

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai penyatuan atau fertilisasi dari sel spermatozoa dan sel ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Saifuddin, 2016).

BKKBN mendefinisikan kehamilan merupakan sebuah proses bertemunya sel telur yang sudah matang dengan sperma, hingga pada akhirnya membentuk sel baru yang akan tumbuh. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kehamilan sebagai proses sembilan bulan atau lebih di mana seorang perempuan membawa embrio dan janin yang sedang berkembang di dalam rahimnya (Anwar et al., 2022).

2. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester I

a. Mual Muntah

Mual muntah atau dalam istilah medis dikenal dengan sebutan emesis gravidarum merupakan suatu keadaan mual yang terkadang disertai muntah yang mana frekuensi <5 kali. Penyebab emesis gravidarum atau morning sickness ini belum diketahui secara jelas, akan tetapi mual dan muntah di anggap sebagai masalah multi faktorial. Emesis gravidarum berhubungan dengan level hCG yang menstimulasi produksi estrogen pada ovarium. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan diantaranya:

- 1) Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan. Makan dengan jumlah kecil dan minum cairan yang mengandung elektrolit atau suplemen lebih sering. Mengonsumsi makanan yang tinggi protein dapat mengurangi mual dan melambatkan aktivitas gelombang *dysrhythmic* pada lambung terutama pada trimester pertama dibandingkan dengan makanan yang didominasi oleh karbohidrat atau lemak.
 - 2) Menghindari ketegangan yang dapat meningkatkan stress dan mengganggu istirahat tidur,
 - 3) Meminum air jahe dapat mengurangi gejala mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan motilitas saluran cerna yaitu dengan menggunakan 1 gr jahe sebagai minuman minimal selama 4 hari.
 - 4) Melakukan akupuntur atau hypnosis dapat mengurangi mual dan muntah secara signifikan.
 - 5) Menghindari mengonsumsi kopi/kafein, tembakau dan alkohol karena selain dapat mual dan muntah juga dapat memiliki efek yang merugikan untuk embrio serta menghambat sintesis protein.
 - 6) Berikan tablet vitamin B6 1,5 mg/hari untuk meningkatkan metabolisme serta mencegah terjadinya ensefalopati (Irianti et al., 2015).
- b. Sering BAK (Buang Air Kecil)

Keluhan sering Buang Air Kecil (BAK) sering dikeluhkan ibu hamil trimester I. Ketidaknyamanan ini jika sering pada malam hari akan

mengganggu tidur sehingga ibu hamil tidak dapat tidur dengan nyenyak karena selalu terbangun merasa ingin BAK. Faktor penyebab:

- 1) Uterus membesar sehingga menekan kandung kemih.
- 2) Ekskresi sodium (Natrium) yang meningkat.
- 3) Perubahan fisiologis ginjal sehingga produksi urine meningkat.

Cara meringankan atau mencegah, usahakan untuk tidak menahan BAK, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur. Hindari minum yang mengandung diuretik seperti teh, kopi, cola dengan coffeine. Saat tidur posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan. Ibu hamil harus selalu rutin membersihkan dan mengeringkan alat reproduksi setiap selesai BAK untuk mencegah infeksi saluran kemih (Tyastuti, 2016).

c. Peningkatan Produksi Air Liur atau Saliva

Hipersalivasi disebabkan oleh peningkatan keasaman di dalam mulut atau peningkatan asupan zat pati yang menstimulasi kelenjar mengalami sekresi berlebihan. Pada wanita yang mengalami kondisi ini biasanya juga mengalami mual. Kondisi ini berlangsung secara terus menerus dan menjadi suatu siklus. Hal ini disebabkan bukan hanya karena efek mual dari peningkatan sekresi saliva yang berlebihan, tetapi juga karena ketidakmampuan menelan makanan yang berakibat semakin meningkatnya jumlah saliva di dalam mulut. Sekresi air liur yang banyak dan biasanya pahit dapat memicu terjadinya mual dan muntah.

Hipersalivasi dapat diatasi dengan menyikat gigi, berkumur atau menghisap permen yang mengandung rasa mint (Irianti et al., 2015).

d. Keputihan/ Leukorrhea

Ibu hamil sering mengeluh keluar lendir dari vagina yang lebih banyak sehingga membuat perasaan tidak nyaman karena celana dalam sering menjadi basah sehingga harus sering diganti. Keluhan keputihan ini bisa terjadi pada ibu hamil trimester pertama, kedua maupun ketiga. Meningkatnya kadar hormon estrogen pada ibu hamil trimester I dapat menimbulkan produksi lendir serviks meningkat merupakan penyebab utama keputihan. Hyperplasia pada mukosa vagina juga terjadi pada ibu hamil.

Cara meringankan dan mencegah :

- 1) Jaga kebersihan dengan mandi setiap hari.
- 2) Bersihkan alat kelamin dan keringkan setiap habis BAB dan BAK.
- 3) Membersihkan/ membasuh vagina (cebok) dari arah depan ke belakang.
- 4) Ganti celana dalam apabila basah.
- 5) Pakai celana dalam yang terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik.
- 6) Tidak dianjurkan memakai semprot atau douch (Tyastuti, 2016).

3. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

Pada setiap kunjungan kehamilan, bidan harus mengajarkan dan mengedukasi ibu hamil untuk mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan maupun persalinan. Tanda bahaya ini jika tidak terdeteksi maka akan

menyebabkan kematian. Ada 6 tanda bahaya selama periode antenatal adalah :

a. Perdarahan pervaginam

Pada awal kehamilan terjadi perdarahan abnormal seperti perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri kemungkinan terjadi abortus, mola atau ektopik. Perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut seperti perdarahan merah, banyak, kadang-kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

b. Sakit kepala yang hebat, menetap dan tidak hilang

Apabila ibu mengalami sakit kepala yang hebat dan tidak hilang dengan istirahat dapat menjadi salah satu gejala preeklamsia.

c. Perubahan penglihatan secara tiba-tiba (pandangan kabur)

Pengaruh hormonal dapat menyebabkan masalah penglihatan pada ibu hamil secara ringan. Namun, bila perubahan penglihatan yang mendadak misalnya pandangan kabur atau berbayang dan disertai sakit kepala merupakan tanda preeklamsia.

d. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen dikatakan tidak normal jika nyeri tersebut tidak ada hubungan dengan persalinan. Nyeri tersebut hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena apendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis, penyakit kantung empedu, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih dan lain-lain.

e. Bengkak pada muka atau tangan

Bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki ini hampir dialami oleh seluruh ibu hamil. Namun, bengkak dapat menunjukkan tanda bahaya apabila bengkak terjadi pada muka dan tangan serta tidak hilang setelah beristirahat diikuti oleh keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

f. Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu hamil pada bulan ke lima atau sebagian ibu merasakan gerakan janin lebih awal. Jika janin sedang tidur, maka gerakannya melemah. Dalam periode 3 jam bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu makan dan minum dengan baik (Tyastuti, 2016).

