

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.K UMUR 26 TAHUN
GIIPIA0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I
DI KLINIK BERTHA
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh:

SENTRY EVA ULINA GIRSANG
022014054

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN
MEDAN
2017**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.K UMUR 26 TAHUN
GIIPIA0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I
DI KLINIK BERTHA TAHUN 2017**

Disusun Oleh :

Sentry Eva Ulina Girsang
022014054

**Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji Dan Dinyatakan Diterima
Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Kebidanan Stikes Santa Elisabeth
Pada Hari Rabu 17 Mei 2017**

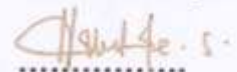
TIM Penguji

Penguji I : Ermawaty A. Sialagan, S.ST., M.Kes

Penguji II : Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM

Penguji III : Aprilita Br. Sitepu, S.ST

Tanda Tangan


.....


.....


.....

Mengesahkan

STIKes Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua STIKes



(Anita Veronika, S.St.T., M.KM)

Ketua Program Studi

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny.K UMUR 26 TAHUN
GIIPIA0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I
DI KLINIK BERTHA TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

SENTRY EVA ULINA GIRSANG

022014054

**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program
Studi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh:

Pembimbing : Aprilita Br. Sitepu, S.ST

Tanggal : 13 Mei 2017

Tanda Tangan :

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Kebidanan

STIKes Santa Elisabeth Medan



Anita Veronika, S.SiT., M.KM

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY.K UMUR 26 TAHUN
GIIPIA0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I
DI KLINIK BERTHA TAHUN 2017**

Disusun Oleh :

Sentry Eva Ulina Girsang
022014054

**Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji Dan Dinyatakan Diterima
Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Kebidanan Stikes Santa Elisabeth
Pada Hari Rabu 17 Mei 2017**

TIM Penguji


Penguji I : Ermawaty A. Sialagan, S.ST., M.Kes

Penguji II : Lilis Sumardiani, S.ST., M.KM

Penguji III : Aprilita Br. Sitepu, S.ST

Tanda Tangan


.....


.....


.....

Mengesahkan

STIKes Santa Elisabeth Medan


(Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep)
Ketua STIKes


(Anita Veronika, S.St., M.KM)
Ketua Proqram Studi

CURRICULUM VITAE



Nama : Sentry Eva Ulina Girsang

NIM : 022014054

Tempat Tanggal Lahir : Medan, 25 Maret 1996

Anak ke : 1 dari 3 bersaudara

Nama Orang Tua :

Ayah : Pardamean Girsang (+)

Ibu : Sairama Sinaga Am.Keb

Pekerjaan : Mahasiswi

Status : Belum Menikah

Suku/Bangsa : Batak Simalungan/Indonesia

Riwayat Pendidikan :

1. SD NEGERI 106232 Penggalangan : 2002 - 2008
2. SMP NEGERI 1 Tebing Syahabander : 2008 – 2011
3. SMA SWASTA CAHAYA Medan : 2011 – 2014
4. D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan : 2014 – Sekarang



*Terimakasih bapak
sudah jadi bapak yang terbaik
buat kami. Bapak laki-laki
pertama yang tulus
menyayangi kakak. Sekarang
bapak sudah tenang bersama
Tuhan Yesus, kakak percaya
bapak sudah disediakan Tuhan
satu tempat yang indah dan
kekal yaitu kerajaan surga.
Jadilah pendoa buat mama dan
kami anak-anak bapak yang
bapak tinggalkan, biarkan kami
bisa buat mama senang . Dan
disaat hari yang bapak tunggu
(wisuda) mungkin bapak
sudah mengetahui itu terlebih
dahulu kabar yang akan kakak
ceritakan melalui doaku untuk
bapak. Terima kasih pak*

I LOVE YOU

*Mutiara kasih yang sesungguhnya yaitu
mutiara kasih sayang seorang ibu kepada
anaknya. Ma jangan ada air mata lagi
yang membasahi wajah cantikmu. Ma aku
ingin seperti mamak orang kuat dan sabar
menghadapi masalah.
sehat-sehat ya buat mu mama*



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa studi kasus LTA yang berjudul **"Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. K Umur 26 Tahun GHIPIA0 Usia Kehamilan 12 Minggu 2 Hari Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I Di Klinik Bertha Tahun 2017"** ini, sepenuhnya karya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas perhatian ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klain dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, 17 Mei 2017

Yang membuat pernyataan


(Sentry Eva Ulina Girsang)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. K UMUR 26 TAHUN GII PI A0 USIA
KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM TINGKAT I DI KLINIK BERTHA 2017¹**

Sentry Eva Ulina Girsang², Aprilita Br. Sitepu³

INTISARI

Latar Belakang : hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah, pening, perut kembung, dan badan terasa lelah dapat terjadi hampir 50% kasus ibu hamil, dan terbanyak pada usia kehamilan 6 – 12 minggu. Keluhan mual muntah sering terjadi pada waktu pagi sehingga dikenal dengan “morning sickness”. Mual muntah disebabkan oleh kombinasi hormon estrogen dan progesteron, walaupun hal ini tidak diketahui pasti dan hormon *human chorionic gonadotropin* juga berperan dalam menimbulkan mual dan muntah.

