

BAB II

KEHAMILAN DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM

A. Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus yaitu 280 hari (40 minggu) dan tidak melebihi dari 300 hari (43 minggu). Bila kehamilan lebih dari 43 minggu disebut postmatur dan kehamilan diantara 28 minggu dan 36 minggu disebut prematur. (Tutik dan Mega, 2019:1)

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa menuju ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Lusiana dan Julietta, 2010: 3)

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

a. Tanda awal kehamilan

1) Amenore

Amenorrhea merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan tidak adanya haid pada wanita usia subur atau masa reproduksi. Setelah konsepsi tidak terjadi lagi, berhentinya menstruasi disebabkan oleh kenaikan kadar estrogen dan progesteron yang dihasilkan oleh corpus luteum.

2) Tanda Hegar

Tanda hegar adalah melunaknya istmus uteri sehingga serviks dan korpus uteri seolah-olah terpisah. Perubahan ini terjadi sekitar 4-8 minggu setelah pembuahan.

3) Tanda Goodell

Tanda goodell yaitu pelunakan leher rahim. Pada akhir abad ke 19 seorang ginekolog Amerika William goodell, memerhatikan bahwa leher wanita melunak sejak empat minggu setelah pembuahan.

4) Tanda Chadwick

Tanda chadwick yaitu adanya kebiruan, keunguan atau agak gelap pada mukosa vagina, hal ini dapat diketahui dengan pemeriksaan speculum.

5) Ballotment

Ballotment dapat dideteksi pada usia kehamilan 16 hingga 20 minggu, ketika jumlah air ketuban lebih besar jika dibandingkan dengan besar janin. Sehingga jika segmen bawah uterus atau serviks didorong akan terasa pantulan dari ketuban dan isinya. (Husin, Farid, 2014: 206)

3. Pemeriksaan Hormonal

Human chorionic gonadotropin (HCG) Hormone ini tidak terdeteksi pada wanita yang tidak hamil dan laki-laki. Tes ini memiliki sensitivitas yang lebih baik. (Husin, Farid 2014: 209)

a. Deteksi Kehamilan Dengan USG

Penggunaan USG pada awal kehamilan untuk mendeteksi adanya kantung kehamilan. Kantung gestasi dapat dilihat pada usia kehamilan 4-5 minggu dengan

USG trans abdominal atau segera setelah terlambat haid bila tes kehamilan positif.

(Husin, Farid, 2014)

b. Tanda-Tanda dan Gejala Kehamilan Pasti

Terdengar denyut jantung janin (DJJ), terasa gerakan janin, pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan, ada gambaran embrio Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (>16 minggu).

c. Tanda-Tanda dan Gejala Kehamilan Tidak Pasti

Amenore (tidak menstruasi), mual, anoreksia (Tidak Nafsu Makan), emesis, dan hipersalivasi, sering buang air kecil, obstipasi (sembelit), payudara menegang, dan penciuman lebih sensitive.

4. Layanan 10 T Dalam Antenatal Care

Asuhan pelayanan antenatal care yang berfungsi untuk memberikan pelayanan kepada Ibu hamil yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan, standar pelayanan antenatal ini antara lain :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Pemeriksaan Tekanan darah
- c. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- d. PemeriksaanTinggi fundus uteri (puncak rahim)
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi TT
- g. PemberianTablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- h. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- i. Tatalaksana kasus
- j. Temu wicara atau bimbingan konseling (KemenKes RI, 2016)

5. Teori Manajemen Kebidanan Menurut Varney

a. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan atau sering disebut manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berfikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan, agar menguntungkan kedua belah pihak baik klient maupun pemberi asuhan. Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan, dalam rangkaian tahap-tahap yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus terhadap klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi ketiga tahun 1997, menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berturut secara sistematis dan siklik. (Soepardan, 2008). Varney menjelaskan bahwa proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada tahun 1970-an.

b. Langkah Dalam Manajemen Kebidanan Menurut Varney

1) Langkah I (Pengumpulan data dasar)