4. Standar Asuhan Ante Natal Care

Asuhan antenatal merupakan upaya preventif dalam program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saifuddin, 2016). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) tentang pelayanan kesehatan ibu hamil harus memenuhi frekuensi kunjungan minimal 6 kali dengan rincian 2 kali di trimester I, 1 kali di trimester II dan 3 kali di trimester III dan minimal diperiksa oleh dokter, kunjungan pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi

kehamilan (Maulidyarni & Putri, 2022). Standar pelayanan antenatal sesuai dengan standar dikenal dengan istilah 14T sebagai berikut :

a. Pengukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB)

Penimbangan BB yang dilakukan setiap kali kunjungan antenatal bertujuan untuk mendeteksi ada tidaknya gangguan pertumbuhan janin. Selama kehamilan, apabila berat badan ibu bertambah < 9 kilogram atau kurang dari 1 kilogram/ bulan menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Dilakukan pengukuran tinggi badan (TB) pada kunjungan pertama untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Jika tinggi badan (TB) ibu < 145 cm dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD).

Penilaian status gizi ibu diukur dengan indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil atau pada saat trimester I (satu). Penambahan berat badan ibu selama kehamilan (PBBH) yang optimal berbeda-beda sesuai dengan status gizi ibu hamil. Berikut cara menghitung menghitung IMT dengan membagi besaran Berat Badan (BB) dalam kilogram (kg) dengan Tinggi Badan (TB) dalam meter (m) kuadrat (Saleh et al., 2022).

Tabel1

Peningkatan Penambahan Berat Badan Ibu Selama Kehamilan (PBBH) Sesuai Yang Direkomendasikan Sesuai Dengan Indeks Massa Tubuh (IMT)

IMT Pra Kehamilan (kg/m ²)	Kenaikan BB Total Selama Hamil (kg)	Laju Kenaikan BB Pada Trimester II (rerata kg/minggu)
Gizi kurang/ KEK (< 18,5)	12,71 – 18,16	0,45 (0,45 – 0,59)
Normal (18,5 – 24,9)	11,35 – 15,89	0,45 (0,35 – 0,45)
Kelebihan BB (25,0 – 29,9)	6,81 – 11,35	0,27 (0,23 – 0,32)

Obesitas ($\geq 30,0$)	4,99 – 9,08	0,23 (0,18 – 0,27)
-----------------------------	-------------	--------------------

(Sumber : Kemeterian Kesehatan RI, 2020).

b. Pengukuran Tekanan Darah

POGI (2016) menyebutkan bahwa pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan pengukuran tekanan darah (TD) yang bertujuan untuk mendeteksi ada tidaknya hipertensi pada kehamilan dan preeklamsia. Hipertensi adalah tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama (Saleh et al., 2022).

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Skrining ibu hamil berisiko KEK (Kurang Energi Kronis) dilakukan dengan mengukur LiLA (Lingkar Lengan Atas) ibu hamil yang hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan pada trimester I. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/ tahun) dimana Lila kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Umami & dkk, 2022).

d. Pengukuran Tinggi Puncak Rahim (Fundus Uteri)

Setelah usia kehamilan 24 minggu, pada setiap kali melakukan kunjungan antenatal maka dilakukan pengukuran tinggi fundus uteri. Pengukuran dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan usia kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan gangguan pertumbuhan janin (Saleh et al., 2022).

e. Penentuan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

Mulai akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal dilakukan penentuan presentasi janin yang dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala janin atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Sedangkan penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Umami & dkk, 2022).

f. Pemberian Imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, maka ibu hamil perlu diberikan imunisasi *tetanus toxoid* (TT). Penting dilakukan saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil diberikan sesuai dengan status imunisasi TT ibu hamil saat ini. Status minimal imunisasi ibu hamil adalah TT2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus neonatorum. Namun, jika ibu hamil dengan status imunisasi sudah TT5 (*TT Long Life*) maka tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2

Interval Minimal Pemberian Imunisasi TT Dan Lama Perlindungannya

Imunisasi	Selang Waktu Minimal Pemberian Imunisasi	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	≥ 25 Tahun

(Sumber: Saleh et al., 2022)

g. Tablet Fe (Minimal 90 tablet selama hamil)

Dalam Permenkes Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar TTD Ibu Hamil dan WUS, pencegahan dan pengobatan anemia pada ibu hamil dilakukan dengan pemberian tablet tambah darah (TTD). TTD merupakan suplemen gizi yang mengandung senyawa besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat. Kementerian Kesehatan RI (2018) menyebutkan bahwa untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama (Saleh et al., 2022).

Manfaat zat besi pada ibu hamil adalah mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil, bukan menaikkan kadar hemoglobin. Ibu hamil perlu menyerap zat besi rata-rata 60 mg/hari, pada trimester 2 kebutuhannya akan meningkat secara signifikan karena absorpsi usus yang tinggi. Tablet Fe diberikan satu kali per hari setelah rasa mual hilang, diberikan sebanyak 90 tablet selama masa kehamilan. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.