Tujuan : penelitian ini dilakukan untuk meningkatkan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum tingkat I dengan menggunakan asuhan 7 langkah. varney.

Metode : yang digunakan penelitian ini menggunakan deskriptif dengan cara pengumpulan data secara fakta, mengobservasi, menentukan masalah, melakukan implementasi dan evaluasi.

Hasil : Dari asuhan yang diberikan kepada Ny. K dalam hiperemesis gravidarum tingkat I sesuai dengan asuhan yang diberikan dimana dilakukan 2 kali kunjungan dan keadaan klien lebih baik dan masalah teratasi.

Kata kunci : Kehamilan, Hiperemesis Gravidarum

Referensi : 11 (2008 – 2015)

¹ Judul Penulisan Studi Kasus

² Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³ Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**MIDWIFERY CARE TO NY. K AGE 26 YEARS GII PI A0 AGE OF
PREGNANCY 12 WEEK 2 DAYS WITH HYPEREMESIS GRAVIDARUM
GRADE I IN THE 2015 BERLTHA CLINIC¹**

Sentry Eva Ulina Girsang², Aprilita Br. Sitepu³

ABSTRACT

Background : Hyperemesis is nausea and vomiting, dizziness, abdominal bloating, and the body feels weak can occur almost 50% of cases of pregnant women, and most at 6-12 weeks gestation. Complaints of nausea and vomiting often occur in the morning so it is also known as "morning sickness". Nausea of vomiting is caused by a combination of estrogen and progesterone hormones, although this is not known for certain and human chorionic gonadotropin hormones also play a role in causing nausea and vomiting.

Objective: This study was conducted to improve midwifery care in pregnant women with hyperemesis gravidarum using 7 steps varney

The method : used This research uses descriptive data collection by facts, mengobservasi, determine the problem, perform implementation and evaluation.

Result : From the care given to Ny. K in hyperemesis gravidarum level I according to given care where 2 visits are done and the client's situation is better and the problem is resolved.

Keywords : Pregnancy, hyperemesis gravidarum

References: 11 (2008 – 2015)

¹The title of the writing of scientific

²Student obstetri STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“Asuhan Kebidanan pada ibu hamil Ny. K umur 26 tahun GIIPIA0 usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan Hiperemesis Gravidarum tingkat I di Klinik Bertha Tahun 2017”**. Laporan Tugas Akhir dibuat untuk melengkapi tugas dan persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasanya dan masih jauh dari sempurna. Dengan hati terbuka dan lapang dada penulis mohon kiranya pada semua pihak agar dapat memberikan masukan dan saran yang bersifat membangun guna lebih menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini.

Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan yang sangat berarti dari berbagai pihak, baik dalam bentuk moril, material, maupun spiritual. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tulus kepada :

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Diploma III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.

2. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Kaprodi D-III Kebidanan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Studi Diploma III Kebidanan Santa Elisabeth Medan.
3. Aprilita br. Sitepu, S.ST selaku Dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Ermawaty Arisandi S, S.ST., M.Kes dan Lilis Sumardiani S.ST., M.KM selaku dosen penguji Laporan Tugas Akhir saya yang telah meluangkan waktunya dalam sidang Laporan Tugas Akhir saya.
5. Anita Veronika, S.SiT., M.KM selaku Dosen Pembimbing Akademik selama tiga tahun telah banyak memberikan dukungan serta motivasi selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Seluruh staf dosen pengajar program studi D-III Kebidanan dan pegawai yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
7. Kepada ibu Bertha Ginting Am.Keb, selaku pemimpin Klinik Bertha yang telah memberikan kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Kepada Ny. K yang bersedia menjadi Pasien saya dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya.
9. Ucapan terima kasih terdalam dan rasa hormat kepada orang tua saya tercinta Pardamean Girsang (+) dan Sairama Sinaga Am.Keb dan kedua adek saya Ondo Frans Edo Girsang dan Anggi Josua Girsang yang telah

menjadi motivator terbaik dan selalu mendoakan, memberi semangat, dan dukungan dalam bentuk moral maupun material sehingga dapat menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan.

