

BAB III

METODE PENENTUAN KASUS

Informasi terkait dengan ibu “KR” penulis dapatkan dari data register kunjungan ibu hamil di UPTD Puskesmas Kediri III dan kemudian penulis melakukan pendekatan kepada ibu “KR” beserta keluarganya sehingga ibu bersedia dijadikan subjek dalam studi kasus ini. Pengkajian data dilakukan pada tanggal 28 Oktober 2024 di UPTD Puskesmas III Dinkes Kecamatan Denpasar Utara. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah metode wawancara, observasi dan dokumentasi. Data yang diambil berupa data yang didapat dari wawancara pada Ibu “KR” serta data subjektif dan data objektif yang diperoleh penulis dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan berdasarkan anamnesis, sebagai berikut :

A. Informasi Klien atau Keluarga

1. Data subjektif (tanggal 31 Oktober 2024 pukul 09.45 WITA di Poli KIA UPTD Puskesmas III Dinkes Kecamatan Denpasar Utara)

a. Identitas	Ibu	Suami
Nama	: Ibu “KR”	Tn. “WS”
Umur	: 32 Tahun	32 Tahun
Kebangsaan	: Indonesia	Indonesia
Agama	: Hindu	Hindu
Pendidikan	: SMP	SMP
Pekerjaan	: IRT	Pegawai pabrik
Penghasilan	: Rp. 3.000.000	
Alamat rumah	: Jl. Ayani Gang Merpati I No.31	
No. Tlp/Hp	: 081703xxxxxx	
Jaminan Kesehatan	: BPJS Kelas II	

b. Alasan berkunjung dan keluhan utama

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan ingin melakukan pemeriksaan kehamilannya.

c. Riwayat menstruasi

Ibu mengatakan *menarche* usia 12 tahun. Siklus haid teratur 28-30 hari dengan volume haid 3-4 kali ganti pembalut. Lama menstruasi sekitar 4-5 hari dan tidak ada keluhan saat menstruasi. HPHT tanggal 13 Juni 2024 dengan TP tanggal 20 maret 2025.

d. Riwayat pernikahan

Ibu menikah satu kali dengan status pernikahan sah. Usia pertama kali menikah yaitu 27 tahun dan telah menikah selama 5 tahun.

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Ibu menyampaikan bahwa ini adalah kehamilan keduanya, dengan riwayat tidak pernah mengalami keguguran. Kehamilan pertama berlangsung normal, tanpa adanya penyulit maupun komplikasi selama kehamilan, proses persalinan, masa nifas, maupun pada bayi baru lahir. Anak pertama lahir secara spontan pervaginam dengan berat badan lahir 3.500 gram dan panjang badan 50 cm. Bayi berjenis kelamin laki-laki tersebut dilahirkan di Praktik Mandiri Bidan (PMB) dengan bantuan seorang bidan. Selama masa menyusui, ibu memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan dan melanjutkannya hingga anak berusia 2 tahun. Jarak antara kehamilan pertama dan kehamilan saat ini adalah 4 tahun.

f. Riwayat KB

Ibu mengatakan sebelumnya menggunakan kontrasepsi IUD selama 3 tahun. Alasan ibu melepas KB dikarenakan ingin memiliki anak kedua.

g. Riwayat hamil ini

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua. Pada kehamilan ini ibu tidak pernah mengalami tanda bahaya kehamilan. Berat badan ibu sebelum hamil 52 kg. Ikhtisar pemeriksaan sebelumnya ibu mengatakan sudah memeriksakan kehamilannya sebanyak tiga kali, yakni di dua kali di UPTD Puskesmas III Dinas Kesehatan Kecamatan Denpasar Utara dan satu kali di dr.Sudarmayasa,Sp.OG. Selama hamil ibu mengonsumsi suplemen yang diberikan oleh bidan yakni asam folat 1x 400 mcg (30 tablet) secara rutin. Pada saat kehamilan ini ibu tidak lagi mendapatkan imunisasi TT karena imunisasi TT ibu sudah lengkap dari balita sampai anak-anak. Ibu tidak memiliki perilaku yang membahayakan kehamilan seperti merokok, minum-minuman keras dan narkoba.

f. Riwayat hasil pemeriksaan

Ibu sebelumnya mengatakan sudah pernah memeriksakan kehamilannya, adapun hasil pemeriksaan dan suplemen yang diberikan adalah sebagai berikut:

Tabel 4

Hasil Pemeriksaan Ibu “KR” usia 32 Tahun di UPTD Puskesmas III Dinkes Kecamatan Denpasar Utara

Hari/ Tanggal/ Waktu/ Tempat	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan/ Nama
1	2	3
26 Agustus 2024 / 09.00 WITA di UPTD Puskesmas III Dinkes Kecamatan	S: ibu mengatakan telat haid. Ibu mengatakan haid terakhir tanggal 13 Juni 2024. O: TB: 156 cm, BB: 52 kg, TD: 110/77 mmHg, TFU: belum teraba, DJJ : belum terdengar, Lila 25 cm, <i>Head To Toe</i> Normal. Oedeme: -/-, reflex patella: +/+. Hasil pemeriksaan laboratorium: PP test: Positif, Hb: 12,7 gram/dL, GDS 93,	Bidan Puskesmas

