

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori Medis

##### 1. Kehamilan

###### a. Definisi

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. (Saifudin, AB.2008.h; 89)

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum. Periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Pengambilan waktu ini diambil dari ketentuan yang mempertimbangkan bahwa lama kehamilan diperkirakan kurang lebih 280 hari, 40 minggu, 10 bulan atau 9 bulan sejak hari pertama haid terakhir (HPHT). (Varney.2007.hal 492)

###### b. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses kehamilan merupakan matrantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi), pembentukan plasenta, sampai tumbuh kembang hasil konsepsi. (Manuaba.2010.h;75)

Ovulasi merupakan proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Dengan pengaruh FSH, folikel

primer mengalami perubahan menjadi folikel de Graaf yang menuju ke permukaan ovarium disertai pembentukan cairan folikel dan selama pertumbuhan ini ovarium mengeluarkan hormon yang dapat mempengaruhi gerakan dari tuba. Dengan pengaruh LH yang semakin besar, terjadi proses pelepasan ovum (ovulasi). Dengan gerakan aktif tuba maka ovum telah dilepaskan segera ditangkap oleh fimbriae tuba. Ovum yang tertangkap terus berjalan mengikuti tuba menuju uterus dan siap untuk dibuahi.

Konsepsi yaitu pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa. Ovum yang siap dibuahi setelah 12 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma hingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa akan melanjutkan perjalanannya menuju tuba falopi. Spermatozoa ini akan hidup selama tiga hari di dalam genitalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida, spermatozoa masuk ke dalam ovum. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot. (Manuaba.2010.h;75-84)

Pada hari ke empat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa inner cell. Masa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan keberhasilan nidasi (implantasi), produksi hormon kehamilan, produksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke

dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi human chorionic gonadotropin (hCG) dimulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio.

Invasi trofoblas diatur oleh pengaturan kadar Hcg. Sinsiotrofoblas menghasilkan hCG yang akan mengubah sitotrofoblas menyekresikan hormon yang non invasif. Trofoblas yang semakin dekat dengan endometrium menghasilkan kadar hCG yang semakin rendah, dan membuat trofoblas berdiferensiasi dalam sel-sel jarang yang menghasilkan protein perekat plasenta yaitu trophouteronectin. Trofoblas-trofoblas invasif lain yang lepas dan bermigrasi ke dalam endometrium dan miometrium akan menghasilkan protease dan inhibitor protease yang diduga memfasilitasi proses invasi ke dalam jaringan maternal. (Prawirohardjo.2008.h;143-146)

Dalam tingkat nidasi, trofoblas antara lain menghasilkan hormon human chorionic gonadotropin. Produksi human chorionic gonadotropin meningkat sampai kurang lebih hari ke 60 kehamilan untuk kemudian turun lagi. Diduga bahwa fungsinya ialah mempengaruhi korpus luteum untuk tumbuh terus, dan menghasilkan terus progesteron, sampai plasenta dapat membuat cukup progesteron sendiri. Hormon chorionic gonadotropin inilah yang khas untuk menentukan ada tidaknya kehamilan. Hormon tersebut dapat ditemukan di dalam air kemih ibu hamil. (Wiknjosastro.2006.h;61-64)

Blastokista dengan dengan bagian yang mengandung massa inner cell aktif mudah masuk ke dalam lapisan desidua, dan luka pada desidua kemudian menutup kembali. Kadang-kadang pada saat

nidasi yaitu masuknya ovum ke dalam endometrium terjadi perdarahan pada luka desidua (tanda hartman).

Pada umumnya blastokista masuk di endometrium dengan bagian dimana massa inner cell berlokasi. Dikemukakan bahwa hal inilah yang menyebabkan tali pusat berpangkal sentral atau parasentral. Bila sebaliknya dengan bagian lain blastokista memasuki endometrium, maka terdapatlah talipusat dengan insersio velamentosa. Umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut kehamilan.

Setelah nidasi berhasil, selanjutnya hasil konsepsi akan bertumbuh dan berkembang di dalam endometrium. Embrio ini selalu terpisahkan dari darah dan jaringan ibu oleh suatu lapisan sitotrofoblas di sisi bagian dalam dan sitotrofoblas bagian luar. Kondisi ini kritis tidak hanya untuk pertukaran nutrisi, tetapi juga untuk melindungi janin yang bertumbuh dan berkembang dari serangan imunologik maternal. Plasentasi merupakan proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasenta berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. (Prawirohardjo.2008.h;140-146)

### c. Tanda-Tanda Kehamilan

#### 1) Tanda dugaan hamil

Tanda-tanda dugaan kehamilan adalah sebagai berikut:

##### a) Amenorhea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembekuan folikel de Graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama

haid terakhir dengan perhitungan rumus naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c) Ngidam

Wanita sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

f) Varises atau penampakan pembuluh darah vena.

Karena pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki, betis, dan payudara.

(Manuaba.2010.Hal 107-108)

g) Payudara tegang

Akibat stimulasi prolaktin, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu.

h) Keluhan kencing

Frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan uterus yang membesar dan tarikan oleh uterus ke kranial.

i) Konstipasi

Ini terjadi karena efek relaksasi progesteron atau dapat juga karena perubahan pola makan.

j) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain chloasma yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung dan kulit daerah tulang pipi terutama pada wanita dengan warna kulit tua. Biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah areola dan puting susu warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh stimulasi MSH (melanocyte stimulating hormone). Pada kulit daerah addomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut striae gravidarum.

(Kusmiati,dkk.2009.hal 94)

2) Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan dapat ditentukan oleh:

- a) Rahim membesar, sesuai dengan umur kehamilan.
- b) Pada pemeriksaan dalaam, dijumpai tanda-tanda seperti :

## (1) Tanda hegar

Tanda ini berupa perlukaan pada daerah isthmus uteri, sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus mudah difleksikan. Tanda ini terlihat pada minggu ke 6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8.

## (2) Tanda chadwick

Dinding vagina mengalami kongesti, warna kebiru-biruan.

## (3) Tanda piscaseck

Terjadi pertumbuhan yang asimetris pada bagian uterus yang dekat dengan implantasi plasenta.

## (4) Kontraksi braxton hicks

## (5) Teraba ballotement

## c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif.

(Manuaba.2010.Hal 108)

## d) Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui:

## (1) Gerakan janin dalam rahim

(2) Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.

(3) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop laenec, alat kardiokografi, alat doppler. Dilihat dalam ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu

rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

(Manuaba.2010.Hal 108)

d. Perubahan fisiologi pada kehamilan

Pada masa kehamilan terdapat beberapa perubahan pada tubuh wanita, antara lain:

1) Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus. Disamping itu, serabut serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Bila ada kehamilan ektopik, uterus akan membesar pula, kerana pengaruh hormon-hormon itu. Begitu pula endometrium menjadi desidua. (Wiknjisastro.2006.hal;89)

2) Serviks Uteri

Serviks uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat, dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak. (Wiknjisastro.2006.hal;94)

3) Vulva dan Vagina

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vulva dan vagina tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini



disebut tanda Chadwick. Warna porsio juga tampak livide.  
(Wiknjosastro.2006.hal;95)

#### 4) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidatis sampai terbentuknya plasenta kira-kira kehamilan usia 16 minggu. Korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm dan akan mengecil setelah plasenta terbentuk. Korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat laun fungsi ini diambil oleh plasenta. Dalam akhir tahap ini ditemukan pada awal ovulasi hormon relaxin, suatu immunoreactive inhibin dalam sirkulasi maternal. Korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin pada awal kehamilan. Kadar relaxin disirkulasi maternal dapat ditemukan dan meningkat dalam trimester pertama. (Wiknjosastro.2006.hal;95)

#### 5) Mammae

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomotropin, estrogen dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropisistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada mammae. Somatomotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel hingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumun, dan laktoglobulin. Dengan demikian mammae dipersiapkan untuk laktasi.