10. Buat seluruh teman Program studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan khususnya angkatan XIV atas segala dukungan dan bantuan kepada penulis selama menyelesaikan laporan tugas akhir ini .

Akhir kata penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dan harapan penulis semoga laporan tugas akhir ini memberi manfaat bagi kita semua.

Medan, 17 Mei 2017

(Sentry Eva Ulina Girsang)

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|-------------------------------------|---------|
| HALAMAN JUDUL | |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| HALAMAN CURICULUM VITAE..... | iv |
| HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO | v |
| HALAMAN PERNYATAAN..... | vi |
| INTISARI | vii |
| ABSTRAC..... | viii |
| KATA PENGANTAR..... | ix |
| DAFTAR ISI..... | xii |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |

| | |
|--|-----------|
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Tujuan Penulisan | 5 |
| 1. Tujuan Umum | 5 |
| 2. Tujuan Khusus | 5 |
| C. Manfaat Penulisan..... | 6 |
| 1. Manfaat Teoritis | 6 |
| 2. Manfaat Praktis | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 8 |
| A. Kehamilan | 8 |
| 1. Pengertian Kehamilan | 8 |
| 2. Proses Terjadinya Kehamilan | 9 |
| 3. Tanda-tanda Kehamilan | 11 |
| 4. Tanda Bahaya Kehamilan | 15 |
| B. Konsep Dasar Antenatal Care..... | 19 |
| 1. Pengertian Antenatal Care..... | 19 |
| 2. Tujuan Antenatal Care | 19 |
| 3. Langkah-langkah Asuhan Antenatal Care | 20 |
| 4. Pemeriksaan Fisik Pada Masa Kehamilan | 23 |
| 5. Prosedur Pelaksanaan/Pemeriksaan | 24 |
| C. Hiperemesis Gravidarum..... | 31 |
| 1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum | 31 |
| 2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum..... | 32 |
| 3. Klasifikasi dan Gejala Hiperemesis Gravidarum | 32 |
| 4. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum | 34 |
| 5. Gejala Klinis | 34 |
| 6. Resiko | 34 |
| 7. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum..... | 35 |
| 8. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum | 36 |
| 9. Landasan Hukum | 41 |
| 10. SOP Hiperemesis Gravidarum Tingkat I | 45 |
| D. Proses Manajemen Kebidanan..... | 46 |
| 1. Pengertian Manajemen Kebidanan | 46 |
| 2. Tahapan dalam Manajemen Kebidanan | 46 |
| BAB III METODE STUDI KASUS | 56 |
| A. Jenis Studi Kasus | 56 |
| B. Tempat dan Waktu Studi Kasus..... | 56 |
| C. Subjek Studi Kasus | 56 |
| D. Metode Studi Kasus | 56 |
| E. Waktu Studi Kasus | 57 |
| F. Pengumpulan Data..... | 57 |
| G. Alat-alat dan Bahan yang Dibutuhkan..... | 60 |

| | |
|---|-----------|
| A. BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN | 61 |
| A. Tinjauan Kasus | 61. |
| B. Pembahasan | 79 |
| C. Langkah I Pengumpulan Data..... | 79 |
| D. Langkah II Interpretasi Data Dasar..... | 80 |
| E. Langkah III Identifikasi Masalah Potensial..... | 81 |
| F. Langkah IV Tindakan Segera, Kolaborasi, Rujukan..... | 81 |
| G. Langkah V Intervensi..... | 82 |
| H. Lngkah VI Implementasi..... | 83 |
| J. Langkah VII Evaluasi..... | 84 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 85 |
| A. Kesimpulan..... | 85 |
| B. Saran | 88 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| 2.1 Ukuran Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan..... | 21 |
| 2.2 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid..... | 21 |
| 2.3 Komposisi Gizi Yang Dianjurkan Pada Ibu Dengan Hiperemesis..... | 40 |
| 2.4 Komposisi Bahan Makanan atau Menu Dalam Sehari Diet Hiperemesis tingkat I..... | 40 |
| 2.5 Komposisi Bahan Makanan atau Menu Dalam Sehari Diet Hiperemesis II dan III..... | 40 |

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul Lta
2. Surat Permohonan Ijin Studi Kasus
3. *Informed Consent* (Lebar Persetujuan Pasien)
4. Surat Rekomendasi Dari Klinik/Puskesmas/RS
5. Daftar Tilik
6. Daftar Hadir Observasi
7. Liflet
8. Lembar Konsultasi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kematian dan kesakitan ibu masih merupakan masalah kesehatan yang serius di negara berkembang. Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Beberapa negara memiliki AKI cukup tinggi seperti Afrika Sub-Saharan 179.000 jiwa, Asia Selatan 69.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 49 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 26 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 27 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 29 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014).

