

BAB III

METODE PENENTUAN KASUS

A. Informasi Klien / Keluarga

Informasi Terkait ibu “DL” diperoleh dari Puskesmas Bukapiting, yang merupakan bagian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Alor NTT, kemudian penulis melakukan pendekatan kepada ibu “DL” beserta keluarga sehingganya sehingga ibu bersedia dijadikan subjek studi kasus ini. Pengkajian data dilakukan pada tanggal 31 Oktober 2024 Pukul 09.00 WITA di Poli KIA Puskesmas Bukapiting. Data subjektif diperoleh melalui metode wawancara, buku KIA, data obyektif didapatkan dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berikut:

1. IDENTITAS (Tanggal 31 Oktober 2024, pukul 09.00 WITA)

Nama Ibu	: Ny. DL	Nama Suami	: Tn. MM
Umur	: 27 tahun	Umur	: 28 tahun
Suku	: Alor	Suku	: Alor
Agama	: Kristen	Agama	: Kristen
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Desa Nailang	Alamat	: Desa Nailang
Telepon	: 081236xxxxxx	Telepon	: -

ANAMNESA (Data Subjektif)

1) Alasan Kunjungan ini : Ingin memeriksakan kehamilannya

2) Keluhan : Tidak ada

3) Riwayat Menstruasi :

a) Menarche : 13 tahun

b) Siklus : 28 hari

c) Lamanya : 6 hari

d) Banyaknya : 3x ganti pembalut per hari

e) Disminorhea : Terkadang

f) Sifat darah : Encer, berwarna merah tua

4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Tgl lahir / umur	UK	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Komplikasi		Penolong	BBL		Nifas		
					Ibu	Bayi		BB	PB	Kead	Laktasi	Kelainan
HAMIL INI												

5) Riwayat kehamilan ini

a) HPHT : 13 – 6 – 2024

b) HTP : 20 – 3 – 2025

c) Rasa lelah : terkadang

d) Mual muntah : tidak

e) Nyeri perut : tidak

f) Panas menggigil : tidak

g) Sakit kepala berat : tidak

h) Penglihatan kabur : tidak

i) Rasa nyeri/panas saat BAK : tidak

- j) Rasa gatal pada vulva vagina : tidak
- k) Pengeluaran cairan pervaginam : tidak
- l) Nyeri kemerahan, tegang pada tungkai : tidak
- m) Oedema : tidak
- n) Obat-obatan yang dikonsumsi : tidak ada
- o) Kekhawatiran khusus : tidak ada
- p) Pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan oleh ibu pada tanggal 15 Agustus 2024 saat ibu sedang hamil 9 minggu. Dilakukan pemeriksaan plano test karena ibu mengatakan terlambat haid 3 minggu. Ibu tidak mengalami keluhan apapun. Didapatkan hasil positif dan dilakukan pemeriksaan umum dan penunjang berupa:

BB sebelum hamil : 48kg

BB saat ini : 49 kg

TB : 152 cm

Lila : 20,5 cm

IMT : 21,2 (normal)

Hb : 11 gr/dl

Sifilis : non reaktif

HIV : non reaktif

HbSAG : non reaktif

Pemeriksaan USG : terdapat kantong kehamilan dan didapatkan janin sudah berbentuk sempurna, DJJ positif, ukuran kantong kehamilan $\pm 2,7$ cm.

Dilakukan suntik TT 1 pada pemeriksaan tanggal 15-8-2024

6) Pola eliminasi :

BAK

Frekuensi : 8-10x/hari

Warna : Jernih

Keluhan : Tidak ada

BAB

Frekuensi : 1x/hari

Konsistensi : Lembek

Keluhan : Tidak ada

7) Aktivitas sehari – hari :

Pola istirahat dan tidur : 1 jam siang, 7 jam malam

KB : tidak ada

Pekerjaan : mengurus rumah tangga

8) Riwayat penyakit sistemik

a) Jantung : tidak ada

b) Ginjal : tidak ada

c) Asma/TBC : tidak ada

d) Paru : tidak ada

e) Hepatitis : tidak ada

f) DM : tidak ada

g) Hipertensi : tidak ada

h) Epilepsi : tidak ada

9) Riwayat penyakit keluarga

a) Jantung : tidak ada

b) Hipertensi : tidak ada

c) DM : tidak ada

d) Gemeli : tidak ada

10) Riwayat sosial

a) Status perkawinan : sah dan lama menikah 1 tahun 6 bulan.

- b) Respon ibu terhadap kehamilan : kehamilan ini direncanakan dan diterima dengan baik
- c) Dukungan suami terhadap kehamilan ini : mendukung dan menerima
- d) Pengambil Keputusan dalam keluarga : Ibu dan Suami

11) Makan / minum

- a) Jenis makanan yang dikonsumsi : nasi, ikan, sayur
- b) Frekuensi : 3 – 4 x/hari
- c) Banyaknya : 1 piring
- d) Perubahan makan yang dialami : tidak ada
- e) Kebiasaan merokok : tidak
- f) Konsumsi alkohol : tidak

2. DATA OBJEKTIF

1) Status Emosional : Baik

2) Pemeriksaan Fisik :