(Kusmiyati,dkk.2009.hal 55)

#### 6) Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar disertai dengan membesarnya pembuluh pembuluh darah, mammae dan

alat lainnya yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume plasma maternal mulai meningkat pada saat 10 minggu usia kehamilan dan terus menerus meningkat sampai 30-34 minggu, sampai mencapai titik maksimum.

(Kusmiyati,dkk.2009.hal 55)

#### 7) Sistem Respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek napas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu ke atas. Oleh karena itu usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar kearah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira- kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam, dan bagian bawah toraksnya juga melebar ke sisi, yang sesudah partus kadang kadang menetap jika tidak dirawat dengan baik.

(Winkjosastro.2006.hal 96)

#### 8) Traktus Digestivus

Pada bulan bulan pertama kehamilan terdapat perasaan eneg (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot- otot traktus digestivus menurun, sehingga mortilitas seluruh traktus digestifus juga berkurang. Tidak jarang dijumpai pada bulan-bulan pertama kehamilan gejala muntah (emesis). Biasanya terjadi pada pagi hari, dikenal sebagai morning sickness. Emesis bila terlampau sering dan terlalu banyak dikeluarkan, disebut hiperemesis gravidarum, keadaan ini patologis. Salivasi adalah pengeluaran air liur berlebihan dari pada biasa. Bila terlampau banyak, ini pun menjadi patologis.

(Winkjosastro.2006.hal;97)

### 9) Metabolisme

Metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi semakin meningkat untuk pertumbuhan janin dan persiapan ASI. Maka dari itu ibu hamil sangat perlu untuk memperhatikan susunan makanan empat sehat dan lima sempurna. Tambahkan gizi ibu hamil dengan susu yang berkualitas. (Manuaba.2010.hal;94)

### 10) Traktus Urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala janin pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodilusi menyebabkan metabolisme air semakin lancar sehingga pembentukan urin akan bertambah. (Manuaba.2010.hal;94)

### 11) Perubahan Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidug, dikenal sebagai kloasma gravidarum.

Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mama. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisea. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan disebut striae livide. (Winkjosastro.2006.hal;98)

e. Diagnosis Banding kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosa banding diantaranya:

1) Hamil palsu (pseudosiesis) atau kehamilan spuria

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.

2) Tumor kandungan atau mioma uteri

Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil. Bentuk pembesaran merata. Perdarahan banyak saat menstruasi.

3) Kista ovarium

Pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda hamil dan menstruasi terus berlangsung. Lamanya pembesaran perut dapat melampaui usia kehamilan. Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif.

4) Hematometra

Terlambat datang bulan yang dapat melampaui usia kehamilan. Perut terasa nyeri setiap bulan. Terjadi penumpukan darah dalam rahim. Tanda dan pemeriksaan kehamilan tidak menunjukkan hasil yang positif, karena himen in perforata.

5) Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan kateterisasi, maka pembesaran perut akan menghilang. (Manuaba.2010.hal 109)

## 2. Hiperemesis Gravidarum

### a. Definisi

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi sampai umur kehamilan 20 minggu, muntah begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan sehingga mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi dan terdapat aseton dalam urin bukan karena penyakit seperti appendisitis, pielitis, dan sebagainya. (Joseph.2011.hal 161)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi. (Marni.2011.hal 55)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi. (Nugraheny.2020.hal 57)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan selama masa hamil. Muntah yang membahayakan ini dibedakan dari morning sickness normal yang umum dialami wanita hamil karena intensitasnya melebihi muntah normal dan berlangsung selama trimester pertama kehamilan. (Varney.2007.hal 608)

Hiperemesis gravidarum adalah vomitus yang berlebihan atau tidak terkendali selama masa kehamilan, yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, atau defisiensi nutrisi, dan kehilangan berat badan. (Khumaira.2012.hal 97)

Dari beberapa referensi diatas penulis menyimpulkan bahwa hiperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah yang berlebihan pada seorang wanita hamil muda sehingga aktivitas terganggu dan menyebabkan keadaan memburuk serta dehidrasi.

b. Etiologi

Mual dan muntah disebabkan oleh kombinasi hormon estrogen dan progesteron, walaupun belum diketahui secara pasti dan hormon human chorionic gonadotropin juga berperan dalam menimbulkan mual dan muntah, menurunnya tekanan sfingter esofageal bagian bawah, meningkatnya tekanan interagastik, menurunnya kompetensi sfinger pilori dan kegagalan mengeluarkan asam lambung. Konstipasi tersebut disebabkan oleh efek hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos dan peningkatan waktu transit dari lambung dan usus dapat meningkat absorpsi cairan.

Kelainan gastrointestinal tersebut bisa timbul pada saat kehamilan atau oleh kelainan yang sebelumnya sudah ada dan akan bertambah berat sewaktu hamil. Memahami adanya keluhan dan kondisi tersebut sangat bermanfaat untuk dapat memberikan perawatan yang sebaik-baiknya. Perubahan-perubahan fisiologik atau patologik umumnya tidak berbahaya dan dapat ditangani dengan mudah melalui penjelasan pada pasien serta pemberian obat-obatan yang relatif ringan. (Prawirohardjo.2010.h; 814-815)

Kejadian hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tetapi beberapa faktor predisposisi yaitu:

1) Faktor adaptasi hormonal

Pada wanita hamil yang kurang darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum dapat dimasukkan dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia, wanita primigravida, dan overdistensi rahim pada kemilau kembar dan hamil mola hidatidosa.

a) Anemia

Selama kehamilan trimester pertama, wanita hamil mengalami anemia saat kadar hemoglobinnya kurang dari 11 gr/dl atau kadar hematokritnya turun sampai dibawah 37%. Efek anemia pada kehamilan ialah timbul rasa letih, stres meningkat (bobak.2004.h; 737). Pada wanita hamil yang kurang darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum dapat dimasukkan dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia (Manuaba.2010.h; 230).

b) Primigravida

Sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan korionik gonadotropin, sedangkan pada kehamilan kembar dan molahidtidosa, jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan terjadi hiperemesis gravidarum (Manuaba. 2010.h; 230)

c) Molahidatidosa

Kehamilan molahidatidosa ialah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh villi korialis mengalami perubahan hidropik. Untuk memperkuat diagnosis maka dilakukan pemeriksaan kadar Human Chorionic Gonadotropin (hCG) dalam darah atau urin (Wiknjosastro.2006.h; 342-345). Pada kehamilan molahidratidosa kadar hCG lebih tinggi dan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang memicu terjadinya mual muntah yang berlebihan atau hiperemesis. (Prawirohardjo.2010.h; 215)

2) Faktor psikologi

Hubungan faktor psikologi dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas. Besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami dan sebagainya, diduga dapat menjadi faktor kejadian hiperemesis gravidarum. Dengan perubahan suasana dan masuk rumah sakit penderitaannya dapat berkurang sampai menghilang. (Manuaba.2010.h; 230)

Usia ibu merupakan indikasi pengkajian genetika yang paling banyak dikenal (Varney.2007.h; 569). Umur terlalu muda kurang dari 20 tahun karena belum ada kesiapan saat kehamilan pada psikologi ibu akan menimbulkan kecemasan karena kehamilan akan menimbulkan terjadinya hiperemesis gravidarum. (Varney.2007.h; 608)



Untuk mengidentifikasi resiko cedera yang berhubungan dengan pekerjaannya dan untuk merencanakan masa istirahat (Varney.2007.h; 31). Berkaitan dengan pekerjaan yang dilakukan apakah berhubungan dengan kehamilan. Pekerjaan yang terlalu berat sehingga menyebabkan stres pada ibu sehingga menimbulkan terjadinya hiperemesis gravidarum (Varney.2007.h; 256).