Target yang ditentukan oleh Sustainable Development Goals (SDGs) dalam 1,5 dekade ke depan mengenai angka kematian ibu adalah penurunan AKI sampai tinggal 70 per 100 ribu kelahiran hidup. Amartya Sen, dalam sebuah ceramah di Amsterdam tahun 2014 yang lalu menyatakan bahwa penyebab kematian ibu adalah karena policy pemerintah yang tidak memihak kepada kalangan yang membutuhkan. Penanganan kematian ibu harus dibarengi dengan peningkatan derajat perempuan. Posisi perempuan yang lebih baik, akan sangat membantu meningkatkan aksesibilitas mereka terhadap pelayanan kesehatan dan fasilitasnya. Pemerintah harus memastikan semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam penurunan AKI benar-benar bekerja dan yang terpenting adalah mereka

didukung dengan sarana dan prasarana yang terstandar sehingga pelayanan menjadi lebih optimal (Departemen Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan laporan profil kesehatan Sumatera Utara tahun 2014 AKI hanya 75/100.000 (kelahiran hidup) . AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau kasus insidentil selama kehamilan, melahirkan dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama keaharian/kelahiran hidup. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan kesehatan sehingga indikator keberhasilan pembangunan kesehatan ibu (Profil Kesehatan Provinsi SUMUT tahun 2014).

Salah satu masalah yang terjadi pada masa kehamilan yang bisa menyebabkan derajat kesakitan adalah terjadinya pada masa kehamilan atau penyakit yang khas terjadi pada masa kehamilan, dan salah satu dalam kehamilan adalah Hiperemesis Gravidarum (Ai yeyeh, dkk tahun 2013)

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan yang terjadi kira-kira sampai umur kehamilan 20 minggu. Ketika umur kehamilan 14 minggu (trimester pertama), mual dan muntah yang dialami ibu. Semua yang dimakan dan diminum ibu dimuntahkan sehingga mempengaruhi keadaan umum dan pekerjaan sehari-hari ibu. Berat badan menurun, terjadi dehidrasi, terdapat aseton dalam urine (Serri Hutahaeen tahun 2013)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari bahkan dapat

membahayakan Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi mual muntah yang berat dalam kehamilan yang sukar dikendalikan. Pada setiap kehamilan ini terdapat perubahan fisiologis yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi selama hamil, gangguan keseimbangan elektrolit asam basa serta defisiensi nutrisi pada ibu hamil menyebabkan asupan nutrisi dan oksigen pada janin berkurang (J Indon Med, dalam Ocviyanti, 2011).

Ada pun faktor yang menyebabkan hiperemesis gravidarum yaitu faktor primigravida, meningkatnya hormon *Estrogen* dan hormon *Chorionic Gonadotropin* (hCG) (Manuaba tahun 2013)

Menurut Helper tahun 2008 bahwa Sebagian besar ibu hamil 70-80% mengalami morning sickness dan sebanyak 1-2% dari semua ibu hamil mengalami morning sickness yang ekstrim. Dari hasil penelitian dalam jurnal Aril tahun 2012 Hiperemesis gravidarum terjadi di seluruh dunia dengan angka kejadian yang beragam mulai dari 1-3% dari seluruh kehamilan di Indonesia, 0,3% dari seluruh kehamilan di Swedia, 0,5% di California, 0,8% di Canada, 10,8% di China, 0,9% di Norwegia, 2,2% di Pakistan dan 1,9% di Turki. di Amerika Serikat, prevalensi hiperemesis gravidarum adalah 0,5-2. Berdasarkan hasil penelitian Depkes RI tahun 2009 menjelaskan bahwa lebih dari 80% perempuan hamil mengalami rasa mual dan muntah, Hal ini bisa menyebabkan perempuan menghindari makanan tertentu dan biasanya membawa resiko baginya dan janin (Vicki, 2012)

Menurut Octaviani pada tahun 2015 hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu hamil adalah multigravida sebanyak 726 responden (79,3%), primigravida sebanyak 158 responden (17,2%) dan grandemultigravida 32 responden (3,5%). Sebagian besar responden tidak mengalami hiperemesis sebanyak 820 responden (89,5%) dan yang mengalami hiperemesis sebanyak 96 responden (10,5%). Kesimpulannya, ada hubungan antara primigravida dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di wilayah Puskesmas Pringapus Kecamatan Pringapus Kabupaten Semarang dengan nilai $p < 0,005$.

Berdasarkan studi kasus dilahan praktik di Klinik Pratama Bertha pada bulan Februari - Maret diperoleh dari 120 Ibu Hamil di dapat 3 ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dan 1 ibu hamil dengan abortus. Dari hal tersebut perlunya diadakan studi kasus dalam upaya penerapan pendekatan manajemen kebidanan secara mandiri yang terjadi ditrimester pertama salah satunya Hiperemesis Gravidarum.