Hari/ Tanggal/ Waktu/ Tempat	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan/ Nama
Denpasar Utara	HbSAG : Non-reaktif, TPHA: Non-reaktif, HIV: Non-reaktif, Protein dan Reduksi Urine : Negatif/Negatif. A: G2P1A0 UK 11 minggu P: 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan 2. Melakukan rujukan internal ke poli gigi dan poli umum, hasil pemeriksaan dalam batas normal 3. KIE nutrisi selama kehamilan. 4. KIE pola istirahat dan tidur yg baik selama kehamilan. 5. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemeriksaan USG 6. Memberikan terapi asam folat 400 mcg (1x1). 7. Menganjurkan ibu untuk kontrol ulang sebulan lagi	
26 Agustus 2024 / 18.00 WITA di Praktik dr.S.,Sp.OG	S: Ibu datang untuk melakukan pemeriksaan USG O: BB: 52 kg, TD: 110/81 mmHg, Nadi: 79 x/menit, Suhu: 36,2 ⁰ C. Hasil pemeriksaan USG: Janin Tunggal Hidup Intrauterin CRL : 4.60 cm DJJ : 145 x/menit kuat dan teratur Fhd : + EDD: 14/3/2025 A: G2P1A0 UK 11 minggu 3 hari P: 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan, ibu paham. 2. Memberikan terapi asam folat 400 mcg (1x1).	Dokter SpOG
27 September 2024 Pukul 09.00 WITA di UPTD Puskesmas III Dinkes Kecamatan Denpasar Utara	S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan O: BB: 55 kg, TD: 110/81 mmHg, Nadi: 79 x/menit, Suhu: 36,2 ⁰ C, DJJ 140 x/menit, <i>Head To Toe</i> Normal. Oedeme: -/-, reflex patella: +/- A: G2P1A0 uk 15 minggu 4 hari P: 1. KIE nutrisi dan istirahat 2. KIE konsumsi tablet SF 1 x 60 mg (XXX), Kalk 1 x 500 mg(XXX) dan vitamin B kompleks (XXX) 3. KIE ibu cara mengkonsumsi suplemen yang diberikan 4. KIE tanda bahaya kehamilan trimester II 5. KIE kontrol ulang sebulan lagi.	Bidan Puskesmas

Sumber: Data sekunder Buku KIA dan Buku Pemeriksaan dokter SpOG Tahun

2024

g. Penyakit yang Pernah diderita oleh Ibu/Riwayat Operasi

Ibu “KR” mengatakan tidak pernah atau sedang menderita penyakit kardiovaskuler, hipertensi, asma, epilepsi, TORCH, diabetes mellitus (DM), hepatitis *tuberculosis* (TBC), penyakit menular seksual (PMS), ibu juga tidak pernah di operasi pada daerah abdomen.

a. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga Ibu “KR” tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, kardiovaskuler, asma, epilepsi, TORCH, diabetes mellitus (DM), hepatitis *tuberculosis* (TBC), penyakit menular seksual (PMS).

b. Data Biologis, Psikososial, dan Spiritual

1) Data Biologis

Ibu “KR” mengatakan tidak mengalami keluhan bernafas saat beraktivitas maupun waktu istirahat. Pola makan ibu yaitu makan 2-4 kali dalam sehari namun porsi $\frac{1}{2}$ piring nasi. Adapun jenis dan komposisi makanan ibu antara lain, nasi, satu potong ayam, telur, atau ikan, satu potong tahu atau tempe, sayur. Ibu makan dengan tidak diselingi dengan camilan oleh karena ibu tidak terlalu menyukai camilan dan tetap diimbangi dengan buah. Pola minum ibu dalam sehari adalah ibu minum air mineral sebanyak 6-7 gelas/hari. Ibu juga minum susu ibu hamil 1 kali sehari. Pola eliminasi ibu antara lain: BAK 5-6 kali/ hari dengan warna kuning jernih, BAB 1 kali/hari konsistensi lembek dan warna kecoklatan. Pola istirahat yaitu ibu tidur malam 7-8 jam/hari dan istirahat siang 1 jam/hari. Pola hubungan seksual, ibu mengatakan tidak melakukan hubungan seksual saat hamil karena merasa takut ini merupakan kehamilan pertama. Aktivitas sehari-hari ibu

mengatakan kerja dengan aktivitas ringan. Kebersihan diri yaitu ibu mengatakan mandi 2 kali/hari, keramas 3 kali/minggu, gosok gigi 2 kali/hari, mengganti pakaian dalam 2-3 kali/hari. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, saat BAK dan BAB serta saat melakukan aktivitas diluar.

2) Data Psikososial

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang diterima dan direncanakan oleh ibu dan suami serta keluarga. Ibu dan keluarga merasa senang dengan kehamilan ini.

3) Data Spiritual

Ibu dan suami serta keluarga tidak memiliki kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan atau pantangan selama kehamilan ini dan ibu tidak mengalami masalah saat beribadah.