### 3) Faktor alergi

Pada kehamilan ketika diduga terjadi invasi jaringan villi korialis yang masuk dalam peredaran darah ibu, maka faktor alergi dianggap dapat menyebabkan kejadian hiperemesis gravidarum. (Manuaba.2010.h; 230)

### 4) Faktor endokrin

#### a) Diabetes Melitus

Selama trimester pertama kehamilan, kadar glukosa ibu menurun dengan cepat dibawah kadar glukosa tidak hamil sampai antara 55 dan 65 mg/dl. Akibat penurunan estrogen dan progesteron, pankreas meningkatkan produksi insulin, yang meningkatkan penggunaan glukosa. Pada saat yang sama, penggunaan glukosa oleh janin meningkat, sehingga menurunkan kadar glukosa ibu. Selain ini trisemester pertama juga ditandai dengan nausea, vomitus dan penurunan asupan makanan sehingga kadar glukosa ibu semakin menurun. (Bobak.2004.h; 702)

## b) Gastritis

Penyakit gastritis sering terjadi pada kehamilan muda, dengan dasar keluhan seperti mual, muntah-muntah, tidak ada nafsu makan, nyeri di daerah epigastrium dan sebagainya. Keluhan ini hampir sama dengan gejala hiperemesis gravidarum. Bila penyakit ini disebabkan oleh kehamilan, biasanya keluhan akan hilang setelah trimester I (Wiknjosastro.2006.h; 497). Kelainan gastrointestinal bisa timbul pada saat kehamilan atau kelainan yang sebelumnya sudah ada akan bertambah berat sewaktu hamil (Prawirohardjo.2008.h; 815)

## c. Patofisiologi

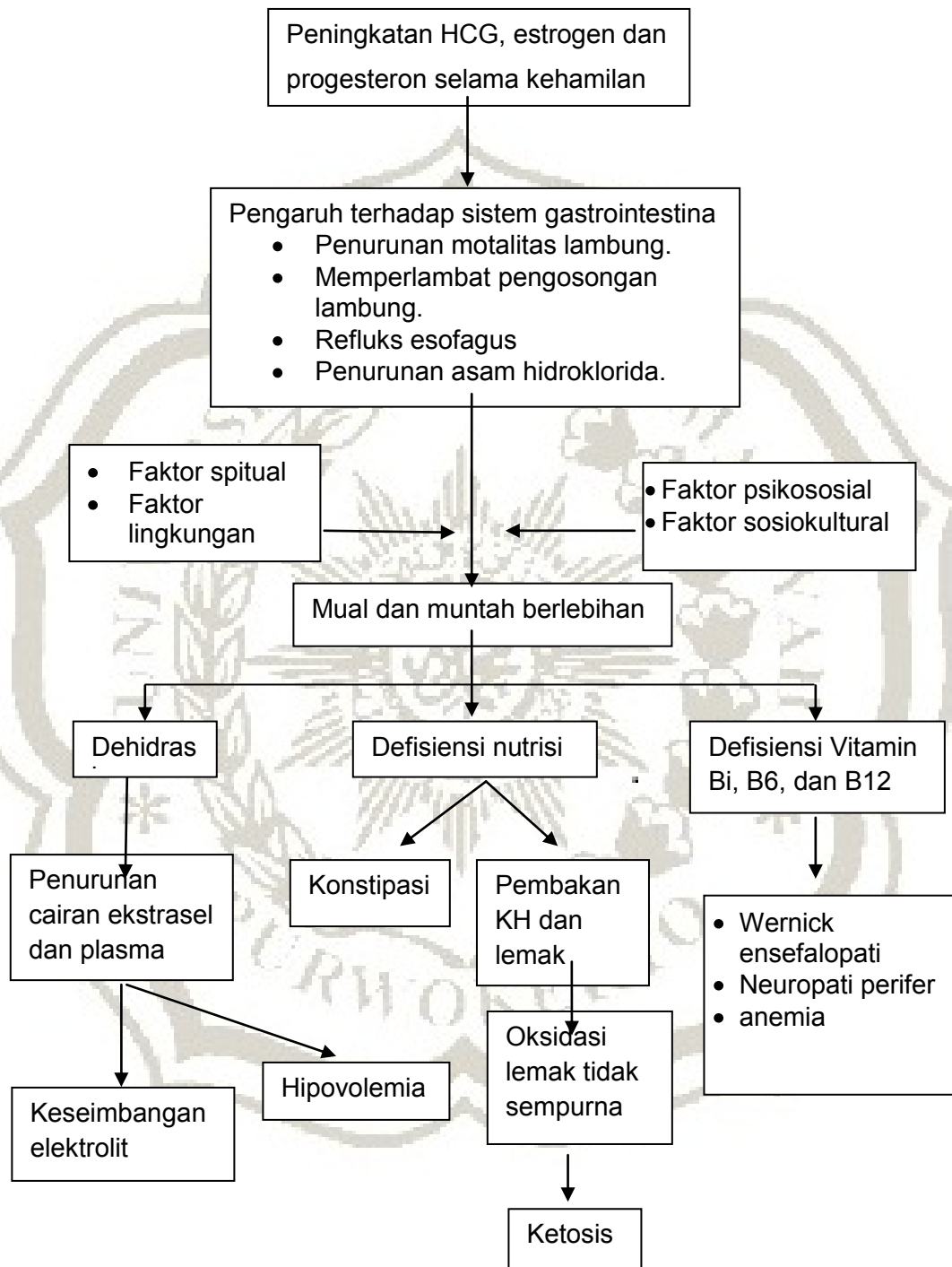
Perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar estrogen, oleh karena keluhan ini terjadi trisemester pertama. Pengaruh fisiologik hormon estrogen ini tidak jelas, mungkin berasal dari sistem saraf pusat akibat berkurangnya pengosongan lambung. (Wiknjosastro.2006.hal 277).

Peningkatan hormon progesteron menyebabkan otot polos pada sistem gastrointestinal mengalami relaksasi sehingga motilitas lambung menurun dan pengosongan lambung melambat. Refluks egofagus, penurunan motilitas lambung dan peningkatan sekresi asam hidroklorid juga berkontribusi terhadap terjadinya mual dan muntah. Hal ini diperberat dengan adanya penyebab lain berkaitan dengan faktor psikologis, spiritual, lingkungan dan sosial kultural.

(Runiari.2010.hal 11). Faktor psikologis ini merupakan faktor utama, disamping pengaruh hormon.

Kekurangan intake dan kehilangan cairan karena muntah menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida dalam darah maupun dalam urine turun, selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi sehingga menyebabkan aliran darah ke jaringan berkurang. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal berakibat frekuensi muntah bertambah banyak, sehingga dapat merusak hati. (Runiari.2010.hal 11)

Pencernaan serta absorpsi karbohidrat dan nutrisi lain yang tidak adekuat mengakibatkan tubuh membakar lemak untuk mempertahankan panas dan energi tubuh. Jika tidak ada karbohidrat maka lemak digunakan untuk menghasilkan energi, akibatnya beberapa hasil pembakaran dari metabolisme lemak terdapat dalam darah dan urin (terdapat atau kelebihan keton dalam urin). (Runiari.2010.hal 11)



Skema 2.1 Patofisiologi Hiperemesis Gravidarum (Runiari.2010.hal 12)

d. Tanda dan Gejala

Batas jelas antaramual yang masih fisiologik dalam kehamilan dengan hiperemesis gravidatum tidak ada, tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh, sebaiknya ini dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum menurut berat ringannya gejala dapat dibagi kedalam 3 tingkatan yaitu:

Tingkat I:

- 1) Ibu merasa lemah
- 2) Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum
- 3) Nafsu makan tidak ada
- 4) Berat badan menurun, temperatur tubuh meningkat
- 5) Nadi meningkat sekitar 100 per menit dan tekanan darah sistolik menurun
- 6) Turgor kulit mengurang
- 7) Lidah mengering mata cekung
- 8) Merasa nyeri pada epigastrium

Tingkat II

- 1) Ibu tampak lebih lemah dan apatis
- 2) Berat badan turun
- 3) Tensi turun, nadi kecil dan cepat
- 4) Suhu kadang-kadang naik
- 5) Mata sedikit ikterik dan cekung
- 6) Turgor kulit lebih mengurang
- 7) Lidah mengering dan tampak kotor
- 8) Hemokonsentrasi, oliguria, konstipasi
- 9) Aseton tercium dalam hawa pernapasan, karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam kencing

### Tingkat III

- 1) Keadaan umum lebih parah
- 2) Muntah berhenti
- 3) Kesadaran menurun dari somnolen sampai koma
- 4) Nadi kecil dan cepat
- 5) Suhu meningkat
- 6) Tensi menurun
- 7) Mulut kering dan kotor, pernapasan bau aseton
- 8) Mata cekung dan timbulnya ikterus menunjukkan adanya payah hati

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

#### e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hiperemesis gravidarum adalah sebagai berikut:

##### 1) Pemeriksaan urine

Urin diperiksa untuk mendeteksi keberadaan keton. Pemeriksaan ini dilakukan saat bangun tidur dan setiap kali makan atau cemilan tertunda. Apabila terjadi ketonuria, asupan karbohidrat harus dengan hati-hati ditingkatkan atau cemilan lain dapat ditambahkan kedalam rencana makanan sehari-hari.