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara Auto anamnesa adalah anamnesa yang dilakukan kepada pasien langsung. Jadi data yang di peroleh adalah data primer, karena langsung dari sumbernya. Allo anamnesa adalah anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien untuk memperoleh data tentang pasien. Ini di

lakukan pada keadaan darurat ketika pasien tidak memungkinkan lagi untuk memberikan data yang akurat. Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan data anamnesa terdiri dari beberapa kelompok penting sebagai berikut:

a) Data subjektif

(1) Biodata

- (a) Nama pasien dikaji untuk membedakan pasien satu dengan yang lain.
- (b) Umur pasien dikaji untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat- alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.
- (c) Agama pasien dikaji untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa.
- (d) Suku pasien dikaji untuk mengetahui adat dan kebiasaan sehari-hari yang berhubungan dengan masalah yang dialami.
- (e) Pendidikan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan metode komunikasi yang akan disampaikan.
- (f) Pekerjaan pasien dikaji untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi pasien, karena ini juga berpengaruh pada gizi pasien.
- (g) Alamat pasien dikaji untuk mengetahui keadaan lingkungan sekitar pasien, dan kunjungan rumah bila diperlukan.

(2) Riwayat pasien

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

(1) Riwayat Kebidanan

Data ini penting diketahui oleh tenaga kesehatan sebagai data acuan jika pasien mengalami penyulit.

(a) Menstruasi

Data ini memang secara tidak langsung berhubungan, namun dari data yang kita peroleh kita akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya. Beberapa data yang harus diperoleh dari riwayat menstruasi antar lain sebagai berikut :

(b) Menarche

Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia pada umumnya mengalami menarche sekitar 12 sampai 16 tahun

(c) Siklus

Siklus menstruasi adalah jarak anatar menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23 sampai 32 hari.

(d) Volume

Data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan. Kadang kita akan kesulitan untuk mendapatkan data yang valid. Sebagai acuan biasanya kita gunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Jawaban yang diberikan oleh pasien biasanya bersifat subjektif, namun kita dapat kaji lebih dalam lagi dalam beberapa pertanyaan pendukung, misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.

(2) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala sampai pingsan, jumlah darah yang banyak. Ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjuk pada diagnosis tetentu.

(3) Gangguan kesehatan alat reproduksi

Beberapa data yang perlu kita kaji dari pasien adalah apakah pasien pernah mengalami gangguan seperti berikut ini: Keputihan, Infeksi, Gatal karena jamur dan Tumor.

(4) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu

(a) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “penanda” (warning) akan adanya penyulit masa hamil. Adanya perubahan fisik dan fisiologis pada masa hamil yang melibatkan seluruh sistem dalam tubuh akan mempengaruhi organ yang mengalami gangguan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit, jantung, DM, hipertensi, ginjal dan asma.

(b) Status perkawinan

Ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan.

(5) Pola makan

Ini penting untuk diketahui supaya kita mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil. Kita bisa menggali dari pasien tentang makanan yang disukai dan yang tidak disukai, seberapa banyak dan sering ia mengonsumsinya, sehingga jika kita peroleh data yang tidak sesuai dengan standar pemenuhan, maka kita dapat memberikan klarifikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan mengenai gizi ibu hamil. Beberapa hal yang perlu kita tanyakan adalah :

(a) Menu

Kita dapat menanyakan pada pasien tentang apa saja yang ia makan dalam sehari (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan dan lain-lain).

(b) Frekuensi

Data ini memberi petunjuk bagi kita tentang seberapa banyak asupan makanan yang dikonsumsi ibu.

(c) Jumlah per hari

Data ini memberikan volume atau seberapa banyak makanan yang ibu makan dalam waktu satu kali makan.

(d) Pantangan

Ini juga penting untuk kita kaji karena ada kemungkinan pasien berpantangan justru pada makanan yang sangat mendukung pemulihan fisiknya, misalnya daging, ikan atau telur.

(6) Pola minum

Kita juga harus dapat memperoleh data dari kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan cairannya. Apalagi dalam masa kehamilan asupan cairan yang cukup sangat dibutuhkan. Hal-hal yang perlu ditanyakan :

(a) Frekuensi

Kita dapat tanyakan pada pasien berapa kali ia minum dalam sehari dan dalam sekali minum menghabiskan berapa gelas.