Jika ditemukan ibu hamil dengan anemia, berikan 2-3 tablet zat besi perhari. Selain itu, untuk memastikan ibu mengalami anemia atau tidak maka dilakukan pemeriksaan Hb yang dilakukan 2 kali selama kehamilan yaitu pada saat kunjungan awal dan pada usia kehamilan 28 minggu atau jika ada tanda-tanda anemia (Wulandari et al., 2021).

h. Tes Laboratorium

Tes laboratorium pada kehamilan meliputi:

- 1) Pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) darah.
- 2) Golongan darah.
- 3) Tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) serta malaria pada daerah endemis dengan rapid tes diagnosis (RDT).
- 4) Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti : gluko-proteinurin, gula darah sewaktu, sputum basil tahan asam (BTA), kusta, malaria non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya (Saleh et al., 2022).

i. Tata Laksana Dalam Rangka Persiapan Rujukan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standard an kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan (Saleh et al., 2022).

j. Temu Wicara (Konseling)

Setiap kunjungan antenatal dilakukan temu wicara (konseling) yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemi rendah, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*brain booster*) (Umami & dkk, 2022).

B. Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan selama masa hamil. Muntah yang membahayakan ini berbeda dari *morning sickness* normal yang umumnya dialami wanita hamil karena intensitasnya melebihi muntah normal dan berlangsung selama trimester pertama kehamilan (Atikoh, 2020). Hiperemesis gravidarum sendiri adalah mual dan muntah hebat selama masa kehamilan yang dapat menyebabkan dehidrasi, berat badan turun atau gangguan cairan elektrolit sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari dan membahayakan janin di dalam kandungan. Hiperemesis gravidarum biasanya terjadi pada minggu ke 6-12 masa kehamilan, yang dapat berlanjut sampai minggu ke 16-20 masa kehamilan

(Magdalena et al., 2022). Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu (Saifuddin, 2016). Hiperemesis gravidarum adalah suatu keadaan mual dan muntah pada kehamilan yang menetap, dengan frekuensi muntah lebih dari 5 kali dalam sehari disertai dengan penurunan berat badan (>5% dari berat badan sebelum hamil) dan dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan asam basa, kekurangan gizi bahkan kematian (Irianti et al., 2015).

2. Penyebab Hiperemesis Gravidarum

Menurut Irianti B, dkk (2015) tentang penyebab pasti dari hiperemesis gravidarum belum diketahui. Namun, pada beberapa penelitian menyebutkan jika interaksi kompleks dari faktor biologis, psikologis dan sosial budaya diperkirakan menjadi penyebab dari hiperemesis gravidarum. Selain itu, kehamilan ganda, perempuan dengan kehamilan pertama, usia < 20 tahun dan > 35 tahun, kehamilan mola, serta berat badan berlebih menjadi faktor pencetus. Ada beberapa teori yang diusulkan sebagai penyebab hiperemesis gravidarum, yaitu:

a. Perubahan Hormonal

Wanita yang mengalami hiperemesis gravidarum memiliki kadar hCG yang tinggi terutama pada trimester pertama kehamilan (usia kehamilan 9 minggu) yang dapat menyebabkan hipertiroidisme namun hanya sementara. Secara fisiologis, hCG dapat merangsang kelenjar tiroid yaitu reseptor *Thyroid-Stimulating Hormon* (TSH). Tidak hanya hCG yang berperan dalam menyebabkan terjadinya hiperemesis

gravidarum, akan tetapi kemungkinan keterlibatan hCG merangsang tiroid dapat memicu terjadinya HEG. Penurunan motilitas gastrointestinal yang disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen dan progesteron saat kehamilan, tetapi hal ini bukanlah penyebab pasti HEG.

b. Gastrointestinal Disfungsi

Jueckstock, dkk (2010) menyatakan bahwa 95% gangguan pada sistem pencernaan disebabkan oleh bakteri *heliobacter pylori* dan 61,8% menjadi penyebab terjadinya HEG pada kehamilan. Selain itu HEG dapat disebabkan karena ibu memiliki gangguan pencernaan seperti pankreatitis, ulkus peptikus, hepatitis.

c. Vestibular dan Penciuman

Hiperacuity dari sistem penciuman dapat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap mual dan muntah pada ibu hamil. Banyak kasus yang menggambarkan bahwa pemicu terjadinya mual bagi ibu hamil adalah mencium bau masakan khususnya daging. Kesamaan antara HEG dengan *morning sickness* adalah bahwa gangguan dari subclinical vestibular mungkin penyebab dari beberapa kasus HEG.

d. Genetik

Suatu penelitian di Norwegia menyatakan bahwa ibu yang sewaktu hamil mengalami HEG maka anak yang dilahirkan akan memiliki risiko mengalami HEG sebesar 3% ketika mereka hamil nanti atau memiliki saudara yang juga mengalami HEG. Secara keseluruhan dilaporkan bahwa faktor genetik mungkin memainkan peran dalam mengembangkan terjadinya HEG.

e. Masalah Psikologis

Terjadinya HEG kerap kali dikaitkan dengan masalah psikologis selama kehamilan, namun belum ditemukan bukti kuat terhadap hal tersebut. Hasil penelitian cenderung mengarah pada faktor hormonal sebagai pencetus HEG (Irianti et al., 2015).

3. Tanda dan Gejala Hiperemesis Gravidarum

Secara umum, hiperemesis gravidarum dapat dibagi ke dalam tiga tingkatan menurut berat ringannya gejala sebagai berikut :

a. Hiperemesis Gravidarum Grade I

Muntah terus menerus hingga memengaruhi keadaan umum. Pada tingkatan ini, ibu hamil merasa lemah, tidak ada nafsu makan, berat badan menurun dan merasa nyeri pada bagian epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistolik menurun dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

b. Hiperemesis Gravidarum Grade II

Ibu hamil tampak lebih lemas dan apatis, turgor kulit lebih menurun, lidah kering dan tampak kotor, nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun, suhu kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit ikterus, berat badan turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernafasan karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam urine.

c. Hiperemesis Gravidarum Grade III

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun dari somnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, serta suhu meningkat. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang di kenal sebagai *wenickle ensefalopati*. Gejala yang dapat timbul seperti nistagmus, diplopia dan perubahan mental. Keadaan ini diakibatkan karena sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin B Kompleks. Timbulnya ikterus menunjukkan terjadinya payah hati. Pada tingkatan ini juga terjadi perdarahan esophagus, lambung dan retina (Atikoh, 2020).

4. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil

Dalam menegakkan diagnosis hiperemesis gravidarum, perlu mengkaji hal-hal berikut :

- a. Amenore yang disertai muntah hebat dan mengganggu pekerjaan sehari-hari.
- b. Fungsi vital: nadi meningkat 100 kali per menit, pada keadaan berat tekanan darah menurun, gangguan kesadaran (apatis-koma) dan subfebril.
- c. Fisik: dehidrasi, kulit tampak pucat, ikterus, sianosis, berat badan menurun, uterus membesar sesuai usia kehamilan pada vaginal *toucher*, konsistensi lunak, pada pemeriksaan inspekulo serviks berwarna biru (*livide*).
- d. Pemeriksaan USG : untuk mengetahui kondisi kesehatan kehamilan, selain itu untuk mengetahui kemungkinan adanya kehamilan kembar ataupun kehamilan molahidatidosa.

- e. Laboratorium : hemoglobin dan hematokrit yang relatif naik, *shift to the left*, benda keton dan proteinuria.
- f. Perlu dipikirkan untuk konsultasi psikologi pada keluhan hiperemesis yang berat dan berulang (Saifuddin, 2016).

5. Faktor Risiko Hiperemesis Gravidarum

Faktor risiko terjadinya hiperemesis gravidarum menurut Sulisty (2011) antara lain:

- a. Peningkatan level hormon estrogen. Mempengaruhi bagian dari otak yang mengontrol terjadinya mual dan muntah.
- b. Perubahan saluran pencernaan. Selama kehamilan, saluran cerna terdesak karena memberikan ruang untuk perkembangan janin. Hal ini dapat mengakibatkan refluks asam (keluarnya asam dari lambung ke tenggorokan) dan lambung bekerja lebih lambat menyerap makanan sehingga dapat menyebabkan mual muntah.
- c. Faktor psikologis. Stress dan kecemasan yang berlebihan dapat memicu terjadinya *morning sickness*.
- d. Diet tinggi lemak. Risiko hiperemesis gravidarum meningkat sebanyak 5 kali untuk setiap penambahan 15 g lemak jenuh setiap harinya.
- e. *Helicobacter Pylori*. Penelitian melaporkan bahwa 90% kasus kehamilan dengan kejadian hiperemesis gravidarum juga terinfeksi dengan bakteri ini, yang dapat menyebabkan luka pada lambung.
- f. Faktor prediposisi yang sering dikemukakan adalah primigravida, molahidatidosa dan kehamilan gemeli menimbulkan dugaan bahwa faktor

hormon memegang peranan penting karena pada kedua keadaan tersebut hormone *chorionic gonadotropin* dibentuk berlebihan.

- g. Alergi sebagai salah satu respon dari jaringan ibu terhadap anak, juga disebut sebagai salah satu faktor organik.
- h. Masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal dan perubahan metabolik akibat hamil serta resistensi yang menurun dari pihak ibu terhadap anak, juga disebut sebagai salah satu faktor organik.
- i. Umur, frekuensi hiperemesis gravidarum lebih tinggi pada primigravida terutama primigravida pada wanita yang berusia muda yang umumnya kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.
- j. Paritas, banyaknya paritas berpengaruh terhadap terjadinya hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum terjadi pada 60%-80% wanita dengan kehamilan pertama dan 40%-60% wanita yang pernah hamil sebelumnya.
- k. Pekerjaan, ibu yang bekerja lebih besar risiko terhadap kejadian hiperemesis gravidarum dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (Magdalena et al., 2022).

6. Pencegahan Hiperemesis Gravidarum

Pencegahan terhadap hiperemesis gravidarum perlu dilakukan dengan cara :

- a. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.

- b. Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering.
- c. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.
- d. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan.
- e. Terapi psikologik : perlu diyakinkan pada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan yang serta menghilangkan masalah dan konflik yang kira nya dapat menjadi latar belakang penyakit ini (Dewi et al., 2021).

7. Prinsip Diet Hiperemesis Gravidarum

Perlu diperhatikan penerapan pola diet pada hiperemesis gravidarum agar tidak merangsang terjadinya mual muntah. Diet ini bertujuan untuk mengganti persediaan glikogen, mengontrol asidosis dan secara berangsur memberi makanan cukup kalori dan zat-zat gizi yang berkurang. Diet pada hiperemesis gravidarum ini memiliki syarat berupa tinggi karbohidrat 75-80% dari kebutuhan energi total dan rendah lemak $\leq 10\%$ dari kebutuhan energi total.

- a. Cukup cairan.
- b. Makanan diberikan dalam bentuk kering, pemberian cairan disesuaikan dengan keadaan penderita.
- c. Makanan mudah di cerna, tidak merangsang dan diberikan dalam porsi kecil tetapi sering.

- d. Bila makan pagi dan siang sulit diterima, dioptimalkan makan malam dan selingan malam.
- e. Disesuaikan dengan keadaan penderita, secara berangsur diberikan makanan yang memenuhi syarat diet.

Hal yang harus diperhatikan dalam pemberian makanan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum adalah :

- a. Makan makanan sumber karbohidrat yang sederhana seperti biskuit, sereal, roti bakar, sebelum bangun dari tempat tidur (pada pagi hari), mungkin cukup efektif untuk mengatasi muntah.
- b. Hindari lemak atau makanan yang mengandung banyak rempah-rempah.
- c. Makan dalam porsi kecil tetapi sering, jangan melewati jam makan tanpa memakan makanan karena hipoglikemia dapat memperburuk emesis.
- d. Konsumsi buah dan cairan tidak dilakukan bersamaan dengan makan makanan untuk mencegah distensi lambung.
- e. Makan makanan ringan tinggi protein ketika akan tidur.
- f. Pemberian *peppermint* seperti dalam permen pedas sesudah makan akan menimbulkan relaksasi esophagus bagian bawah dan mengurangi distensi lambung yang dapat meredakan gejala mual serta muntah. Akan tetapi *peppermint* dapat memperburuk konstipasi dan menginduksi refluks esophagus (*heart burn*) jika digunakan sebelum berbaring.

Berikut dijabarkan mengenai diet pada hiperemesis gravidarum.