(Bobak.2004.h; 711)

Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum pada pencernaannya yang tidak adekuat mengakibatkan tubuh membakar lemak untuk mempertahankan panas dan energi tubuh. Sehingga hasil pembakaran dari metabolisme lemak terdapat

dalam darah dan urin (terdapat atau kelebihan keton dalam urin).  
(Runiari.2010.hal 11)

## 2) Darah rutin

Tujuan dilakukan pemeriksaan haemoglobin : pemeriksaan Hb secara rutin selama kehamilan merupakan kegiatan rutin untuk mendeksi anemia (Ai yeyeh,dkk.2009.h;149). Pada wanita hamil yang kurang darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum dapat dimasukan

Dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia (Manuaba.2010.h; 230).

## 3) Uji glukosa

Uji glukosa darah merupakan metode yang dipilih untuk memantau glukosa darah dan dapat dilakukan pengontrolan glikemia wanita terutama pada wanita selama kehamilan (Bobak.2004.hal 709-711 dan 702).

Pada seorang wanita yang mengalami diabetes melitus, selama trisemester pertama kadar glukosa darah meningkat dan glikemia meningkat. Pada wanita yang mengalami diabetes melitus pada trisemester pertama juga ditandai dengan nausea, vomitus. (Bobak.2004.h; 702)

## 4) Pemeriksaan tiroid (tiroksin dan TSH)

Kehamilan akan menyebabkan perubahan struktur dan fungsi kelenjar tiroid ibu, sehingga kadang-kadang menyulitkan penegakan dignosis penyakit atau menentukan adanya kelainan tiroid. Gangguan kelenjar tiroid pada umumnya di dapatkan pada perempuan muda, terdapat hubungan erat antara fungsi kelenjar

tiroid ibu dan janin yang dikandungnya. Kehamilan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan tiroksin yaitu sekitar sepertiganya dan kemungkinan akibat meningkatnya produksi hormon estrogen (Prawirohardjo.2010.hal 850).

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea). Mungkin ini akibat hormon estrogen yang meningkat (Ai yeyeh, dkk.2009.h; 46-48). Faktor keturunan merupakan faktor resiko lainnya untuk terjadinya kegagalan kelenjar tiroid adalah penyakit diabetes melitus tipe 1. (Prawirohardjo.2010.h; 850)

#### 5) USG untuk memastikan mola

Pada hiperemesis gravidarum pemeriksaan USG dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan kehamilan juga untuk mengetahui kemungkinan adanya kehamilan kembar atau pun kehamilan molahidatidosa (Prawirohardjo.2010.h; 814-818). Pada wanita dengan molahidatidosa uterus membesar lebih cepat dari biasa, penderita mengeluh tentang mual dan muntah, tidak jarang terjadi perdarahan pervaginam. Kadang-kadang pengeluaran darah disertai dengan pengeluaran beberapa gelambung villus, yang memastikan diagnosis molahidatidosa. (Winkjosastro.2006.h; 262)

#### f. Komplikasi

##### 1) Maternal

Dampak yang ditimbulkan, ibu akan kekurangan nutrisi dan cairan sehingga keadaan fisik ibu menjadi lemah dan lelah dapat pula mengakibatkan gangguan asam basa, pneumoni



aspirasi, robekan mukosa pada hubungan gastroesofagi yang menyebabkan peredaran ruptur esofagus, kerusakan hepar, dan kerusakan ginjal. (Ai Yeyeh,dkk.2010.h; 128-129)

## 2) Fetal

- a) Kemungkinan bayi mangalami BBLR, IUGR, prematur hingga terjadi abortus. (Ai Yeyeh,dkk.2010.h; 129)
- b) Pada kasus-kasus ekstrem, embrio dan janin dapt mati akibat perubahan metabolik yang menetap (irreversible) (Bobak.2005.h; 721)

## g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat diberikan oleh bidan pada kasus hiperemesis gravidarum yaitu dengan cara:

- 1) Memberikan penerangan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- 2) Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.
- 3) Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering.
- 4) Menganjurkan pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.
- 5) Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindari.
- 6) Makanan sayogyanya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.

- 7) Menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makanan yang banyak mengandung gula. (Khumaira.2012.h; 100-101)

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak mengurang maka diperlukan seperti:

1) Obat yang diberikan

Memberikan obat untuk hiperemesis gravidarum sebaiknya berkonsultasi dengan dokter, sehingga dapat dipilih obat yang tidak bersifat teratogenik (dapat menyebabkan kelainan kongenetal, cacat bawaan bayi). Komponen (susunan obat) yang dapat diberikan adalah:

- a) Sedatif ringan (fenobarbital (Luminal) 30 mg, Valium), sebagai obat penenang.
- b) Antialergi (Antihistamin, Dramamin, Avomin)
- c) Obat anti mual-muntah (Mediamer B6, Emetrole, Stimetil, Avopreg), untuk menurunkan keluhan atau gangguan mual dan muntah bagi ibu hamil.
- d) Vitamin (terutama vitamin B kompleks, vitamin C) untuk mempertahankan kesehatan syaraf, jantung, otot polos, peningkatan pertumbuhan dan perbaikan sel pada ibu dan janin.

(Manuaba.2010.h; 232)

2) Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah dan peredaran udara yang baik. Catat cairan yang keluar

dan masuk. Hanya dokter dan perawat yang boleh masuk ke dalam kamar penderita, sampai muntah berhenti dan penderita mau makan. Tidak diberikan makan atau minum dan selama 24 jam. Terkadang dengan isolasi gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan. (Wiknjosastro.2006.h; 279)

### 3) Cairan Parenteral

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan RL atau glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter sehari atau 30 tetes/menit. Bila perlu dapat ditambah kalium dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C dan bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intravena (Wiknjosastro.2006.h; 279).

### 4) Diet

Ciri khas diet hiperemesis adalah penekanan karbohidrat kompleks terutama pada pagi hari, serta menghindari makanan yang berlemak dan goreng-gorengan untuk menekan rasa mual dan muntah, sebaiknya diberi jarak dalam pemberian makan dan minum. Diet pada hiperemesis bertujuan untuk mengganti persediaan glikogen tubuh dan mengontrol asidosis secara berangsur memberikan makanan berenergi dan zat gizi yang cukup.

Ada 3 macam diet pada hiperemesis gravidarum yaitu:

a) Diet hiperemesis I

Diberikan pada hiperemesis tingkat III. Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang akan zat-zat gizi kecuali vitamin C karena itu hanya diberikan selama beberapa hari.

b) Diet hiperemesis II

Diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. secara berangsur mulai diberikan bahan makanan yang bernilai gizi tinggi. Pemberian minuman tidak diberikan bersama makanan. Makanan ini rendah dalam semua zat-zat gizi kecuali vitamin A dan D.

c) Diet hiperemesis III

Diberikan kepada penderita dengan hiperemesis ringan. Menurut kesanggupan penderita minuman boleh diberikan bersama makanan. Makanan ini cukup dalam semua zat gizi kecuali kalsium.