Asuhan kebidanan merupakan asuhan yang melatih mahasiswa untuk melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa secara tepat,antisipasi masalah yang akan terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Penulis melakukan penerapan Asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan metode teori dan praktik yang di terima dari institusi pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Berdasarkan latar belakang di atas, sesuai Visi dan Misi Stikes Santa Elisabeth khususnya Prodi DIII Kebidanan Medan yaitu menghasilkan tenaga bidan yang unggul dalam kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan turut menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Indonesia, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus Laporan Tugas Akhir pada Ny.K yang dituangkan dalam Laporan Tugas Akhir dengan judul: "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. K GII PI AO usia 26 tahun Usia Kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bertha tahun 2017", sebagai bentuk mencegah kegawatdaruratan maternal dan neonatal di Indonesia.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Ny. K Umur 26 Tahun GII PI A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di klinik Pratama Bertha Medan 2017. Dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 Langkah Varney.

2. Tujuan Khusus

1. Mampu menerapkan pengkajian pada Ny K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Februari 2017.
2. Mampu menerapkan analisa dan diinterpretasikan pada Ny K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Februari 2017.

3. Mampu menerapkan antisipasi kemungkinan timbulnya diagnosa/ masalah potensial pada Ny K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Febuari 2017
4. Mampu menerapkan tindakan segera dan kolaborasi pada Ny. K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Febuari 2017
5. Mampu menerapkan rencana tindakan asuhan kebidanan yang telah disusun pada Ny K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Febuari 2017
6. Mampu menerapkan implementasi secara langsung dari rencana tindakan yang telah disusun pada Ny K kehamilan 12 minggu2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Febuari 2017
7. Mampu menerapkan evaluasi dan tindakan yang telah diberikan kepada Ny K kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha Febuari 2017

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan kasus tersebut di atas adalah :

1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi untuk pengetahuan tentang hiperemesis gravidarum tingkat I dan asuhan kebidanan pada kehamilan yang dilakukan pada Ny.K yang diberikan untuk mengatasi hiperemesis gravidarum tingkat I dengan menggunakan asuhan kebidanan 7 langkah varney.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi STIKes Santa Elisabeth Medan

Laporan ini dapat dijadikan bahan masukan dalam peningkatan dan pengembangan kurikulum pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan, khususnya Kebidanan dan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan 7 langkah Varney pada kasus hiperemesis gravidarum tingkat I.

b. Bagi Lahan Praktik Klinik Bertha

Dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan dalam proses manajemen asuhan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum tingkat I.

c. Bagi Klien

Dapat menambah pengetahuan klien sesuai dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Tentang Kehamilan

1. Pengertian kehamilan

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

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Sarwono, 2010; hal 213)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hami normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan ini dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai bulan keenam, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai bulan 9 (Sarwono, 2009; hal 89)

2. Proses terjadinya kehamilan

a. Ovulasi

Ovulasi adalah 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.

b. Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit yang kedua, menjadi spermatid, akhirnya menjadi spermatozoa. Pada setiap hubungan seks ditumpahkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40-60 juta spermatozoa tiap cc. Bentuk spermatozoa seperti cabang yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10x kepala, mengandung energy sehingga dapat bergerak). Sebagian kematian dan hanya beberapa ratus yang mencapai tuba fallopi. Spermatozoa yang masuk ke dalam genetalia wanita dapat hidup selama 3 hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.

c. Konsepsi

Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai berikut :

1. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
2. Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk *metaphase* di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.
3. Dalam perjalanan, korona radiata berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
4. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia
5. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitas, yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa melanjutkan perjalanan menuju tubafallofi. Spermatozoa hidup selama 3 hari didalam genetalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik: hialuronidase setelah kepala spermatozoa masuk kedalam ovum.

d. Implantasi

Pembelahan berjalan terus dan di dalam morula terjadi ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berjalan, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel

trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sementara sekresi endometrium telah mungkin gembur dan makin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas primer yili korialis melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula disebut nidasi atau implantasi, terladi pada hari ke-6 sampai 7 setelah konsepsi. (Manuaba, 2010; hal 75).

3. Tanda- tanda kehamilan

Menurut Ai yeyeh rukiah, dkk (2013, dalam Prawiharjo, 2005) adalah sebagai berikut;

1. Tanda tidak pasti kehamilan

1. Amenorea

Amenorea atau tidak haid, gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Pentng diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehaamilan dan bila persalinan akan terjadi.

2. Mual dan muntah

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan, menimbulkan mual dan muntah terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang.