- a. Diet Hiperemesis I

Diet hiperemesis diberikan pada ibu hamil dengan hiperemesis berat atau tingkat III. Pada diet ini zat gizi dikurangi, oleh karena itu hanya diberikan

dalam beberapa hari. Nilai gizi per hari 1059 kalori per hari dengan protein 15 gram, lemak 2 gram, karbohidrat 259 gram, kalsium 0,1 g, vitamin A 1,788 SI dan vitamin C 283 mg. Cairan diberikan setelah 1-2 jam setelah makan. Makanan diberikan dalam bentuk kering, hangat, porsi kecil tapi sering.

b. Diet Hiperemesis II

Diet hiperemesis II diberikan pada hiperemesis sedang dengan keluhan mual dan muntah sudah berkurang. Pada kondisi ini secara berangsur mulai diberikan makanan yang bernilai gizi tinggi. Nilai gizi sehari 1672 kalori dengan protein 57 gram, lemak 33 gram, karbohidrat 293 gram, kalsium 0,3 gram, vitamin A 7,266 SI, vitamin C 199 mg. Minuman tidak diberikan bersama makanan.

c. Diet Hiperemesis III

Diet hiperemesis III diberikan pada ibu hamil dengan hiperemesis ringan. Nilai gizi 2269 kalori dengan protein 73 gram, lemak 59 gram, karbohidrat 368 gram, kalsium 0,4 gram, vitamin A 7491 SI, vitamin C 199 mg. pada kondisi ini minuman sudah boleh diberikan bersama makanan. Jenis makanan dapat berupa roti kering, biskuit, buah segar atau sari buah, teh, kopi encer, makanan berlemak tetapi bumbu merangsang dikurangi (Fairus & Prasetyowati, 2011).

8. Manajemen Hiperemesis Gravidarum

- a. Untuk keluhan hiperemesis yang berat pasien dianjurkan untuk di rawat di rumah sakit dan membatasi pengunjung.

- b. Stop makanan per oral 24 - 48 jam.
- c. Infus glukosa 10% atau 5% : RL = 2 : 1,40 tetes per menit.
- d. Obat
 - 1) Vitamin B1, B2 dan B6 masing-masing 50 – 100 mg/hari/infus.
 - 2) Vitamin B12 200 µg/hari/infus, vitamin C 200 mg/hari/infus.
 - 3) Fenobarbital 30 mg I.M 2 – 3 kali per hari atau klorpromazin 25 – 50 mg/hari I.M atau kalau diperlukan diazepam 5 mg 2 – 3 kali per hari I.M.
 - 4) Antiemetik : prometazin (avopreg) 2 – 3 kali 25 mg per hari per oral atau proklorperazin (stemetil) 3 kali 3 mg per hari per oral atau mediamer B6 3 kali 1per hari per oral.
 - 5) Antasida : asidrin 3 x 1 tablet per hari per oral atau milanta 3 x 1 tablet per hari per oral atau magnam 3 x 1 tablet per hari per oral.
- e. Diet sebaiknya meminta advis ahli gizi.
- f. Rehidrasi dan suplemen vitamin

Pilihan cairan adalah normal saline (NaCl 0,9%). Cairan dekstrose tidak boleh diberikan karena tidak mengandung sodium yang cukup untuk mengoreksi hiponatremia. Suplemen potassium boleh diberikan secara intravena sebagai tambahan. Suplemen tiamin diberikan secara oral 50 atau 150 mg atau 100 mg dilarutkan ke dalam 100 cc NaCl. Urin output juga harus di monitor dan perlu dilakukan pemeriksaan dipstick untuk mengetahui terjadinya ketonuria.

g. Antiemesis

Tidak dijumpai adanya teratogenitas dengan menggunakan dopamine antagonis (metoklopramid, domperidon), fenotiazin (klorpromazin, proklorperazin), antikolinergik (disikloamin) atau antihistamin H1-reseptor antagonis (prometazin, siklizin). Namun, bila masih tetap tidak memberikan respons, dapat juga digunakan kombinasi kortikosteroid dengan reseptor antagonis 5-Hidroksriptamin (5-HT₃) (ondansetron, sisaprid) (Saifuddin, 2016).

9. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

a. Penatalaksanaan hiperemesis gravidarum menurut tingkatannya sebagai berikut.

1) Hiperemesis Gravidarum 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, terapi obat menggunakan *sedative* (obat yang mempunyai efek mengantuk) yang sering diberikan adalah *phenobarbital*, vitamin B1 dan B6, antihistamin seperti dramamin dan avomin. 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 (Atikoh, 2020).

2) Hiperemesis Gravidarum Tingkat II dan 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.

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 energy sumber energi, agar 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 (Atikoh, 2020).

b. Penatalaksanaan Kebidanan

Kewenangan bidan pada kasus HEG ialah melakukan penatalaksanaan pada HEG ringan dan deteksi dini untuk dilakukannya pengalihan asuhan. Instrument yang dapat digunakan oleh bidan untuk meniai HEG yaitu dengan *Pregnancy Unique Quantification Of Emesis/Nausea* (PUQE). PUQE adalah penilaian kuantitas dari mual muntah untuk menghindari subjektivitas dari keluhan mual muntah. Indeks PUQE ini merupakan revisi dari indeks Rhodes yang digunakan untuk penilaian mual dan muntah pada pasien kemoterapi. Pada indeks PUQE ada 3 jenis pertanyaan yang dinilai yaitu :

- 1) Perubahan berat badan.
- 2) Ada tidaknya dehidrasi
- 3) Indeks laboratorium (ketidakseimbangan elektrolit).

Tabel 3

Pertanyaan *Pregnancy-Unique Quantification Of Emesis/Nausea* (PUQE)

1. On an last 12 hours, how many hours have you felt nauseated or sick to your match day, for how long do you feel nauseated or sick to your stomatch? (Dalam 12 jam terakhir, sudah berapa lama anda merasakan mual atau rasa tidak nyaman pada perut?)				
>6 hours (>6 jam) Skor: 5	4-6 hours (4-6 jam) Skor: 4	2-3 hours (2-3 jam) Skor: 3	≤ 1 hours (≤ 1 jam) Skor: 2	Not at all (Tidak sama sekali) Skor: 1
2. In the last 12 hours, how many times have you vomited? (Dalam 12 jam terakhir, sudah berapa kali anda muntah?)				
7 or more (7 atau lebih) Skor: 5	5-6 Skor: 4	3-4 Skor: 3	1-2 Skor: 2	None (Tidak muntah) Skor: 1
3. In the last 12 hours, how many times have had retching or dry heaves without bringing anything up? (Dalam 12 jam terakhir, sudah berapa kali anda mengalami muntah kering tanpa mengeluarkan apapun?)				
7 or more (7 Skor: 5	5-6 Skor: 4	3-4 Skor: 3	1-2 Skor: 2	None Skor: 1

atau lebih) Skor: 5	Skor: 4	Skor: 3	Skor: 2	Skor: 1
-------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Sumber : (Irianti et al., 2015).