Makanan yang dianjurkan untuk diet hiperemesis I, II, dan III adalah roti panggang, biskuit, crackers, buah segar dan sari buah, minuman botol ringan, sirup, kaldu tak berlemak, teh dan kopi encer. Sedangkan makanan yang tidak dianjurkan adalah makanan yang umumnya merangsang saluran pencernaan dan berbumbu tajam. (Ai Yeyeh,dkk.2010.h; 124-125)

#### 5) Penghentian kehamilan

Pada kondisi yang memburuk diusahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatrik. Keputusan untuk melakukan abortus terapeutik sering sulit diambil, oleh karena di satu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi dilain pihak tidak boleh menunggu sampai terjadi gejala ireversibel pada organ vital. (Wiknjosastro.2006.h; 279)

Dari gejala yang ditimbulkan pada pasien hiperemesis gravidarum yang harus mendapatkan perawatan di rumah sakit yaitu dengan indikasi sebagai berikut:

- 1) Memuntahkan semua yang dimakan dan diminum, apalagi bila telah berlangsung lama.
- 2) Berat badan turun hingga 10% dari berat badan.
- 3) Dehidrasi dengan turgor yang kurang dan lidah kering.
- 4) Adanya aseton dalam urine.

(Runiari.2010.h;17)

Penatalaksanaan pada hiperemesis gravidarum menurut tingkatannya antara lain:

##### 1) Tingkat I

Pencegahan dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan dengan maksud menghilangkan faktor psikis ibu terhadap rasa takut, menganjurkan mengubah pola makan sehari-hari, therapy obat menggunakan sedative (obat yang punya efek mengantuk) yang sering diberikan adalah phenobarbital, vitamin B1 dab B6. Antihistamin seperti dramamin dan avomin

(surrinah.2008). Menurut surrinah (2009), infus glukosa 10% atau 5% : RL = 2: 1,40 tetes per menit.

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% bila perlu ditambahkan vitamin, khusus vitamin B1 kompleks dan vitamin C (Prawirohardjo.2006)

## 2) Tingkat II dan tingkat III

### a) Isolasi dan pengobatan psikologis

Dengan melakukan isolasi di ruangan sudah dapat meringankan wanita hamil karena perubahan suasana dari lingkungan rumah tangga. Petugas dapat memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang berbagai masalah berkaitan dengan kehamilan. (Manuaba, 2010).

### b) Pemberian cairan pengganti

Dalam keadaan darurat diberikan cairan pengganti sehingga keadaan dehidrasi dapat diatasi. Cairan pengganti yang diberikan adalah glukosa 5 sampai 10% dengan keuntungan dapat mengganti cairan yang hilang dan berfungsi sebagai sumber energi. sehingga terjadi perubahan metabolisme dari lemak dan protein menjadi pemecahan glukosa. Dalam cairan dapat ditambahkan vitamin C, B kompleks atau kalium yang diperlukan untuk kelancaran metabolisme.

Selama pemberian cairan harus mendapat perhatian tentang keseimbangan cairan yang masuk dan keluar melalui kateter, nadi, tekanan darah, suhu dan pernapasan.

lancarnya pengeluaran urine memberikan petunjuk bahwa keadaan pasien berangsur-angsur membaik.

Pemeriksaan yang diperlukan adalah darah, urine dan bila mungkin fungsi hati dan ginjal. bila keadaan muntah berkurang, kesadaran membaik, wanita hamil dapat diberikan makan minum dan mobilisasi.

### 3. Dehidrasi

#### a. Definisi

Dehidrasi adalah suatu gangguan dalam keseimbangan cairan yang disertai dengan output yang melebihi intaks sehingga jumlah air dalam tubuh berkurang. Dehidrasi menggambarkan kehilangan relatif cairan dan elektrolit berdasarkan pada kadar natrium serum dan osmolalitas plasma.

Dehidrasi merupakan kekurangan cairan ekstra selular yang mengakibatkan berpindahnya cairan atau hilang dari tubuh. Kehilangan cairan ekstrasel secara berlebihan menyebabkan volume ekstrasel berkurang (hipovolume) dan perubahan hematokrit.

(Alimul, Aziz. 2009. h; 35)

#### b. Etiologi

Kekurangan cairan eksternal terjadi karena penurunan asupan cairan dan kelebihan pengeluaran cairan. Tubuh akan merespons kekurangan cairan tubuh dengan menggosongkan cairan vaskuler. Sebagai kompensasi akibat penurunan cairan interstisial, tubuh akan mengalirkan cairan keluar sel. Pengosongan cairan ini terjadi pada pasien diare dan muntah.

Ada tiga macam kekurangan volume cairan eksternal, yaitu:

- 1) Dehidrasi isotonik, terjadi jika tubuh kehilangan sejumlah cairan dan elektrolit secara seimbang.
- 2) Dehidrasi hipertonik, terjadi jika tubuh kehilangan lebih banyak air daripada elektrolit.
- 3) Dehidrasi hipotonik, terjadi jika tubuh kehilangan lebih banyak elektrolit daripada air.

(Alimul, Aziz. 2009. h; 34)

#### c. Patofisiologi

Kehilangan cairan ekstrasel secara berlebihan menyebabkan volume ekstrasel berkurang (hipovolume) dan perubahan hematokrit. Pada keadaan ini, tidak terjadi perpindahan cairan daerah intrasel ke permukaan, sebab osmolaritasnya sama. Jika terjadi kekurangan cairan ekstrasel dalam waktu yang lama, kadar urea, nitrogen, dan kreatinin meningkat dan menyebabkan perpindahan cairan intrasel ke pembuluh darah. Kekurangan cairan dalam tubuh dapat terjadi secara lambat atau cepat dan tidak selalu cepat diketahui.

Kelebihan asupan pelarut seperti protein dan klorida atau natrium akan menyebabkan ekstresi atau pengeluaran urin secara berlebihan serta berkeringan dalam waktu lama dan terus menerus. Hal ini dapat terjadi pada pasien yang mengalami hipotalamus, kelenjar gondok, ginjal, diare, muntah terus menerus, pemasangan drainase. (Alimul, Aziz. 2009. h; 35)



d. Klasifikasi dehidrasi berdasarkan derajatnya:

1) Dehidrasi berat

Ciri-ciri:

- a) Pengeluaran atau kehilangan cairan sebanyak 4-6 lt
- b) Serum natrium mencapai 159-166 mEq/lt
- c) Hipotensi
- d) Turgor kulit buruk
- e) Mata sangat cekung
- f) Oliguria
- g) Nadi dan pernapasan meningkat
- h) Kehilangan cairan mencapai > 10 % BB

2) Dehidrasi sedang

Ciri-ciri

- a) Kehilangan cairan 2-4 lt
- b) Kehilangan cairan mencapai antara 5-10 % BB
- c) Serum natrium mencapai 152-158 mEq/lt
- d) Mata cekung, air mata berkurang
- e) Kencing berkurang
- f) Turgor kulit berkurang
- g) Nadi dan pernapasan cepat

3) Dehidrasi ringan

Ciri-ciri

- a) Kehilangan cairan mencapai 5% BB
- b) Klien terasa haus
- c) Kehilangan cairan antara 1,5-2 lt

d) Nadi dan pernapasan normal

(Alimul, Aziz. 2009. h; 35)

e. Penatalaksanaan

- 1) Pada penderita distensi lambung berat, muntah terus menerus, kelelahan berat harus diberi terapi intravena.
- 2) Rehidrasi oral dapat dicoba dengan pengawasan, jika terjadi muntah pada 2 jam pertama pemberian maka rehidrasi harus diberikan secara perlahan dengan jumlah sedikit tetapi sering.
- 3) Pemberian obat-obatan (untuk mengatasi penyebab dehidrasi seperti muntah, diare).
- 4) Pemberian air minum yang mengandung natrium cukup memadai untuk mengatasi ketidakseimbangan yang terjadi.

(Samik Wahab. 2000. h; 261)

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

1. Teori Manajemen Varney

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai pengkajian, analisis data, diagnosis kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses ini digunakan sebagai metode untuk mengorganisasi akan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan ketrampilan dalam rangkaian yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Penatalaksanaan kebidanan terdiri dari 7 langkah Varney yang berurutan dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan

evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap dan telah diaplikasi dalam semua situs.