(b) Jumlah per hari

Frekuensi minum dikalikan seberapa banyak ibu minum dalam sekali waktu minum akan didapatkan jumlah asupan cairan dalam sehari.

(c) Jenis minuman

Kadang pasien mengonsumsi minuman yang sebenarnya kurang baik untuk kesehatannya.

(7) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh ibu hamil. Oleh karena itu, bidan perlu menggali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ia tidur di malam dan siang hari. Rata – rata lama tidur malam yang normal adalah 6-8 jam. Tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang. Oleh karena itu, hal ini dapat kita sampaikan

kepada ibu bahwa tidur siang sangat penting untuk menjaga kesehatan selama hamil.

(8) Aktifitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktifitas sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan pasien dirumah. Jika kegiatan pasien terlalu berat sampai dikhawatirkan dapat menimbulkan penyulit masa hamil, maka kita dapat memberikan peringatan sedini mungkin kepada pasien untuk membatasi dulu aktifitasnya sampai ia sehat dan pulih kembali. Aktifitas yang terlalu berat dapat menyebabkan abortus dan persalinan premature.

(9) Personal hygiene

Data ini perlu kita kaji karena bagaimanapun juga hal ini akan memengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Jika pasien mempunyai kebiasaan yang kurang baik dalam perawatan kebersihan dirinya, maka bidan harus dapat memberikan bimbingan mengenai cara perawatan kebersihan diri dan bayinya sedini mungkin. Beberapa kebiasaan yang dilakukan dalam perawatan kebersihan diri diantaranya adalah sebagai berikut :

(a) Mandi

Kita dapat menanyakan pada pasien berapa kali ia mandi dalam sehari dan kapan waktunya (jam berapa pagi dan sore)

(b) Keramas

Pada beberapa wanita ada yang kurang peduli dengan kebersihan rambutnya karena mereka beranggapan keramas tidak begitu berpengaruh terhadap kesehatan. Jika kita menemukan pasien yang seperti ini maka kita harus memberikan pengertian kepadanya bahwa keramas harus selalu dilakukan ketika rambut kotor karena bagian kepala yang kotor merupakan sumber infeksi.

(c) Ganti baju dan celana dalam

Ganti baju minimal sekali dalam sehari, sedangkan celana dalam minimal dua kali. Namun jika sewaktu- waktu baju dan celana dalam sudah kotor, sebaiknya diganti tanpa harus menunggu waktu untuk ganti berikutnya.

(d) Kebersihan kuku

Kuku ibu hamil harus selalu dalam keadaan pendek dan bersih. Kuku ini selain sebagai tempat yang mudah untuk bersarangnya kuman sumber infeksi, juga dapat menyebabkan trauma pada kulit bayi jika terlalu panjang. Kita dapat menanyakan pada pasien setiap berapa hari ia memotong kukunya, atau apakah ia selalu memanjangkan kukunya supaya terlihat menarik.

(10)Aktifitas seksual

Walaupun ini adalah hal yang cukup privasi bagi pasien, namun bidan harus menggali data dari kebiasaan ini, karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien

namun ia tidak tahu kemana harus berkonsultasi. Dengan teknik yang nyaman mungkin bagi pasien. Hal- hal yang ditanyakan:

(a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakuakn hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan

Kita tanyakan apakah pasien mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual.

(11) Respon keluarga terhadap kehamilan ini

Bagaimanapun juga hal ini sangat penting untuk kenyamanan psikologis ibu. Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap kehamilan akan mempercepat proses adaptasi ibu dalam msenerima perannya.

(12) Respon ibu terhadap kelahiran bayinya

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kehamilan ini.

(13) Respon ayah terhadap kehamilan ini

Untuk mengetahui bagaimana respon ayah terhadap kehamilan ini kita dapat menanyakan langsung pada suami pasien atau pasien itu sendiri. Data mengenai respon ayah ini sanagat penting karena dapat kita jadikan sebagai salah satu acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien.