BB : 50 kg

TB : 152 cm

Lila : 26 cm

IMT : 21

3) Tanda Vital

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,8°C

Pernafasan : 20x/menit

4) Kepala

Kulit kepala : bersih

Distribusi rambut : lebat

5) Wajah

Odema : tidak ada

Cloasma Gravidarum : tidak ada

Pucat : tidak

6) Mata

Conjungtiva : merah muda

Sklera mata : putih bersih

Odem Palpebra : tidak ada

7) Hidung

Polip : tidak ada

Pengeluaran : tidak ada

8) Mulut

Lidah : bersih

Stomatitis : tidak ada

Karies : tidak ada

Karang gigi : ada sedikit

Epulis pada gusi : tidak ada

Tonsil : tidak meradang

Phirinx : tidak meradang

9) Telinga

Serumen : tidak ada

Pengeluaran : tidak ada

10) Leher

Bekas operasi : tidak ada

Kelenjar thiroid : tidak ada pembesaran

Pembuluh limfe : tidak ada pembesaran

11) Dada

Mamae : asimetris

Areola mammae : coklat kehitaman

Putting susu : menonjol

Benjolan : tidak ada

Pengeluaran : tidak ada

12) Aksila

Kelenjar getah bening : tidak ada pembesaran

13) Abdomen

Pembesaran : simetris

Linea : tidak ada

Striae : Albican

Bekas operasi : tidak ada

Pemeriksaan khusus kebidanan

Palpasi : teraba bagian bulat dan lunak pada bagian fundus (bokong), TFU

2 jari di bawah pusat, Mc.Donald 18cm, teraba bagian Panjang memapan di bagian kanan ibu,

bagian kiri teraba kosong yaitu ekstremitas (punggung kanan), teraba bulat keras melenting di bagian perut bawah (letak kepala), bagian terbawah belum masuk PAP

TBJ : 930 gram

Auskultasi : 135x/menit, teratur

14) Genetalia

Vulva

Pengeluaran : tidak ada

Varises : tidak ada

Kemerahan lesi : tidak ada

Perineum

Bekas luka parut : tidak ada

15) Pinggang

Nyeri : tidak ada

16) Ekstremitas

Oedema : tidak ada

Varises : tidak ada

Refleks patella : normal

3. UJI DIAGNOSTIK

Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 15 Agustus 2024 dengan hasil:

Golongan darah : O

Hb : 11gr/dL

HbSAG : non reaktif

Sifilis : non reaktif

HIV : non reaktif

B. Rumusan Masalah atau Diagnosis Kebidanan

1. DIAGNOSA

Ibu G1P0A0, Usia kehamilan 20 minggu, intrauterine, Presentasi Kepala, pu-ka, Janin Tunggal, Hidup, belum Masuk PAP, Keadaan ibu dan janin baik

2. PERENCANAAN

- 1) Jelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
- 2) Jelaskan mengenai kenaikan berat badan ibu
- 3) Berikan informasi tentang makanan seimbang
- 4) Jelaskan mengenai tanda bahaya kehamilan
- 5) Diskusikan dengan ibu mengenai persiapan persalinan
- 6) Anjurkan ibu melakukan kunjungan ulang pada 4 minggu lagi atau jika ada keluhan
- 7) Anjurkan ibu rutin konsumsi obat yang diberikan

3. PELAKSANAAN

- 1) Menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan baik, Tanda – tanda vital normal, DJJ normal, Tes laboratorium normal
- 2) Menjelaskan bahwa status gizi ibu dalam keadaan normal yaitu 21,6 (nilai normal 18,5 – 24,9) dan kenaikan berat badan yang ibu alami juga normal
- 3) Memberikan informasi kepada ibu dan suami tentang makanan seimbang, yaitu nasi, sayur, ikan / protein, buah dan air putih. Hindari ibu berada di lingkungan perokok karena ibu akan menghirup residu roko tersebut
- 4) Menjelaskan tanda bahaya kehamilan kepada ibu dan suami, yaitu: perdarahan pada hamil tua maupun tua, bengkak di kaki dan wajah, nyeri kepala hebat dan bertahan lama, pandangan kabur

mendadak, demam tinggi dalam jangka waktu lama, air ketuban keluar sebelum waktunya, tidak terasa gerakan bayi, muntah hebat dan ibu merasa lemas.

5) Mendiskusikan dengan ibu dan suami mengenai persiapan persalinan yang akan dialami ibu pada bulan Maret 2025 mendatang. Perlengkapan ibu dan bayi harus sudah mulai disiapkan, biaya bersalin atau BPJS sudah harus dipersiapkan, dan kendaraan yang akan digunakan oleh ibu menuju fasilitas kesehatan.

6) Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang pada 4 minggu lagi atau jika ada keluhan

7) Menganjurkan ibu rutin konsumsi tablet Fe, kalsium dan vitamin C yang telah diresepkan oleh bidan

C. Jadwal Kegiatan

Kegiatan dimulai dari bulan Oktober 2024 – Mei 2025. Mulai dari penjajakan kasus, pengurusan ijin mengasuh, pelaksanaan asuhan kehamilan, mengolah data, penyusunan laporan, seminar laporan, perbaikan laporan dan pengesahan laporan. Setelah mendapatkan ijin, penulis memberikan asuhan pada ibu “DL” dari umur kehamilan 20 minggu sampai 42 hari masa nifas dan 28 hari masa neonatus yang diikuti dengan analisa dan pembahasan laporan. Adapun kegiatan asuhan yang diberikan pada ibu “DL” diuraikan pada lampiran.