4) Perilaku dan Gaya Hidup

Ibu mengatakan selama ini tidak pernah minum obat tanpa resep dokter, ibu tidak minum-minuman keras dan jamu, tidak merokok dan berganti-ganti pasangan saat berhubungan seksual, tidak pernah diurut dukun selama kehamilan, tidak bepergian jauh atau *trevelling* selama hamil.

5) Perencanaan Persalinan

Rencana persalinan ini ibu berencana bersalin di Bidan Praktik Mandiri, untuk pendamping persalinan dan calon donor darahnya adalah adik kandung dari ibu, kendaraannya menggunakan kendaraan pribadi, serta untuk pembiayaan persalinan ibu menggunakan jaminan kesehatan BPJS kelas II, ibu belum menentukan metode kontrasepsi pasca persalinan dan nifas.

6) Pengetahuan

Pengetahuan yang diperlukan ibu “KR” yaitu ibu lupa tentang tanda bahaya kehamilan trimester II.

2. Data Objektiv

Keadaan umum: baik, kesadaran: compos mentis, Berat Badan (BB): 57 kg, TD: 124/64 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5 °C R: 20x/menit, Mcd: 16, TFU: 2 jari bawah pusat, DJJ: 147x/menit kuat dan teratur.

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala: simetris
- 2) Rambut: Bersih
- 3) Wajah: Normal tidak ada odema, tidak pucat
- 4) Mata:
 - (a) Konjungtiva: Merah muda
 - (b) Sclera: putih
- 5) Hidung: bersih
- 6) Mulut : Bibir merah muda
- 7) Telinga: bersih
- 8) Leher
 - (a) Kelenjar limfe: tidak ada pembesaran pada kelenjar limfe
 - (b) Kelenjar tiroid: tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid
 - (c) Vena Jugularis: Tidak ada pelebaran vena jugularis
- 9) Payudara:
 - (a) Bentuk: Simetris
 - (b) Puting: Menonjol
 - (c) Pengeluaran: Tidak ada

(d) Kebersihan: Baik

10) Dada : bentuk simetris.

11) Perut

(a) Inspeksi

(1) Luka bekas operasi : tidak ada

(2) Striae: tidak ada

(3) Kelainan: tidak ada

(b) Palpasi : Tinggi Fundus Uteri pertengahan simfisis dan pusat

(1) Auskultasi : DJJ 140x/menit, kuat dan teratur.

(2) Kondisi / keadaan lain: Tidak ada

12) Ekstremitas atas : Tidak ada oedema, kuku tidak sianosis, ujung jari tidak pucat

13) Ekstremitas bawah :Tungkai: simetris, Oedema: -/-, Reflek Patella: +/+,

Varises: -/-

Kondisi atau keadaan lain: Tidak ada

c. Pemeriksaan khusus

1) Genetalia eksterna : tidak dilakukan karena tidak ada keluhan atau indikasi

2) Genetalia interna : tidak dilakukan karena tidak ada keluhan atau indikasi

3) Inspeksi anus : tidak dilakukan karena tidak ada keluhan atau indikasi

d. Pemeriksaan khusus

1) Laboratorium : -

2) USG : -

B. Diagnosis Kebidanan dan Masalah

Pengkajian data subjektif dan objektif yang terdapat pada buku kontrol serta buku KIA, maka dapat ditegakkan diagnosa yaitu ibu “KR” umur 32 tahun G2P1A0

UK 20 minggu T/H intrauterine, dengan masalah yaitu:

1. Ibu belum mengetahui tanda bahaya kehamilan trimester II

C. Penatalaksanaan

- 1 Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan suami, ibu dan suami paham
- 2 Memberikan KIE tanda bahaya kehamilan trimester II seperti perdarahan, sakit kepala hebat, pusing berkunang-kunang, ibu paham dan dapat menyebutkan kembali.
- 3 Memberikan terapi suplemen kalk 1x 500 mg (xxx),SF 1x60 mg (xxx) serta menyarankan ibu untuk rutin mengonsumsi suplemen, ibu bersedia mengikuti saran
- 4 Memberikan KIE untuk kontrol ulang tanggal 28 November 2024 atau segera apabila ada keluhan.

D. Pengumpulan Data

Penulis melakukan kegiatan yang dimulai dari bulan Oktober 2024 sampai April 2025. Kegiatan yang diawali dengan peninjauan kasus, pegurusan ijin mengasuh pasien, pelaksanaan asuhan kehamilan, mengolah data, penyusunan laporan, seminar laporan, perbaikan laporan, pengesahan laporan. Ijin yang sudah didapat untuk selanjutnya penulis memberikan asuhan pada Ibu “KR” selama kehamilan 20 minggu sampai 42 hari masa nifas, yang diikuti dengan analisa dan pembahasan laporan, sehingga dapat dilaksanakan seminar hasil laporan kasus serta dilakukan perbaikan pada laporan ini. Kegiatan asuhan yang penulis berikan pada ibu “KR” diuraikan dalam lampiran.