(14) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil

Untuk mendapatkan data ini bidan sangat perlu melakukan pendekatan terhadap keluarga pasien, terutama orang tua. Hal ini penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil adalah menu makan untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil pantang makanan yang berasal dari daging, ikan telur, dan gorengan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut justru akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan terhambat.

b) Data objektif

Setelah data subjektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Langkah-langkah pemeriksaanya sebagai berikut :

(1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan criteria sebagai berikut :

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

(2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan *compos mentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam sadar).

(3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi: Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi) dan Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

Lebih jelasnya dapat dilihat pada formulir pengumpulan data kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Dalam manajemen kolaborasi, bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan upaya konsultasi. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan benar tidaknya proses interpretasi pada tahap selanjutnya. Oleh karena itu, pendekatan ini harus komprehensif, mencakup data subjektif, data objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya serta valid. kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat

2) Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Langkah kedua ini bidan membagi interpretasi data dalam tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

a) Diagnosis kebidanan/ nomenklatur

(1) Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan primigravida (hamil yang pertama kali), dibedakan dengan multigravida (hamil yang kedua atau lebih). Contoh cara penulisan paritas dalam interpretasi data adalah sebagai berikut: G1 (gravid 1) atau yang pertama kali, P0 (Partus nol) berarti belum pernah partus atau melahirkan, A0 (Abortus) berarti belum pernah mengalami abortus, G3 (gravid 3) atau ini adalah kehamilan yang ketiga, P1 (partus 1) atau sudah pernah mengalami persalinan satu kali, A1 (abortus 1) atau sudah pernah mengalami abortus satu kali, usia kehamilan dalam minggu, keadaan janin normal atau tidak normal

(2) Masalah

Dalam asuhan kebidanan digunakan istilah “masalah” dan ”diagnosis”. Kedua istilah tersebut dipakai karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosis, tetapi tetap perlu dipertimbangkan untuk membuat rencana yang menyeluruh. Masalah sering berhubungan dengan bagaimana wanita itu mengalami kenyataan terhadap diagnosisnya.

(3) Kebutuhan pasien

Dalam bagian ini bidan menentukan kebutuhan pasien berdasarkan keadaan dan masalahnya.

3) Langkah III (Identifikasi Diagnosis/Masalah Potensial dan Antisipasi Penangannya)

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional atau logis.

4) Langkah IV (Menetapkan Perlunya Konsultasi dan Kolaborasi Segera dengan Tenaga Kesehatan Lain).

Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu, seorang bidan mungkin juga perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini, bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa sebaiknya konsultasi dan kolaborasi dilakukan. (Soepardan, 2008)

5) Langkah V (Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh)

Pada langkah kelima direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini data yang belum lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi segala hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang terkait, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi untuk klien tersebut. Pedoman antisipasi ini mencakup perkiraan tentang hal yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah bidan perlu merujuk klien bila ada sejumlah masalah terkait social, ekonomi, kultural, atau psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan dan sudah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan secara efektif. Semua keputusan yang telah disepakati dikembangkan dalam asuhan menyeluruh. Asuhan ini harus bersifat rasional dan valid yang didasarkan pada pengetahuan, teori terkini (up to date), dan sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien (Soepardan, 2008)

6) Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman)

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan yang lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk

mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ketika bidan berkonsultasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut (Soepardan, 2008)

7) Langkah VII (Evaluasi)

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui factor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan yang diberikan. Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan: apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. (Soepardan, 2008)

B. Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum

Menurut Nugroho (2012) hiperemesis gravidarum adalah mual muntah yang terjadi pada kehamilan 20 minggu, muntah begitu hebat dimana apa yang segala dimakan dan diminum dimuntahkan sehingga mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, mengalami dehidrasi dan terdapat aseton dalam urin bukan karena penyakit seperti apendisitis, pilititis dan sebagainya. Nauseadan vomitus yang berat serta tidak dapat diatasi dan bertahan sesudah trimester pertama. Biasanya hiperemesis gravidarum terjadi pada kehamilan pertama dan umumnya mengenai ibu hamil dengan keadaan yang

mengakibatkan kadar HCG yang tinggi seperti pada penyakit trofoblastik kehamilan atau kehamilan kembar (Lockhart, 2014).

