 1.000 kelahiran hidup, 2015 sebesar 10 per 1.000 kelahiran hidup dan padaa tahun 2016 sebesar 9,99 per 1.000 kelahiran hidup (Data Program Kesga Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 9,9 per 1.000 kelahiran hidup, sama dengan AKB tahun 2015. Kabupaten/kota dengan AKB terrendah adalah Kota Surakarta yaitu 3,36 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti Jepara (5,46 per 1.000 kelahiran hidup), dan Demak (5,86 per 1.000 kelahiran hidup). Kabupaten/kota dengan AKB tertinggi adalah Grobogan yaitu 17,08 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti Rembang (15,93 per



1.000 kelahiran hidup), dan Batang (15,39 per 1.000 kelahiran hidup) (Data Program Kesga Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Cakupan kunjungan neonatus (KN 1) tingkat Kota Semarang tahun 2016 adalah 26.556 (100,8%) dari 26.337 bayi lahir hidup, sedangkan KN3 tahun 2016 adalah 25.660 (97,4%)(Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Capaian cakupan KN Lengkap Tahun 2016 sebesar 100,8% hal ini terjadi kemungkinan karena kelemahan menentukan sasaran. Usaha dalam upaya untuk selalu meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan neonatus harus terus digalakkan, antara lain peningkatan pelayanan kesehatan terutama kesehatan anak (neonatus, bayi, balita) di Puskesmas, dan adanya pemeriksaan kunjungan ke rumah oleh tenaga kesehatan bagi neonatus yang tidak dapat berkunjung ke Puskesmas serta sistem pencatatan dan pelaporan (PWS KIA) yang baik (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) maka diperlukan pemantauan secara intensif oleh petugas kesehatan sebanyak 4 kali, yaitu : 1 kali pada umur 29 hari – 2 bulan, 1 kali pada umur 3 – 5 bulan, kali pada umur 6 – 8 bulan, dan 1 kali pada umur 9 – 11 bulan (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Cakupan Kunjungan Bayi di Kota Semarang tahun 2016 adalah sebesar 26.602 kunjungan 98,1% dari 27.107 bayi yang ada. Dibandingkan tahun 2015, dengan 26.281 kunjungan atau 95,2% dari 27.601 bayi yang ada, artinya jumlah ini mengalami peningkatan dan sudah di atas target Renstra Kota Semarang yaitu 95,5 % (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Keluarga Berencana (KB) juga merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Persentase peserta Keluarga Berencana (KB) baru terhadap Pasangan Usia Subur (PUS) di Indonesia pada tahun 2015 sebesar 13,46%. Dimana peserta KB suntik sebanyak 49,93%, pil 26,36%, implan 9,63%, Intra Uterin Device (IUD) 6,81%, kondom 5,47%, Metode Operasi Wanita (MOW) 1,64% dan Metode Operasi Pria (MOP) 0,16%. Total angka unmet need tahun 2015 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 sebesar 14,87% (Kemenkes RI, 2016).

Cakupan peserta KB baru dan KB aktif menurut jenis kontrasepsi tahun 2016 yaitu pada KB baru : suntik 51,53%, pil 23,17%, implant 11,37%, IUD 7,23%, kondom 4,78%, MOW 1,73 dan MOP 0,18%. Sedangkan pada KB lama : suntik 47,96%, pil 22,81%, implant 11,20%, IUD 10,61%, kondom 3,23%, MOW 3,54% dan MOP 0,64% (Statistik Rutin Desember 2016, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2017).