3. Mengidam

Mengidam (menginginkan makanan atau minum tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

4. Pingsan

Sering dijumpai bila berada pada tempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi-pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.

5. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang ductuli dan alveoli di mamae. Glandula montgomeri tampak lebih jelas.

6. Anoreksia

Anoreksia atau tidak nafsu makan pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk dua orang, sehingga kenaikan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

7. Sering buang air kecil (BAK)

Sering buang air kecil terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul, pada akhir

triwulan gejala ini bisa timbul lagi karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

8. Konstipasi/obstipasi

Obstipasi terjadi karena tonus otot menurun karena disebabkan oleh hormon steroid.

9. Leukore atau keputihan

Tanda berupa peningkatan jumlah cairan vagina dan pengaruh hormon cairan tersebut tidak menimbulkan rasa gatal, warnanya jernih dan jumlahnya tidak banyak.

2. Tanda-tanda kemungkinan hamil

1. Uterus membesar

2. Tanda hegar

Tanda hegar yaitu segmen bawah rahim melunak, pada pemeriksaan bimanual, segmen bawah rahim terasa lebih lembek tanda ini sulit di ketahui pada pasien gemuk atau abdomen yang tegang.

3. Tanda chadwick

Biasanya muncul pada minggu kedelapan dan terlihat lebih jelas pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa perubahan warna. Warna pada vagina dan vulva menjadi agak lebih merah dan kebiruan timbul karena adanya vaskularisasi pada daerah tersebut.

4. Tanda piskacek's

Uterus membesar secara simetris menjauhi garis tengah tubuh (setengah bagian terasa lebih keras dari yang lainnya), dimana uterus membesar ke salah satu jurusan sehingga menonjol ke jurusan pembesaran tersebut.

5. Tanda goodell's

Biasanya muncul pada minggu keenam dan terlihat lebih awal pada wanita yang hamil berulang tanda ini berupa servik yang menjadi lebih lunak dan jika dilakukan pemeriksaan spekulum, serviks terlihat bewarna lebih kelabu kehitaman.

6. Braxton hicks

Braxton hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang di sebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus. Braxton hicks bersifat non ritmik,tanpa disertai adanya nyeri, mulai timbul sejak kehamilan 6 minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik. Kontraksi ini baru dapat di kenali melalui pemeriksaan pelvik pada kehamilan trimester ke II dan pemeriksaan palpasi abdomen pada kehamilan TM III. (Sarwono, 2010)

3. Tanda pasti hamil

1. Terdengar DJJ

Jantung janin mulai berdenyut sejak awal minggu keempat setelah fertilisasi, tetapi baru pada usia kehamilan 20 minggu bunyi jantung janin dapat dideteksi dengan fetoskop dengan menggunakan

teknik ultrasound atau sistem doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (usia kehamilan 12-20 minggu). (Sarwono, 2010)

2. Terasa gerakan janin

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena di usia kehamilan tersebut, dinding uterus mulai menipis dan gerakan janin mulai kuat. (Sarwono, 2010).

3. Terasa Gerakan Janin

Pada kondisi tertentu, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (di hitung dari hari pertama haid terakhir). Bagian- bagian tubuh janin juga dapat di palpasi dengan mudah pada usia kehamilan 20 minggu. (Sarwono, 2010).

4. Tanda Bahaya Kehamilan

▪ Trimester I (0 – 12 minggu)

1. Perdarahan Pada Kehamilan Muda

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan,. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

✓ Abortus Iminiens

Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus, ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan (Sarwono 2010; hal 467)

✓ Abortus Insiapiens

Abortus Insiapien adalah abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran (Sarwono 2010; hal 469).

✓ Abortus Incompletus

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal (Sarwono 2010; hal 469).

✓ Abortus Kompletus

Adalah seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada hamil kurang dari 20 minggu atau berat janin 500 gram (Sarwono 2010; hal 469)

✓ Missed Abortion

Adalah abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan (Sarwono 2010; hal 470).

✓ Abortus Habitualis (*habitual abortion*)

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu (Sarwono 2010; hal 472).

▪ **Trimester II (13 – 27 minggu)**

1. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

2. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan.

3. Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah $<10,5 \text{ gr\%}$ pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.

▪ **Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13 – 27 minggu)**

1. Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan.

2. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan.

3. Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah $<10,5 \text{ gr\%}$ pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.

▪ Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (28 – 40 minggu)

1. Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal

yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatanannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.

3. Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), dan gangguan penglihatan.

4. Oedema di muka atau tangan

Oedema dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain.

5. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam).

Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi

tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*).

IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan.

6. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini.