(Varney.2007.h; 26)

Langkah-langkah tersebut yaitu sebagai berikut:

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap meliputi pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah II : Interpretasi data

Dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang dikumpulkan, data dasar yang sudah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan masalah dan masalah yang muncul digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penenganan.

3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ketiga ini, identifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, serta melakukan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul.

4. Langkah IV : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan tindak segera

Langkah yang Mengidentifikasi perlunya tindakan segera yang ditangani oleh bidan atau untuk dikonsultasikan pada dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Langkah V : Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan asuhan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan pengembangan masalah atau diagnosis yang diidentifikasi. Sebuah rencana yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi klien yang terlihat tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipapada klien seperti apa yang akan terjadi selanjutnya.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Pada langkah ini rencana asuhan yang menyeluruh dan harus diarahkan dan dilaksanakan secara efisien dan aman oleh tenaga kesehatan kepada klien. Manajemen yang efisien akan meminimalkan waktu dan biaya serta meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan kepada klien.

7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang telah diberikan mengenai pemenuhan kebutuhan yang benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. (Varney.2007.h; 26-28)

## 2. Tinjauan asuhan kebidanan SOAP

Pendokumentasian ada yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan tertulis. Seorang bidan hendaknya menggunakan SOAP setiap kali bertemu dengan klien.

Metode pendekatan SOAP meliputi:

S : Data Subyektif

Data subyektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan dengan diagnosis. Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

O : Data Obyektif

Data yang diperoleh dari melalui observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

A : Assasment

Assesmen merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif.

P : Planning

Planing atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

(Muslihatun,Mufdilah,Setiyawati.2009.h; 90-91)

### 3. Penerapan asuhan kebidanan

Tinjauan asuhan kebidanan ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum merupakan suatu cara untuk mendapatkan informasi dengan menggunakan metode wawancara secara langsung dan pemeriksaan fisik.

#### 1. Pengkajian

##### a. Data subyektif

##### 1) Identitas klien

Berisi tentang biodata pasien dan penanggung jawab yaitu menurut nama, umur, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat.

##### a) Nama

Identitas dimulai dengan nama pasien, yang harus jelas dan lengkap seperti: nama depan, nama tengah dan nama belakang agar tidak tertukar dengan pasien lain yang mungkin namanya sama. (Matondang.dkk.2009.h:5)

##### b) Umur

Usia ibu merupakan indikasi pengkajian genetika yang paling banyak dikenal (Varney.2007.hal 569). Umur terlalu muda kurang dari 20 tahun, karena belum ada kesiapan saat kehamilan pada psikologi ibu akan menimbulkan kecemasan karena kehamilan tersebut seperti rumah tangga yang retak, kehilangan pekerjaan, takut akan kehamilan dan persalinan, takut akan tanggung jawab

seorang ibu, yang kemudian akan menimbulkan terjadinya hiperemesis gravidarum (Varney.2007.h; 608).

c) Pekerjaan

Untuk mengidentifikasi resiko cedera yang berhubungan dengan pekerjaannya dan memastikan batasan yang perlu diperhatikan dalam pekerjaannya (varney.2007.hal 31). Berkaitan dengan pekerjaan dilakukan apakah berpengaruh dengan kehamilan. Pekerjaan yang terlalu berat sehingga menyebabkan stress pada ibu sehingga menimbulkan terjadinya hiperemesis gravidarum. (Varney.2007.hal 256)

2) Keluhan utama

Keluhan ditanyakan untuk mendukung data diagnosa dan mengetahui apa yang dirasakan ibu, pada waktu pengkajian ibu mengatakan mual dan muntah begitu hebat dimana apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan, sehingga mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi (Joseph HK.2010.h; 161)

3) Riwayat kesehatan

Ketika ibu hamil mual dan muntah untuk membedakan akibat kehamilan atau kondisi patologis atau hiperemesis gravidarum. (Varney.2007.hal 608)

a) Riwayat kesehatan yang dahulu

(1) Diabetes Melitus

Selama trimester pertama kehamilan, kadar glukosa ibu menurun dengan cepat dibawah kadar glukosa tidak hamil sampai antara 55 dan 65 mg/dl. Akibat penurunan estrogen dan progesteron, pankreas meningkatkan produksi insulin, yang meningkatkan penggunaan glukosa. Pada saat yang sama, penggunaan glukosa oleh janin meningkat, sehingga menurunkan kadar glukosa ibu. Selain ini trisemester pertama juga ditandai dengan nausea, vomitus dan penurunan asupan makanan sehingga kadar glukosa ibu semakin menurun. (Bobak.2004.h; 702)

(2) Gastritis

Penyakit gastritis sering terjadi pada kehamilan muda, dengan dasar keluhan seperti mual, muntah-muntah, tidak ada nafsu makan, nyeri di daerah epigastrium dan sebagainya. Keluhan ini hampir sama dengan gejala hiperemesis gravidarum. Bila penyakit ini disebabkan oleh kehamilan, biasanya keluhan akan hilang setelah trimester I (Wiknjastro.2006.h;497). Kelainan gastrointestinal bisa timbul pada saat kehamilan atau kelainan yang sebelumnya sudah ada akan bertambah berat sewaktu hamil (Prawirohardjo. 2008.h; 815)



b) Riwayat kesehatan yang sekarang

(1) Anemia

Selama kehamilan trimester pertama, wanita hamil mengalami anemia saat kadar hemoglobinya kurang dari 11 gr/dl atau kadar hematokritnya turun sampai dibawah 37%. Efek anemia pada kehamilan ialah timbul rasa letih, stres meningkat (Bobak.2004.h; 737). Pada wanita hamil yang kurang darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum dapat dimasukkan dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia (Manuaba.2010.h; 230).

(2) Molahidatidosa

Kehamilan molahidatidosa ialah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh villi korialis mengalami perubahan hidropik. Untuk memperkuat diagnosis maka dilakukan pemeriksaan kadar Human Chorionic Gonadotropin (hCG) dalam darah atau urin (Wiknjastro.2006.h; 342-345). Pada kehamilan molahidratidosa kadar hCG lebih tinggi dan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang memicu terjadinya mual muntah yang berlebihan atau hiperemesis. (Prawirohardjo. 2010.h; 215)

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dikaji untuk mengetahui apakah ada penyakit keturunan seperti keturunan kembar karena pada kehamilan kembar jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan hiperemesis gravidarum. (Prawirohardjo.2008.h; 215)

4) Riwayat obstetrik

a) Riwayat haid

HPHT

HPHT adalah hari pertama haid terakhir, menurut manuaba menentukan usia kehamilan sangat penting untuk memperkirakan persalinan. Usia kehamilan dapat ditentukan dengan menggunakan rumus naegle yang dihitung dengan menentukan haid terakhir. Pada kehamilan dengan hiperemesis gravidarum sering terjadi pada trimester pertama kurang lebih pada umur kehamilan 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir. (Marni.2011.h; 55)

b) Riwayat kehamilan sekarang

(1) PP tes

Semua tes ada saat ini mendeteksi keberadaan human chorionic Gonadotropin (HCG). Deteksi dini kehamilan memungkinkan perawatan dimulai dini. Human chorionic gonadotropin dapat diukur dengan radioimunoesai dan deteksi dalam darah enam hari setelah konsepsi atau sekitar 20 hari sejak menstruasi terakhir. (Bobak.2004.h; 104)

## (2) Jumlah kehamilan

Gravida adalah jumlah kehamilan yang pernah dialami oleh wanita tersebut (Varney, Hellen.2007.525). Pada primigravida (kehamilan yang pertama kali), ia belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan korionik gonadotropin, yang menimbulkan keluhan mual muntah (Manuaba.2010.h; 230).