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebanyak 6.727.894 PUS. Dari seluruh PUS yang ada, sebesar 78,6 persen adalah peserta KB aktif. Dapat dilihat bahwa metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh peserta KB aktif adalah suntik 54,2 persen dan terbanyak ke dua adalah pil 13,2 persen. Hal tersebut dapat difahami karena akses untuk memperoleh pelayanan suntik relatif lebih mudah, sebagai akibat tersedianya jaringan pelayanan sampai di tingkat desa/kelurahan sehingga



dekat dengan tempat tinggal peserta KB. Metode yang banyak dipilih ini memerlukan pembinaan secara rutin dan berkelanjutan untuk menjaga kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Sedangkan metode kontrasepsi yang paling sedikit dipilih oleh peserta KB aktif adalah Metoda Operasi Pria (MOP), yakni sebanyak 0,9 persen, kemudian implan sebanyak 1,3 persen. Hal ini menunjukkan bahwa partisipasi pria dalam keluarga berencana masih sangat rendah, dan juga disebabkan karena terbatasnya pilihan kontrasepsi yang disediakan bagi pria (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2016).

Cakupan peserta KB aktif menunjukkan tingkat pemanfaatan Pkontrasepsi di antara PUS. Cakupan peserta KB aktif Provinsi Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 78,6 persen, mengalami peningkatan dibandingkan pencapaian tahun 2015 yaitu 78,24 persen. Kabupaten/kota dengan cakupan tertinggi adalah Rembang yaitu 83,3 persen, diikuti Semarang 83,0 persen, dan Temanggung 82,7 persen. Kabupaten/kota dengan cakupan terendah Tegal yaitu 71,9 persen, diikuti Cilacap 72,2 persen, dan Kota Tegal 72,5 persen (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2016).

Pada peserta KB baru, persentase metode kontrasepsi yang terbanyak digunakan adalah suntik sebesar 54,0 persen, kemudian implan sebesar 16,2 persen. Metode yang paling sedikit dipilih oleh para peserta KB baru adalah metode operasi pria (MOP) sebanyak 0,1 persen, kemudian metode operasi wanita (MOW) sebanyak 2,3 persen, dan kondom 4,4 persen (BKKBN Prov. Jateng, 2016).

Cakupan peserta KB baru di Jawa Tengah tahun 2016 sebesar 11,8 persen, menurun dibandingkan cakupan tahun 2015 yang sebesar 12,5 persen. Adapun gambaran mengenai persentase peserta KB baru menurut kabupaten/kota tahun 2016 (BKKBN Prov. Jateng, 2016).

Pada tahun 2016, jumlah PUS yang berhasil didata oleh Puskesmas sebanyak 263.373, angka ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2015, yaitu sebanyak 262.780. Peserta KB baru sebanyak 14.117 orang (5,4%) dengan jumlah peserta KB aktif yang dibina sebesar 203.751 orang (77,4%) (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Dari 30.513 peserta KB Baru, secara rinci mix kontrasepsi yang digunakan adalah sebagai berikut : suntik 63,4%, pil 11,2%, implant 9,1%, IUD 9,5%, MOW 2,6%, MOP 0,1% dan kondom 4,1% (Seksi ibu Bidang Kesga, 2016).

Hasil pembinaan peserta KB Aktif selama tahun 2016 sebesar 203.751 dengan mix kontrasepsi sebagai berikut : suntik 54,4%, pil 13,1%, implant 6,5%, IUD 10,2%, MOW 7,5%, MOP 0,8%, dan kondom 7,5% (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Pada data diatas menunjukkan bahwa selama tahun 2016, suntik masih menjadi metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh masyarakat Kota Semarang karena sifatnya yang praktis dan juga cepat dalam mendapatkan pelayanannya. Apabila dibandingkan dengan data tahun 2015, kontrasepsi suntik juga masih menduduki peringkat teratas, sedangkan kontrasepsi pria merupakan yang paling sedikit digunakan yaitu MOP. Hal ini

disebabkan banyak suami masih menganggap bahwa istri saja yang mempunyai kewajiban untuk menggunakan kontrasepsi sebagai upaya pengaturan kelahiran (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016).

Angka cakupan peserta KB aktif pada tahun 2016 sebesar 77,4%, angka ini mengalami sedikit kenaikan dari tahun 2015 yaitu sebesar 76,2% dan masih di atas target SPM yaitu 70% (Profil Kesehatan Kota Semarang, 2016). Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagiv ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, serta pelayanan keluarga berencana (Kemenkes RI, 2016).