Skor yang di dapat dari penilaian tersebut dikategorikan ke dalam :

- 1) Mual muntah ringan bila nilai indeks PUQE ≤ 6 .
- 2) Mual muntah sedang bila nilai indeks PUQE 7 – 12.
- 3) Mual muntah berat bila nilai indeks PUQE ≥ 13 (Irianti et al., 2015).

Sedangkan penatalaksanaan yang dapat dilakukan/ dianjurkan oleh bidan yaitu:

- 1) Melakukan pengaturan pola makan yaitu dengan memodifikasi jumlah dan ukuran makanan. Makan dengan jumlah kecil dan minum cairan yang mengandung elektrolit atau suplemen lebih sering. Mengonsumsi makanan yang tinggi protein dapat mengurangi mual dan melambatkan aktivitas gelombang *dysrhythmic* pada lambung terutama pada trimester pertama dibandingkan dengan makanan yang didominasi oleh karbohidrat atau lemak.
- 2) Menghindari ketegangan yang dapat meningkatkan stress dan mengganggu istirahat tidur.
- 3) Meminum air jahe dapat mengurangi gejala mual dan muntah secara signifikan karena dapat meningkatkan motilitas saluran cerna, yaitu dengan menggunakan 1 gr jahe sebagai minuman selama 4 hari.
- 4) Melakukan akupuntur atau hypnosis dapat mengurangi mual dan muntah secara signifikan.

- 5) Menghindari konsumsi kopi/ kafein, tembakau dan alkohol, karena selain dapat menimbulkan mual muntah juga dapat memiliki efek yang merugikan untuk embrio serta menghambat sintesis protein.
- 6) Berikan tablet vitamin B6 1,5 mg/hari, untuk meningkatkan metabolisme serta mencegah terjadinya encephalopathy (Irianti et al., 2015).

c. Terapi Komplementer

Terapi komplementer merupakan pengobatan nonmedis atau pengobatan secara tradisional yang digunakan sebagai pendukung pengobatan medis, contohnya jahe. Jahe merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meredakan mual dan muntah selama kehamilan. Fungsi farmakologis jahe salah satunya adalah antimietik (antimuntah) dimana terdapat sekitar 6 senyawa di dalamnya yang terbukti memiliki aktivitas anti mietik. Senyawa-senyawa tersebut bekerja lebih mengarah pada dinding lambung daripada sistem saraf pusat. Jahe merupakan bahan yang mampu mengeluarkan gas dari dalam perut sehingga dapat meredakan perut yang kembung. Jahe juga merupakan stimulant aromatik yang kuat, selain dapat mengendalikan muntah dengan meningkatkan gerakan peristaltik usus (Atikoh, 2020).

Jahe memiliki beberapa keunggulan diantaranya adalah kandungan minyak atsiri yang mempunyai efek menyegarkan dan memblokir reflek muntah, kemudian gingerol yang dapat melancarkan darah sehingga saraf-saraf dapat bekerja dengan baik. Hasilnya, kepala menjadi segar,

ketegangan dapat dicairkan dan mual muntah pun ditekan. Minyak atsiri pada jahe menghasilkan aroma harum jahe, sedangkan oleoresisnya menghasilkan rasa pedas yang dapat menghangatkan tubuh dan mengeluarkan keringat (Hasnita & Hasnaeni, 2021). Bila dilihat dari segi nutrisi, jahe mengandung kalori, karbohidrat, serat, protein, sodium, besi, potassium, magnesium, fosfor, zeng, folat, vitamin C, vitamin B6, vitamin A, riboflavin dan niacin. Di Indonesia rimpang jahe secara tradisional digunakan untuk mengobati muntah (Arianti & Yuliani, 2021).

Dalam satu sendok teh jahe parut segar atau 250 miligram kapsul jahe bubuk yang diminum saat rasa mual dan muntah menyerang dapat memberikan pertolongan segera. Jahe juga dapat dikonsumsi dengan membuat ramuan, yakni 1 sendok teh jahe segar yang dicampur air panas, bubuhkan madu sebagai pemanis. Namun, dapat juga mengunyah irisan jahe yang dicelup ke dalam madu atau sirup buah. Dosis jahe sebaiknya tidak lebih dari 1 gram per hari, karena bisa memicu keguguran (Atikoh, 2020).

Penelitian lain membandingkan obat anti muntah OTC untuk mencegah mabuk laut pada 1489 subjek dan mendapatkan bahwa jahe sama efektif dengan obat anti muntah lain. Studi RCT desain menyilang pemberian 4 kali 250 mg jahe efektif mengobati hiperemesis gravidarum. Sebuah RCT lain menilai mual muntah pada 60 pasien pasca bedah yang di beri jahe memperlihatkan hasil efektif secara bermakna di banding dengan placebo. Efek jahe juga dilaporkan sama baiknya dengan metoklopramid. Sifat antiemetik ini diakibatkan adanya kerja sinergis dari

zingeron dan shogaol. Dilaporkan 6 gram serbuk jahe kering menunjukkan peningkatan eksfoliasi sel epitel permukaan lambung yang dapat berakibat ulkus, sebab itu direkomendasikan penggunaan pada perut kosong tidak lebih dari 6 gram. Pemberian bersama obat antikoagulan, antiplatelet, trombolitik secara teori dapat meningkatkan risiko perdarahan. Hasil ujia klinik menunjukkan dosis 10 gram meningkatkan risiko perdarahan secara bermakna. Pasien dengan obat antikoagulan dan gangguan perdarahan agar menghindari penggunaan dalam dosis besar (Makoil, 2021).

d. Terapi Obat-Obatan

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

- 1) Sedatif ringan (fenobarbital (Luminal) 30 miligram, Valium) sebagai obat penenang.
- 2) Antialergi (Antihistamin, Dramamin, Avomin).
- 3) Obat anti mual (Mediamer B6, Emetrole, Stimetil, Avopreg) untuk menurunkan keluhan atau gangguan mual dan muntah bagi ibu hamil.
- 4) Pemberian vitamin (terutama vitamin B kompleks, vitamin C) untuk mempertahankan kesehatan saraf, jantung, otot polos, peningkatan pertumbuhan dan perbaikan sel pada ibu dan janin. Tiran (2008) menambahkan suplemen vitamin B6 dan zinc juga krom dapat sangat

efektif, khususnya bagi wanita yang baru menggunakan pil kontrasepsi karena pil ini merusak kemampuan tubuh dalam menyerap nutrisi-nutrisi tersebut dari makanan yang di makan (Atikoh, 2020).