## (3) Riwayat ANC

Riwayat kehamilan sekarang perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu rutin ANC atau tidak dan untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami wanita. (Varney.2007.h;523-525)

## (4) Keluhan

Keluhan ditanyakan untuk mendukung data diagnosa dan mengetahui apa yang dirasakan ibu, pada waktu pengkajian ibu mengatakan mual muntah begitu hebat dimana apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan, sehingga mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi. (Joseph HK.2010.h; 161)

## 5) Pola kebutuhan sehari-hari

### Pola intake nutrisi

Nafsu makan berubah selama ibu hamil. Pada trisemester pertama sering terjadi penurunan nafsu makan akibat nausea dan atau vomitus (Bobak.2004.hal; 120). Ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum akan mengalami intoleransi makanan

dan minuman, dimana apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan (Prawirohardjo.2010.h; 815-816).

Kebanyakan perempuan mampu mempertahankan kebutuhan cairan dan nutrisi dengan diet, simptom akan teratasi hingga akhir trisemester pertama (Prawirohardjo.2010.h; 815)

#### Pola eliminasi

Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum akan mengalami konstipasi sehingga ibu kesusahan BAB. Hal ini disebabkan oleh efek hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos dan peningkatan waktu transit dari lambung dan usus dapat meningkatkan absorpsi cairan. (Prawirohardjo.2010.h; 814-815)

#### Pola aktivitas

Hiperemesis gravidarum akan mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari. (Joseph.2010.h; 161)

#### \* 6) Psikososial, Kultural dan Spiritual

Data tentang psikososial kultural dan spiritual menentukan perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit yang sering berhubungan dengan kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang, namun tidak jarang menghambat perilaku hidup sehat. (Matondang,dkk.2009.h;6)

Hubungan faktor psikologi dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas. Besar kemungkinan bahwa wanita yang rumah tangganya retak, kehilangan pekerjaan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu, dapat menyebabkan konflik mental yang

dapat memperberat mual dan muntah sebagai ekspresi tidak sadar terhadap keengganan menjadi hamil (Wiknjosastro.2006.h; 276).

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pada hiperemesis gravidarum segala yang dimakan dan diminum akan dimuntahkan sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum. (Prawirohardjo.2008.h; 815)

Hiperemesis gravidarum

Tingkat I : lemah

Tingkat II : tampak lebih lemah dan apatis

Tingkat III : keadaan lebih parah dan kesadaran menurun dari somnolen sampai koma.

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

b) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran yang dikaji pada hiperemesis gravidarum:

Tingkat I : composmentis

Tingkat II : apatis

Tingkat III : somnolen sampai koma

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

c) Tanda Vital

(1) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan untuk mengetahui tinggi rendahnya tekanan darah, karena tekanan darah dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor kelainan didalam tubuh.

Tekanan darah yang dikaji pada hiperemesis gravidarum

Tingkat I : tekanan darah sistolik turun

Tingkat II : tekanan darah turun

Tingkat III : tekanan darah menurun

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

(2) Nadi dan frekuensi pernapasan

Nadi dalam pengkajian hiperemesis gravidarum

Tingkat I : meningkat sekitar 100 kali per menit

Tingkat II : nadi kecil dan cepat

Tingkat III : nadi kecil dan cepat

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

(3) Suhu

Suhu yang dikaji dalam hiperemesis gravidarum

Tingkat I : temperatur tubuh meningkat

Tingkat II : suhu tubuh meningkat

Tingkat III : suhu meningkat

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

d) Berat badan

Berat badan digunakan sebagai ukuran standar evaluasi dan berhubungan dengan berat badan sebelum kehamilan dan selama kehamilan (Varney.2007.h; 608). Pada wanita yang mengalami hiperemesis gravidarum dari tingkat I-III akan mengalami penurunan berat badan. (Wiknjosastro. 2006.h; 277-278)

e) Lingkar Lengan Atas

Lingkar lengan atas (LILA) dikaji untuk menunjukkan status gizi pasien, karena status gizi dapat menunjukkan apakah ibu hamil mengalami kekurangan gizi atau gizi cukup (Matondang.dkk.2009.h;33). Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum berat badan akan berkurang sehingga LILA akan berkurang juga, karena tidak ada asupan nutrisi yang masuk sehingga status gizinya kurang. (Prawirohardjo.2008.h; 815-816)

f) Status present

(1) Muka

Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum kulit muka tampak pucat. (Prawirohardjo.2008.h; 815-816)

(2) Mata

Tingkat I : mata cekung

Tingkat II : mata cekung dan sedikit ikterik

Tingkat III : mata cekung dan ikterus

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

### (3) Mulut

Tingkat I : lidah kering

Tingkat II : lidah kering dan kotor, pernapasan bau aseton

Tingkat III: lidah kering dan kotor, pernapasan bau aseton

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

### (4) Leher

Kehamilan akan menyebabkan perubahan struktur dan fungsi kelenjar tiroid ibu, sehingga kadang-kadang menyulitkan penegakan dignosis penyakit atau menentukan adanya kelainan tiroid. Kehamilan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan tiroksin yaitu sekitar sepertiganya dan kemungkinan akibat meningkatnya produksi hormon estroge yang dapt menimbulkan perasaan enek (nausea).

(Prawirohardjo.2010.h; 847-850)

### g) Status Obstetrikus

#### Abdomen

Pembesaran dinding abdomen sering dianggap sebagai tanda dari terjadinya kehamilan. Pembesaran tersebut terkaitkan dengan terjadinya pembesaran uterus di rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen biasanya dimulai pada usia kehamilan 16 minggu dimana uterus beralih dari pelvik menjadi organ abdomen (Prawirohardjo.2010.h;



281). Pada wanita yang mengalami hiperemesis gravidarum terjadi pada kehamilan muda sampai umur kehamilan 20 minggu (Joseph.2010.h; 161-163).

h) Ekstremitas

Tingkat I : turgor kulit mengurang

Tingkat II : turgor kulit mengurang

Tingkat III : turgor kulit mengurang

(Wiknjosastro.2006.h; 277-278)

i) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan urine

Urin diperiksa untuk mendeteksi keberadaan keton (Bobak.2004.h; 711). Ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum pada pencernaannya yang tidak adekuat mengakibatkan tubuh membakar lemak untuk mempertahankan panas dan energi tubuh. Sehingga hasil metabolisme tersebut terdapat dalam darah dan urin. (Runiari.2010.hal 11)

(2) Darah rutin

Tujuan dilakukan pemeriksaan haemoglobin : pemeriksaan Hb secara rutin selama kehamilan merupakan kegiatan rutin untuk mendeksi anemia (Ai yeyeh,dkk.2009.h;149). Pada wanita hamil yang kurang darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum dapat dimasukan dalam ruang lingkup

faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia (Manuaba.2010.h; 230).

(3) Uji glukosa

Uji glukosa darah merupakan metode yang dipilih untuk memantau glukosa darah dan dapat dilakukan pengontrolan glikemia wanita terutama pada wanita selama kehamilan (Bobak.2004.hal 709-711 dan 702). Pada seorang wanita yang mengalami diabetes melitus, selama trisemester pertama kadar glukosa darah meningkat dan glikemia meningkat yang ditandai dengan nausea, vomitus. (Bobak.2004.h; 702)

(4) Pemeriksaan tiroid (tiroksin dan TSH)

Kehamilan akan menyebabkan perubahan struktur dan fungsi kelenjar tiroid ibu, sehingga kadang-kadang menyulitkan penegakan diagnosis penyakit atau menentukan adanya kelainan tiroid. Kehamilan berhubungan dengan peningkatan kebutuhan tiroksin yaitu sekitar sepertiganya dan kemungkinan akibat meningkatnya produksi hormon estrogen (Prawirohardjo.2010.h; 847-850)

(5) USG untuk memastikan mola

Pada hiperemesis gravidarum pemeriksaan USG dilakukan untuk mengetahui kondisi kesehatan kehamilan juga untuk mengetahui kemungkinan

adanya kehamilan kembar ataupun kehamilan mola hidratidosa (Prawirohardjo.2010.h; 814-818).