Cakupan kunjungan K4 di PMB Hj. Thoifah Astuti pada tahun 2015 yaitu 503 kunjungan, tahun 2016 yaitu 892 kunjungan , tahun 2017 yaitu 642 kunjungan, tahun 2018 yait u 503 kunjungan, tahun 2019 dari bulan januari sampai tanggal 17 februari mencapai 88 kunjungan.

Jumlah persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan di PMB Hj. Thoifah Astuti pada tahun 2015 yaitu 59 partus normal dan 45 rujukan, tahun 2016 yaitu 56 partus normal dan 30 rujukan, tahun 2017 yaitu 63 partus normal dan 6 pasien rujukan, tahun 2018 yaitu 63 partus normal dan 6 rujukan, tahun 2019 dari januari – 17 februari yaitu 8 partus normal dan tidak ada rujukan. Cakupan KF3 di PMB Hj. Thoifah Astuti pada tahun 2015 yaitu

82 kunjungan, tahun 2016 yaitu 58 kunjungan, tahun 2017 yaitu 56 kunjungan, tahun 2018 yaitu 60 kunjungan.

Di PMB Hj. Thoifah Astuti pada tahun 2015 yaitu 82 kunjungan, tahun 2016 yaitu 58 kunjungan, tahun 2017 yaitu 56 kunjungan, tahun 2018 yaitu 60 kunjungan.

Cakupan Pasaangan Usia Subur (PUS) di PMB Hj. Thoifah Astuti berdasarkan kepesertaan ber-KB tertinggi pada tahun 2015 yaitu KB suntik 93 %, tahun 2016 yaitu suntik 92 %, tahun 2017 yaitu 96 %, tahun 2018 yaitu 95 %. Jadi dari data di atas dapat di tarik kesimpulan bahwa di PMB Hj.Toiffah Astuti SKM baik dilihat dari cangkupan kunjungan K4, jumlah, persalinan, dan Cangkupan Pasangan Usia Subur (PUS) Di Tahun 2017 mengalami peningkatan hal ini bisa dilihat dari data statistik yang ada PMB Hj.Toiffah Astuti SKM Telogosari Semarang.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Menerapkan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, BBL dan KB di PMB Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah Varney dan SOAP.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Memberikan asuhan kebidanan Komprehensif Ibu Hamil di Bidan Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang.

- b. Memberikan asuhan kebidanan Komprehensif Ibu Bersalin di Bidan Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang.
- c. Memberikan asuhan kebidanan Komprehensif Bayi Baru Lahir di Bidan Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang.
- d. Memberikan asuhan kebidanan Komprehensif Ibu Nifas di Bidan Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang.
- e. Memberikan asuhan kebidanan Komprehensif Keluarga Berencana di Bidan Hj.Toiffah Astuti SKM Tlogosari Semarang.
- f. Melihat kesenjangan asuhan kebidanan Komprehensif pada kasus Hamil,Bersalin,Nifas,Bayi Baru Lahir, dan Keluarga Berencana yang telah dilakukan di lahan.

### C. Ruang lingkup

#### 1. Sasaran

Asuhan Kebidanan di berikan kepada ibu hamil trimester III ( 28-40 minggu ) dengan kehamilan fisiologis dan di lanjutkan dengan asuhan kebidanan bersalin,bayi baru lahir,nifas dan keluarga berencana.

#### 2. Tempat

Asuhan kebidanan dilakukan di Praktik Mandiri Bidan Hj.Thoiffah Astuti.SKM, Jl.Seruni 04 No.01 Tlogosari Semarang Jawa Tengah

#### 3. Waktu

Asuhan Kebidanan Komprehensif dilakukan pada bulan April 2019 sampai dengan bulan Mei 2019



## D. Manfaat Penulisan

### 1. Manfaat Teoritis

Memperluas wawasan dan ilmu pengetahuan dalam asuhan kebidanan komprehensif dijadikan pedoman penerapan sebagai sumber informasi dan menjadi bahan bacaan dipergustakaan serta dapat mengembangkan laporan tugas akhir ini lebih lanjut yang harapannya dapat menuai hasil yang memuaskan dan dapat bermanfaat bagi orang lain.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi tempat penelitian

Sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan kebidanan komprehensif pada ibu hamil sampai dengan KB.