Tabel 4

Antiemetik untuk Penatalaksanaan Mual dan Muntah pada Kehamilan

Obat	Kategori pada Kehamilan	Rute	Dosis	Keterangan
Piridoksin (Vitamin B6).	A	Oral	10-25 mg	Obat ini dapat digunakan dengan atau tanpa kombinasi obat lain untuk terapi mual dan muntah ringan dalam kehamilan; tersedia OTC (<i>Over The Counter</i> /Dijual Bebas).
Doksilamin (Unisom)	A	Oral	12,5 mg dan 25 mg	Tersedia OTC
Difenhidramin (Benadryl)	A	Oral	25 mg	
Prometazin (Phenergan)	C	IV Supositoria rektal Oral	25 mg 25 mg 12,5-25 mg	
Proklorperazin (Compazine)	Tidak ditentukan	IM Supositoria rektal Oral	10 mg 2,5-10 mg 5-10 mg	Digunakan hanya untuk mual dan muntah berat, jika manfaatnya melebihi risiko yang mungkin ditimbulkan. Penggunaannya mengacu pada literature pedoman pemberian obat yang lengkap.
Metoklopramid (Reglan)	B	Oral IV	10 mg 5-10 mg	Tidak boleh dikombinasikan dengan fenotiazin karena

				kemungkinan menimbulkan efek ekstrapiramidal.
Ondansteron (Zofran)	B	IM IV Oral	4 mg dosis tunggal 4-8 mg dalam 15 menit 4-8 mg	Untuk mual dan muntah berat.
Metilprednisolon	C	Oral	16 mg selama 3 hari, kemudian diturunkan bertahap selama 2 minggu	Untuk hiperemesis yang membandel.
Paracetamol	B	Oral	Maks 4 gram per hari. Cukup dengan 4x500 mg sehari atau 3x500 mg sehari	Untuk nyeri ringan sampai sedang, sakit kepala, nyeri rematik, pireksia. Efek farmakodinamik : antipiretik, analgesik yang bekerja di perifer (Banister, 2006).
Antasida (Magtral)	B	Oral	Alumunium 400 mg, magnesium 400 mg dan simetikon 80 mg. 3x1 sebelum makan.	OTC Untuk mengurangi gejala-gejala yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung, gastritis, tukak lambung dan tukak usus dua belas jari.
Asam Folat	A	Oral	400 μ g atau 0,4 mg per hari	Anemia megaloblastik defisiensi asam folat, prakonsepsi sampai 12 minggu gestasi mencegah defek saluran saraf (Banister, 2006).
Fe	A	Oral	60 mg per hari	Sintesis hemoglobin.

Keterangan :

- 1) Kategori obat A : Obat-obat yang tidak menunjukkan efek berbahaya dalam uji klinik pada ibu hamil trimester pertama.
- 2) Kategori obat B : Obat-obat yang tidak menunjukkan efek bahaya dalam uji pada hewan coba namun belum ada uji klinik yang dilakukan pada wanita hamil.
- 3) Kategori obat C : Obat-obat menunjukkan efek berbahaya dalam uji pada hewan coba namun belum ada uji klinik yang dilakukan pada wanita hamil.
- 4) Kategori obat D : Obat-obat yang jelas menunjukkan efek berbahaya namun masih dapat dipergunakan pada ibu hamil jika manfaat yang didapat adalah mungkin lebih banyak.

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan (Handayani & Mulyati, 2017).

1. Tujuh Langkah Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan dan langkah VII evaluasi (Handayani & Mulyati, 2017).

a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani & Mulyati, 2017). Bidan mengumpulkan data dasar yang lengkap agar kondisi ibu atau bayi baru lahir (BBL) dapat dinilai, menggali data dasar dapat dimulai dari anamnesis seperti menanyakan:

- 1) Biodata klien dan suami yang berisi : nama lengkap, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/ bangsa, alamat, nomor telepon dan golongan darah.
- 2) Alasan kunjungan atau keluhan utama yang menyebabkan ibu/ bayi baru lahir di bawa ke layanan kesehatan.
- 3) Riwayat menstruasi.
- 4) Riwayat perkawinan.
- 5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.
- 6) Riwayat kehamilan ini.
- 7) Riwayat imunisasi *tetanus toxoid*.
- 8) Riwayat penyakit/ bedah operasi.
- 9) Riwayat penyakit yang berhubungan dengan masalah kesehatan reproduksi.
- 10) Riwayat kesehatan keluarga.
- 11) Riwayat KB.
- 12) Pola kebutuhan sehari-hari.
- 13) Data psikososial

14) Setelah anamnesis, data lain yang dikumpulkan adalah data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan dan yang merupakan pengembangan dari hasil anamnesis.

15) Data objektif tersebut dapat diperoleh dari :

- a) Pemeriksaan umum yang terdiri dari : pemeriksaan keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu), berat badan sebelum dan setelah hamil, tinggi badan, LILA dan IMT.
- b) Pemeriksaan fisik yang berhubungan dengan kebidanan berupa pemeriksaan head to toe dan pemeriksaan leopard.
- c) Pemeriksaan penunjang : laboratorium dan pemeriksaan diagnostik lainnya (Aisa et al., 2018).

b. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnosa” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnosa. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Handayani & Mulyati, 2017).

Inti dari langkah kedua ini merupakan kesimpulan dari temuan sekumpulan data yang didapatkan pada langkah pertama, dimana

sekumpulan data ini merupakan tanda dan atau gejala yang spesifik dari suatu kondisi yang dialami oleh ibu/ perempuan/ BBL yang sering disebut sebagai diagnosis kebidanan (Aisa et al., 2018). Interpretasi data berisi :

Diagnosis kebidanan : G2P1A0 usia kehamilan 13 minggu 6 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I.