Sedangkan menurut Varney (2010) hiperemesis gravidarum merupakan mual dan muntah berlebihan selama kehamilan dengan intensitas lebih sering dan durasi lebih lama daripada mual dan muntah yang biasa dialami pada trimester pertama. Terkait dengan ketonemia, penurunan berat badan, dehidrasi dan abnormalitas kimia darah. Dapat terjadi pada trimester berapapun, biasanya dimulai pada trimester pertama dan menetap dengan derajat yang bervariasi sepanjang masa kehamilan.

Hiperemesis gravidarum adalah emesis gravidarum yang berlebihan sehingga menimbulkan gejala klinis serta mengganggu kehidupan sehari-hari. Hiperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang menetap, dengan frekuensi, muntah lebih dari 5 kali dalam sehari, disertai dalam penurunan berat badan (>5% dari berat sebelum hamil) dan dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam-basa, kekurangan gizi bahkan kematian. (Jueckstock dkk, 2010)

2. Penyebab dan Dampak Hiperemesis Gravidarum

a. Penyebab

(Nugraheny, 2009) menyatakan bahwa penyebab pasti hiperemesis gravidarum belum diketahui. Kejadian ini dapat dipengaruhi oleh faktor hormonal, faktor psikologis, faktor-faktor nutrisi dan alergi. Faktor-faktor tersebut dapat memicu terjadinya hiperemesis gravidarum pada ibu hamil (Rose and Niel, 2008). Hasil penelitian menyebutkan partisipasi mempersiapkan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian hiperemesis meliputi faktor hormonal, bawaan bayi,

keturunan, karna kehamilan, usia aktivitas, asupan nutrisi, beban psikologis, peningkatan kadar progesteron, estrogen, dan *human chorionic gonadotropin* (HCG) dapat menjadi factor pencetus mual dan muntah (Runiari, 2010).

Hasil penelitian (Mughtar, 2018) dan penelitian (santy, 2015) menyebutkan bahwa ada hubungan antara faktor umur dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Hal ini berkaitan dengan dengan stress atau faktor psikologis. Stress atau beban psikologis merupan salah satu penyebab terjadinya hiperemesis gravidarum. Keadaan ini memegang peran penting dalam mencetuskan gejala mual muntah yang berlebihan meskipun hubungannya belum diketahui dengan pasti. (Mitayani, 2009).

Selain faktor hormone dan bebab psikologis, hiperemesis gravidarum di sebabkan karna faktor asupan nutrisi. Faktor nutrisi menurut (Rose and Niel, 2008) merupan ssalah satu faktor pemicu hiperemesis gravidarum.hal ini telah dibuktikan oleh (Maulina, dkk, 2016).

b. Dampak

Dampak dari hiperemesis gravidarum dapat terjadi pada ibu dan janin, seperti ibu akan kekurangan nutrisi dan cairan sehingga kedaan fisik ibu menjadi lemah dan lelah, penurunan ber at badan (5% dari berat badan awal), dehidrasi, ketosis, gangguan asam basa, pneumonia aspirasi, robekan mukosa esofagus, kerusakan hepar dan kerusakan ginjal.

Hiperemesis gravidarum tidak hanya berdampak pada ibu, tapi juga berdampak pada janinnya. Seperti abortus, bayi lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, serta malformasi pada bayi baru lahir. Selain itu, kejadian pertumbuhan janin terhambat (Intrauterin growth retardation/IUGR) meningkat pada wanita

hamil dengan hiperemesis graavidarum (Ardanu, 2013). Jika ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum dibiarkan begitu saja, maka kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil menjadi tidak terpenuhi. Jika kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi dapat, dapat mengganggu kesehatan dan aktivitas ibu hamil.

3. Tanda dan Gejala Hiperemesis Gravidarum

Menurut berat ringannya gejala hiperemesis gravidarum dibagi menjadi 3 tingkatan, yaitu :

a. Tingkat 1

Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum, menimbulkan rasa lemah, nafsu makan tak ada, berat badan turun dan nyeri epigastrium. Frekuensi nadi pasien naik sekitar 100 kali permenit, tekanan darah sistolk turun, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

b. Tingkat II

Pasien tampak lemah dan apatis, lidah kotor, nadi kecil dan cepat, suhu kadang naik dan mata sedikit ikterik, berat badan pasien turun, timbul hipotensi, hemokonsentrasi, oligoria, konstipasi, dan nafas berbau seton.

c. Tingkat III

Kesadaran pasien menurun dari somnolen sampai koma, muntah berhenti, nadi kecil dan cepat, suhu meningkat, dan tekanan darah makin turun (Mansjoer, 2001).