Pada wanita dengan mola hidratidosa uterus membesar lebih cepat dari biasa, penderita mengeluh tentang mual dan muntah, tidak jarang terjadi perdarahan pervaginam. (Winkjosastro.2006.h; 262)

## 2. Interpretasi Data

Identifikasi khusus untuk mendapatkan perawatan selanjutnya. (Varney.2007.hal 27)

### 1) Diagnosa

Ibu hamil TM I dengan hiperemesis gravidarum

### 2) Masalah

## 3. Diagnosa potensial

### a. Maternal

Dampak yang ditimbulkan, ibu akan kekurangan nutrisi dan cairan sehingga keadaan fisik ibu menjadi lemah dan lelah dapat pula mengakibatkan gangguan asam basa, pneumoni aspirasi, robekan mukosa pada hubungan gastroesofagi yang menyebabkan peredaran ruptur esofagus, kerusakan hepar, dan kerusakan ginjal. (Ai Yeyeh,dkk.2010.h; 128-129)

### b. Fetal

1) Kemungkinan bayi mangalami BBLR, IUGR, prematur hingga terjadi abortus. (Ai Yeyeh,dkk.2010.h; 129)

2) Pada kasus-kasus ekstrem, embrio dan janin dapat mati akibat perubahan metabolik yang menetap (irreversible) (Bobak.2005.h; 721)

4. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera atau Kolaborasi dan Konsultasi.

Pada langkah ini untuk menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera yaitu berkolaborasi dengan dokter obsgyn.

5. Perencanaan

Perencanaan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum

- 1) Berikan KIE pada ibu tentang kehamilan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- 2) Berikan keyakinan dan motivasi agar ibu lebih semangat.
- 3) Monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital.
- 4) Anjurkan ibu untuk mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering.
- 5) Anjurkan ibu, pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.

(Khumaira.2012.hal 100-101)

6) Berikan cairan infus RL glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter atau 30 tetes/menit

7) Berikan obat antimuntah dan vitamin

(Wiknjosastro.2006.h; 278-279)

## 6. Penalaksanaan

- 1) Memberikan KIE pada ibu tentang kehamilan sebagai suatu proses yang fisiologik. Dimana pada kehamilan terjadi perubahan hormon dan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron serta HCG yang memivutimbulnya mual muntah. Tetapi apabila mual muntah yang berlebihan akan menjadikan keadaan patologis (tidak normal).
- 2) Memberikan keyakinan kepada ibu bahwa penyakit ibu bisa sembuh serta beri motivasi agar ibu lebih semangat dalam menjalankan kehamilannya.
- 3) Memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital pada ibu dengan hiperemesis gravidarum. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital diberikan sekurang-kurangnya 3 kali dalam sehari.
- 4) Menganjurkan ibu untuk mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering. Makanan yang dianjurkan yaitu makanan mengandung karbohidrat dan banyak mengandung gula, sedangkan makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindari.
- 5) Menganjurkan ibu, pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, untuk menghindari terjadinya mual dan muntah terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.  
(Khumaira.2012.hal 100-101)
- 6) Memberikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan infus RL atau glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter atau 30 tetes/menit.

- 7) Memberikan obat antimuntah dan vitamin.
  - a) Sedatif ringan (fenobarbital (Luminal) 30 mg, Valium)
  - b) Antialergi (antihistamin, Dramamin, Avomin)
  - c) Obat anti mual-muntah (Mediamer B6, Emetrole, Stimetil, Avopreg)
  - d) Vitamin (terutama vitamin B kompleks, vitamin C)

(Wiknjosastro.2006.h; 278-279)

#### 7. Evaluasi

- 1) Setelah ibu mendapatkan KIE tentang kehamilan, ibu menjadi lebih paham tentang kehamilan tersebut.
- 2) Ibu lebih termotivasi untuk sembuh dan lebih bersemangat lagi dalam menjalankan kehamilannya.
- 3) Keadaan umum ibu membaik dan tanda-tanda vital sudah dalam batas normal
- 4) Ibu mulai mau makan dalam jumlah kecil tetapi sering seperti roti kering, biskuit, dll.
- 5) Ibu bersedia untuk tidak segera turun dari tempat tidur pada waktu bangun pagi dan terlebih dahulu makan seperti makan roti dengan teh hangat.

(Khumaira.2012.hal 100-101)

- 6) Ibu telah diberi cairan parenteral dengan infus RL atau glukose 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter atau 30 tetes/menit.
- 7) Ibu telah diberi obat antimuntah dan vitamin.
  - a) Sedatif ringan (fenobarbital (Luminal) 30 mg, Valium)

- b) Antialergi (antihistamin, Dramamin, Avomin)
  - c) Obat anti mual-muntah (Mediamer B6, Emetrole, Stimetil, Avopreg)
  - d) Vitamin (terutama vitamin B kompleks, vitamin C)
- (Wiknjosastro.2006.h; 278-279)

### C. Landasan hukum kewenangan bidan

1. Peran dan fungsi bidan
  - a. Sesuai dengan peran mandiri
  - b. Memberi layanan dasar pada remaja
  - c. Memberikan asuhan kebidanan pada klien selama kehamilan normal.
  - d. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan dengan melibatkan keluarga.

2. Peraturan perundang-undangan

Berdasarkan keppres No. 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

#### Bab III

#### Penyelenggaraan praktik

#### Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu

#### Pasal 10

- (1) pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa

persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

(2) pelayanan kesehatan ibu sebagai mana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. pelayanan konseling pada masa pra hamil
- b. pelayanan antenatal pada kehamilan normal

#### Pasal 14

(1) bagi bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dan melakukan pelayanan kesehatan diluar kewenangan sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 9

(2) daerah yang tidak memiliki dokter sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah kecamatan atau kelurahan atau desa yang ditetapkan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten atau kota.

(3) Dalam hal daerah sebagaimana pada ayat (2) telah terdapat dokter, kewenangan bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tidak berlaku.

#### Pasal 18

Dalam melaksanakan praktik atau kerja, bidan berkewajiban untuk :

- a. Menghormati hak pasien
- b. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan
- c. Merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani tepat waktu
- d. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan
- e. Menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



- f. Melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya secara sistematis.
- g. Mematuhi standar
- h. Melakukan pencatatan dan pengelolaan penyelenggaraan praktik kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian.

Bidan dalam menjalankan praktik tau kerja senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

Bidan menjalankan praktik kebidanan harus membantu program pemerintah dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

### 3. Kompetensi bidan

Asuhan konseling selama kehamilan

Kompetensi ke 3 : bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan, dan rujukan dari

#### a. Pengetahuan dasar

- 1) Anatomi dan fisiologi tubuh manusia
- 2) Siklus menstruasi dan proses konsepsi
- 3) Tumbuh kembang janin dan faktor-faktor yang mempengaruhinya
- 4) Tanda-tanda dan gejala kehamilan
- 5) Mendiagnosa kehamilan
- 6) Perkembangan normal kehamilan
- 7) Komponen riwayat kehamilan
- 8) Komponen pemeriksaan fisik yang terfokus selama kehamilan

- 9) Menentukan umur kehamilan dan riwayat menstruasi, pembesaran dan atau tinggi fundus uteri
- 10) Mengenal tanda dan gejala anemia ringan dan berat, hiperemesis gravidarum, kehamilan ektopik terganggu, abortus imminen, molla hidratidosa dan komplikasinya dan kehamilan ganda, kelalaian letak serta pre eklamsi.
- 11) Nilai normal dari pemeriksaan laboratorium seperti haemoglobin dalam darah, tes gula, protein, aceton, dan bakteri dalam urine.
- 12) Perkembangan normal dari kehamilan: perubahan bentuk fisik, ketidaknyamanan yang lazim, pertumbuhan fundus uteri yang diharapkan.
- 13) Perubahan psikologis yang normal dalam kehamilan dan dampak kehamilan terhadap keluarga.
- 14) Penyuluhan dalam kehamilan: perubahan fisik, perawatan buah dada, ketidaknyamanan, kebersihan, seksualitas, nutrisi, pekerjaan dan aktifitas (senam hamil):
- 15) Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil dan janin. (IBI.2006.h; 153)