B. Konsep Dasar Tentang Antenatal Care

1. Pengertian

Antenatal care atau asuhan antenatal adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak mulai konsepsi sampai sebelum kelahiran bayi. Asuhan antenatal secara ideal dimulai segera setelah ibu pertama kali terlambat menstruasi, untuk memastikan keadaan kesehatan ibu dan janinnya. (Serri 2013; hal 67)

2. Tujuan Antenatal Care

- a. Memantau kemajuan kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta janin.

- c. Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dalam kehamilan serta kemungkinan komplikasi yang terjadi selama masa kehamilan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berlangsung normal dan pemberian ASI eksklusif dapat berjalan lancar.
- f. Mempersiapkan ibu dan keluarga sehingga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal (Anita L 2014; hal 14)

3. Langkah-langkah Asuhan Antenatal Care

Kebijakan program yang dilakukan oleh pemerintah berkenaan dengan asuhan kehamilan yaitu dengan memberikan pelayanan/ asuhan standar minimal termasuk “14 (empat belas) T”

- a. Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1).

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

- b. Ukur Tekanan Darah (T2).

Tekanan darah yang normal 110/80 - 140/90 mmHg, bila melebihi 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya Preeklampsia.

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

Tabel 2.1. Ukuran Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

| Usia Kehamilan sesuai minggu | Jarak dari simfisis |
|------------------------------|---------------------|
| 22 – 28 Minggu | 24-25 cm |
| 28 Minggu | 26,7 cm |
| Usia Kehamilan sesuai minggu | Jarak dari simfisis |
| 32 Minggu | 31 cm |
| 30 Minggu | 29,5 – 30 cm |
| 36 Minggu | 33 cm |
| 40 Minggu | 37,7 cm |

d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan

e. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi *Tetanus Toxoid* harus segera di berikan pada saat seorang wanita hamil melakukan kunjungan yang pertama dan dilakukan pada minggu ke-4.

Tabel 2.2 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid

| Imunisasi TT | Selang Waktu minimal pemberian Imunisasi TT | Lama Perlindungan |
|--------------|---|--|
| TT1 | - | Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus |
| TT2 | 1 bulan setelah TT1 | 3 Tahun |
| TT3 | 6 bulan setelah TT2 | 6 Tahun |
| TT4 | 12 Bulan setelah TT3 | 10 Tahun |
| TT5 | 12 Bulan setelah TT4 | ≥ 25 Tahun |

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% Bumil dinyatakan Anemia, maka harus diberi suplemen 60 mg Fe dan 0,5 mg As. Folat hingga Hb menjadi 11 gr% atau lebih.

g. Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab.*) (T7)

Pemeriksaan dilakukan pada saat Bumil datang pertama kali diambil spesimen darah vena kurang lebih 2cc. apabila hasil test positif maka dilakukan pengobatan dan rujukan.

h. Pemeriksaan Protein urine (T8)

Dilakukan untuk mengetahui apakah pada urine mengandung protein atau tidak untuk mendeteksi gejala Preeklamsi.

i. Pemeriksaan Urine Reduksi (T9)

Untuk Bumil dengan riwayat DM. Bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya DMG.

j. Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk Bumil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 minggu.

k. Senam Hamil (T11)

l. Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada Bumil pendatang dari daerah malaria juga kepada bumil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

m. Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap Tumbuh kembang Manusia.

n. Temu wicara / Konseling (Nurul jannah, 2012)

4. Pemeriksaan Fisik Pada Masa Kehamilan

Pemeriksaan fisik pada kehamilan merupakan pemeriksaan yang dilakukan melalui pemeriksaan dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi), dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan pada ibu hamil dengan tepat dan benarsesuai dengan pedoman yang meliputi pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki (head to

toe), pemeriksaan Leopold I sampai IV, pemeriksaan DJJ, penghitungan usia kehamilan, dan perhitungan taksiran persalinan yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

- **Persiapan Alat**

Bidan/perawat dapat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada ibu hamil untuk mendapatkan data tentang perkembangan janin dan adaptasi fisiologis ibu terhadap kehamilan.

Adapun alat yang diperlukan adalah sebagai berikut:

1. Timbangan badan
2. Pengukur tekanan darah (tensi meter/sphygmomanometer)
3. Stetoskop
4. Termometer
5. Pen light
6. Meteran/pita
7. Leannec/doppler elektrik
8. Alat untuk mengukur lingkaran pinggul (jangka panggul)
9. Hummer
10. Sarung tangan
11. Kertas kering di tempatnya
12. Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada kom
13. Pengalas
14. Bengkok

15. Alat-alat pengendalian infeksi (PI), seperti cairan klorin 0,5 % pada 2 baskom, 2 buah waslap, tempat sampah medis dan non medis.