4. Patofisiologi Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum yang terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik.

Hiperemesis gravidarum dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. (Mansjoer, 2000).

Kekurangan volume cairan yang diminum dan kehilangan karena muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida air kemih turun. Selain itu juga dapat menyebabkan hemokonsentrasi sehingga aliran darah berkurang. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal menambah frekuensi muntah-muntah lebih banyak, dapat merusak hati dan terjadilah permasalahan yang sulit diatasi. Selain dehidrasi dan terganggunya keseimbangan elektrolit dapat terjadi robekan pada selaput lender esophagus dan lambung (Sindroma Mallory Weiss) dengan akibat perdarahan gastro intestinal. Pada umumnya robekan ini ringan dan perdarahan dapat berhenti sendiri, jarang sampai diperlukan transfusi atau tindakan operatif. (Wijknjosastro, 2005).

Pada beberapa kasus berat perubahan yang terjadi berhubungan dengan malnutrisi dan dehidrasi yang menyebabkan terdapatnya non protein nitrogen, asam urat, dan penurunan klorida dalam darah, kekurangan vitamin B1, B2, B6, dapat mengakibatkan terjadinya anemia (Mitayani, 2009).

5. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum

Komplikasi yang sering terjadi pada hiperemesis gravidarum antar lain :

- a. Depresi, hampir umum.
- b. Dehidrasi meningkatkan risiko ketoasidosis diabetikum pada penderita dengan diabetes tipe 1.

- c. Gangguan elektrolit seperti yang terlihat pada setiap pasien dengan muntah terus menerus, alkalosis, hipokalemia dan hiponatremia.
- d. Gizi buruk dan disertai ketosis, anemia, hypoalbuminemia (Edward, 2010)

Dehidrasi berat, ikterik, takikardi, suhu meningkat, alkalosis, kelaparan gangguan emosional yang berhubungan dengan kehamilan, menarik diri dan depresi.

6. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum

Diagnosis hiperemesis gravidarum biasanya tidak terlalu sukar, yaitu dengan menentukan kehamilan dan adanya muntah berlebihan yang sampai menimbulkan gangguan aktivitas hidup sehari-hari dan dehidrasi. Muntah yang terus menerus tanpa pengobatan dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang janin dalam rahim dengan manifestasi klinisnya. Oleh karna itu, hiperemesis gravidarum berkelanjutan harus di cegah dan harus di obati secara yang adekuat. (Ide Bagus Gde Manuaba, 2007)

7. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

a. Pencegahan

Pencegahan terhadap hiperemesis gravidarum dengan cara:

- 1) Memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- 2) Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.

- 3) Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tapi sering.
- 4) Menganjurkan pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan tehhangat.
- 5) Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan.
- 6) Makanan seharusnya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.
- 7) Menghindari kekurangan kardohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makanan yang banyak mengandung gula. (Winkjosastro, 2005)

b. Obat-obatan

Pemberian obat pada hiperemesis gravidarum sebaiknya berkonsultasi dengan dokter sehingga dapat dipilih obat yang tidak bersifat teratogenik (dapat menyebabkan kelainan kongenital atau cacat bawaan bayi). Dapat diberikan kepada ibu hamil dengan mengalami hiperemesis gravidarum akibat stress psikologis adalah obat sedatif seperti phenobarbital. Dapat juga diberikan vitamin seperti vitamin B1, B2 dan B6 yang berfungsi mempertahankan kesehatan syaraf jantung dan otot serta meningkatkan perbaikan dan pertumbuhan sel. (Admin, 2007). Lalu diberikan pula antihistamin atau antimimetik seperti disiklomin hidrokloride pada keadaan yang lebih berat untuk kondisi mualnya.