#### b. Bagi penulis

Sebagai pembelajaran untuk menambah wawasan dalam menerapkan asuhan kebidanan komprehensif.

#### c. Bagi institusi

Dapat mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama pendidikan antara teori dengan lahan praktek.

## E. Metode Pengambilan Data

Metode pengumpulan data yang di pakai dalam penyusunan Tugas Akhir ini berdasarkan data primer dan data skuder, adapun teknik dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

## 1. Data Primer

### a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan wawancara langsung responden yang di teliti (Hikmawati,2011)

### b. Pemeriksaan

#### 1) Pemeriksaan Fisik

##### a) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi dengan menggunakan mata. Inspeksi dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Mulai melakukan inspeksi pertama kali bertemu dengan pasien. Amati secara cermat mengenai tingkah laku dan keadaan tubuh pasien. Amati hal-hal yang umum kemudian hal-hal yang khusus, pengetahuan dan pengalaman sangat diperlukan dalam melakukan kemampuan inspeksi.

##### b) Palpasi

Palpasi dilakukan dengan menggunakan sentuhan atau rabaan. Metode ini dikerjakan untuk mendeterminasi ciri-ciri jaringan atau organ. Palpasi biasanya dilakukan terakhir setelah inspeksi, auskultasi dan perkusi. Dalam melakukan palpasi, hanya sentuh bagian tubuh yang akan diperiksa. Lakukan secara terorganisasi dari satu bagian ke bagian yang

lain. Semakin banyak pengalaman, semakin terampil pula membedakan normal atau tidak normal.

c) Perkusi

Perkusi adalah metode pemeriksaan dengan cara mengetuk. Tujuan perkusi adalah menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan. Dengan perkusi kita dapat membedakan apa yang ada dibawah jaringan (udara, cairan atau zat padat)

d) Auskultasi

Auskultasi adalah metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Stetoskop digunakan untuk mendengar bunyi jantung, paru-paru, bising usus, serta mengatur tekanan darah dan denyut nadi (Prawirohardjo, 2010, h:310)

2) Pemeriksaan Penunjang

Uji laboratorium dan pemeriksaan terkait dilakukan sebagai bagian skrining rutin yang bervariasi. Nilai laboratorium yang diperoleh bervariasi dari satu laboratorium ke laboratorium yang lain (Varney, 2007, h:214)

a) Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan pengamatan secara langsung kepada responden (Hikmawati, 2011, h:7)

## 2. Data Sekunder

### a) Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan mengambil data yang berasal dari dokumentasi asli.

### b) Studi Kasus

Penulis bersumber materi pengkajian melalui buku-buku, jurnal dan berbagai artikel yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah.

### c) Media Elektronik

Penulis mendapatkan materi dengan membuka jurnal dan buku yang terkait dengan studi kasus yang dilakukan.



## **F. Sistematika Penulisan**

### **BAB I : PENDAHULUAN**

Berisi tentang Latar Belakang, Tujuan penulisan, Ruang lingkup, Sistematika penulisan.

### **BAB II : TINJAUAN TEORI**

Berisi tentang teori kehamilan, persalinan, Bayi baru lahir, nifas, KB dan Tinjauan Teori Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Helen varney 2007 dan SOAP.

### **BAB III : TINJAUAN KASUS**

Berisi tentang pengkajian, analisa masalah, masalah potensial, tindakan segera, perencanaan tindakan, pelaksanaan implementasi, evaluasi pada kehamilan, persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, dan KB.

### **BAB IV : PEMBAHASAN**

Berisi tentang analisa data dari tinjauan kasus

### **BAB V : PENTUP**

Berisi tentang kesimpulan dan saran