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Tahap selanjutnya membutuhkan antisipasi, alangkah baiknya dilakukan pencegahan, sambil mengamati pasien/ klien, bidan diharapkan selalu bersiap-siap jika diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Adanya langkah ini penting sekali untuk penerapan asuhan yang aman (Anggraini et al., 2020).

d. Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan Yang Memerlukan Penanganan Segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Handayani & Mulyati, 2017). Pada langkah ini bidan harus mampu menilai kondisi ibu, janin atau BBL dengan akurat terhadap masalah kesehatan yang dialami mereka. Selain kemampuan menilai kondisi ibu, janin dan BBL tersebut, bidan juga harus mampu memilah kasus mana yang memerlukan penanganan awal atau yang hanya cukup dengan

kolaborasi, rujukan atau konsultasi saja. Langkah keempat ini dapat dikatakan sebagai tindakan kuratif, karena langkah ini telah muncul komplikasi yang memerlukan tindakan/ pengobatan untuk mengatasinya (Aisa et al., 2018).

Contoh:

Antisipasi pada kasus hiperemesis gravidarum tingkat I yaitu kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi farmakologi berupa Paracetamol, Ondansetron, Magtral dan Asam Folat.

e. Langkah V : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut seperti apa yang diperkirakan terjadi berikutnya (Handayani & Mulyati, 2017). Dalam hal ini asuhan yang diberikan dapat berupa penyuluhan/ edukasi dan konseling yang merujuk pada kondisi atau situasi sosial ekonomi, agama, keluarga, budaya atau masalah-masalah psikologis. Pada dasarnya, langkah kelima ini berisikan segala sesuatu yang berkaitan dengan aspek layanan kesehatan yang perlu dimasukkan ke dalam rencana asuhan. Sebelum dilaksanakan, rencana asuhan ini harus disetujui baik oleh bidan maupun oleh ibu dan/ atau keluarganya (Aisa et al., 2018).

Perencanaan asuhan kebidanan untuk ibu dengan hiperemesis gravidarum :

1) Jelaskan hasil pengkajian kehamilan pada ibu.

- 2) Edukasi ibu tentang masalah hiperemesis gravidarum: pengertian dan penyebab.
- 3) Edukasi ibu tentang pencegahan dan perawatan hiperemesis gravidarum.
- 4) Anjurkan perbanyak istirahat dan kurangi aktivitas.
- 5) Edukasi ibu tentang manfaat jahe untuk meredakan mual muntah.
- 6) Kolaborasi dengan dokter SpOg terkait pemberian terapi obat.
- 7) Lakukan kontrak dengan ibu untuk kunjungan berikutnya.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Tahap ini merupakan tahap pelaksanaan dari semua rencana sebelumnya, baik terhadap masalah pasien maupun diagnosa yang ditegakkan. Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksana nya (Handayani & Mulyati, 2017).

g. Langkah VII : Evaluasi

Merupakan tahap akhir dalam manajemen kebidanan, yaitu dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang telah dilakukan oleh bidan. Evaluasi sebagai bagian dari pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Evaluasi efektif dari asuhan yang telah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah telah terpenuhi sesuai dengan apa yang diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa. Rencana

tersebut bisa dianggap efektif jika memang efektif pelaksanaannya, ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedangkan sebagian belum efektif (Sulfianti et al., 2020).

2. Data Fokus SOAP

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis dan P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas dan logis. Metode SOAP dijabarkan sebagai berikut:

a. Data Subjektif (S)

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang di catat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, di bagian data di belakang huruf "S" diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Data Objektif (O)

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini

akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. Analisis (A)

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Dalam analisis, menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/ tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

d. Penatalaksanaan (P)

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya (Handayani & Mulyati, 2017).

D. Rencana Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum

1. Menjelaskan hasil pengkajian kehamilan pada ibu. Hal ini bertujuan agar ibu mengetahui tentang keadaan kesehatan dirinya setelah dilakukan pengkajian oleh tenaga kesehatan.
2. Mendiskusikan bersama ibu tentang pengertian hiperemesis gravidarum ialah mual muntah yang terjadi lebih dari 5x dalam sehari bahwa mual muntah yang terjadi pada ibu selama kehamilan trimester pertama lebih banyak terjadi akibat peningkatan hormon dalam kehamilan yaitu hormon hCG (human chorionic gonadotropin).
3. Mendiskusikan bersama ibu mengenai pencegahan dan perawatan hiperemesis gravidarum dengan mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering. Mengonsumsi makanan yang tinggi protein dapat mengurangi mual dan melambatkan aktivitas gelombang *dysrhythmic* pada lambung terutama pada trimester pertama dibandingkan dengan makanan yang didominasi oleh karbohidrat atau lemak. Ibu makan dengan porsi yang lebih sedikit namun sering dengan alasan agar nutrisi ibu dan janin tetap tercukupi. Memiliki jumlah makanan dan cairan yang lebih sedikit namun sering dapat membantu mencegah kasus mual muntah menjadi lebih buruk. Menganjurkan ibu agar menghindari makanan yang berlemak atau bersantan maupun makanan yang bau nya menyengat karena dapat menimbulkan mual. Menghindari konsumsi kopi/ kafein, tembakau dan alkohol, karena selain dapat

menimbulkan mual muntah juga dapat memiliki efek yang merugikan untuk embrio serta menghambat sintesis protein.

4. Menganjurkan ibu agar perbanyak istirahat dan mengurangi aktivitas. Hal ini bertujuan agar energi ibu tetap tercukupi, ibu tidak merasa kelelahan berlebihan ataupun stress dan untuk mengurangi mual muntah yang diderita ibu.
5. Mengedukasi ibu manfaat meminum seduhan air jahe dapat mengurangi mual muntah karena kandungan minyak atsiri yang mempunyai efek menyegarkan dan memblokir reflek muntah, kemudian gingerol yang dapat melancarkan darah sehingga saraf-saraf dapat bekerja dengan baik. Hasilnya, kepala menjadi segar, ketegangan dapat dicairkan dan mual muntah pun ditekan.
6. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOg terkait pemberian terapi obat.