Antagonis reseptor *5-hydroxytryptamine₃* (5HT₃) seperti ondansetron mulai sering digunakan, tetapi informasi mengenai penggunaannya dalam kehamilan masih terbatas. Seperti metoklopramid, ondansetron memiliki efektivitas yang sama dengan prometazin, tetapi efek samping sedasi ondansetron lebih kecil. Ondansetron tidak meningkatkan risiko malformasi mayor pada penggunaannya dalam trimester pertama kehamilan. Ranitidine dapat diberikan sebelum makan dengan tujuan memaksimalkan penghambatan sekresi asam lambung sebelum adanya rangsangan sekresi asam lambung dari makanan. (Manuaba, 2009)

c. 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 makanan atau minuman selama 24 jam.

d. Pemberian cairan pengganti

Cairan pengganti dapat diberikan dalam keadaan darurat sehingga keadaan dehidrasi dapat diatasi. Cairan pengganti yang diberikan adalah glukosa 5% sampai 10% dengan keuntungan dapat mengganti cairan yang hilang dan berfungsi sebagai energi sehingga terjadi perubahan metabolisme.

e. Penghentian kehamilan

Pada beberapa kasus pengobatan hiperemesis gravidarum tidak berhasil malah terjadi kemunduran dan keadaan semakin menurun sehingga diperlukan pertimbangan untuk melakukan gugur kandung. Keadaan yang memerlukan pertimbangan gugur kandung diantaranya:

- 1) Gangguan kejiwaan (delirium, apatis, somnolen sampai koma, terjadi gangguan jiwa ensefalopati wernicke).
- 2) Gangguan penglihatan (perdarahan retina, kemunduran penglihatan).
- 3) Gangguan faal (hati dalam bentuk ikterus, ginjal dalam bentuk anuria, jantung dan pembuluh darah terjadi nadi meningkat, tekanan darah menurun)

f. Diet

Diet hiperemesis gravidarum memiliki beberapa syarat, diantaranya adalah karbohidrat tinggi, 75-80% dari kebutuhan energy total, lemak rendah, yaitu <10% dari kebutuhan energy total, protein sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhna energy total, makanan diberikan dalam bentuk ringan, pemberian cairan disesuaikan dengan keadaan pasien, yaitu 7-10 gelas perhari, makanan mudah dicerna, tidak merangsang saluran pencernaan dan diberikan sering dalam porsi kecil, bila makan pagi dan sulit diterima, pemberian di optimalkan pada makan malam dan selingan malam, makanan secara berangsur di tingkatkan dalam porsi dan nilai gizi sesuai dengan keadaan dan kebutuhan gizi pasien. (Rukiyah, dkk, 2010)

g. Macam-macam Diet

- 1) Diet hiperemesis I diberikan pada hiperemesis tingkat III, makan hanya berupa roti kering. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya makanan ini kurang akan zat-zat.
- 2) Diet hiperemesis II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan makanan yang bernilai gizi tinggi. Pemberian minum tidak diberikan bersamaan dengan makanan. makanan ini rendah dalam semua zat gizi kecuali vitamin A dan D.
- 3) Diet hiperemesis III diberikan pada penderita dengan hiperemesis ringan. Menurut kesanggupan penderita minum boleh diberikan bersama makanan. Makanan ini cukup dalam semua zat gizi kecuali kalsium.
- 4) Makanan yang dianjurkan untuk diet hiperemesis I, II, dan III adalah roti panggang, biskuit, crackers, teh hangat. Sedangkan makanan yang tidak dianjurkan adalah makanan yang pada umumnya merangsang saluran pencernaan dan berbumbu tajam. Bahan makanan yang mengandung alkohol, kopi dan makanan yang mengandung zat pengawet, pewarna, dan penyedap rasa juga tidak dianjurkan.
- 5) Diet pada ibu hiperemesis terkadang melihat kondisi si ibu dan tingkatan hiperemesisnya, konsep saat ini dianjurkan pada ibu adalah makanan yang ibu suka, bukan makan sedikit-sedikit tapi

sering juga jangan dipaksakan ibu memakan apa yang saat ini membuat mual karna diet tersebut tidak akan berhasil malah akan memperparah kondisinya. (Rukiyah, dkk, 2010).