5. Prosedur pelaksanaan/Pemeriksaan

Setelah menyelesaikan persiapan alat, kemudian dilanjutkan dengan tindakan pemeriksaan fisik pada ibu hamil. Adapun prosedur tindakan pemeriksaan fisik ibu hamil adalah sebagai berikut :

1. Pelaksanaan/pemeriksaan Awal

- a) Sediakan pencahayaan yang cukup
- b) Mencuci tangan dengan teknik yang benar
- c) Memberitahukan ibu tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur
- d) Perhatikan tanda-tanda tubuh yang sehat

Pemeriksaan pandang dimulai semenjak bertemu dengan ibu.

Perhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalannya. Apakah cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau pincang dan sebagainya. Lihat dan nilai kekuatan ibu ketika berjalan, apakah ia tampak kuat atau lemah.

- e) Inspeksi muka ibu apakah ada cloasma gravidarum, pucat pada wajah dan pembengkakan pada wajah. Periksa adanya bengkak pada ekstremitas tangan dan kaki. Daerah lain yang dapat diperiksa adalah kelopak mata.

2. Pelaksanaan/pemeriksaan lanjutan

- a) Meminta ibu mengganti baju (kalau tersedia)

- b) Menganjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
- c) Melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan

Timbanglah berat badan ibu pada setiap pemeriksaan kehamilan, bila tidak tersedia ditimbang perhatikan apakah ibu bertambah berat badannya. Berat badan ibu hamil biasanya naik sekitar 9-12 kg selama kehamilan. Kenaikan berat badan ini sebagian besar diperoleh terutama pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Kenaikan berat badan ini menunjukkan bahwa ibu cukup makanan. Bila kenaikan berat badan kurang dari 5 kg atau lebih dari 12 kg pada kehamilan 28 minggu menandakan adanya ketidaknormalan, maka perlu dirujuk. Tinggi dan berat badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Bila tidak tersedia alat ukur tinggi badan maka bagian dari dinding dapat ditandai dengan ukuran sentimeter. Bila tinggi badan ibu kurang dari 145 atau tampak pendek dibandingkan dengan rata-rata ibu, maka persalinan perlu diwaspadai, rumus kenaikan berat badan ibu selama kehamilan adalah sebagai berikut :

1. 10 minggu : minimal 400 g
2. 20 minggu : minimal 4.000 g
3. 30 minggu : minimal 8.000 g
4. Mulai usia kehamilan trimester ke-2 (13 minggu) naik 500 g per minggu.

- d) Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur (meteran)

- e) Lakukan pengukuran tanda-tanda vital ibu yang meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, pernafasan, dan suhu. Pastikan bahwa ibu sudah istirahat minimal 30 menit setelah kedatangan atau sebelum dilakukannya pemeriksaan tanda-tanda vital. Hal ini bertujuan agar hasil yang didapatkan sesuai dengan kondisi ibu yang sebenarnya.
- f) Tekanan darah pada ibu hamil biasanya tetap normal, kecuali bila ada kelainan. Bila tekanan darah mencapai 140/90 mmHg atau lebih, maka mintalah ibu berbaring miring kesebelah kiri dan mintalah ibu bersantai sampai terkantuk. Setelah 20 menit beristirahat, ukurlah tekanan darahnya. Bila tekanan darah tetap tinggi, maka hal ini menunjukkan ibu pre-eklampsia dan harus dirujuk, serta perlu diperiksa kehamilannya lebih lanjut (tekanan darah diperiksa setiap minggu). Ibu dipantau secara ketat dan dianjurkan ibu merencanakan persalinan di rumah sakit.
- g) Lakukan pengukuran panggul dengan jangka panggul. Pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama primigravida perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan.
- h) Pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki
- Pemeriksaan fisik pada ibu kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan pandang (inspeksi), meraba (palpasi), mendengar (auskultasi), dan mengetuk (perkusi). Pemeriksaan dilakukan dari

ujung rambut sampai ke ujung kaki, yang dalam pelaksanaannya dilakukan secara sistematis atau berurutan.

Pada saat pemeriksaan pada daerah dada dan perut, baik pemeriksaan inspeksi, palpasi, dan auskultasi dilakukan secara berurutan dan bersamaan sehingga tidak adanya kesan membuka tutup baju ibu dan akhirnya dapat menimbulkan ketidaknyamanan.

Berikut ini akan diuraikan pemeriksaan obstetrik terhadap ibu hamil mulai dari kepala sampai kaki adalah :

a. Lihatlah wajah atau muka ibu

Adakah cloasma gravidarum, pucat pada wajah atau pembengkakan pada wajah. Pucat pada wajah, konjungtiva, dan kuku menandakan bahwa ibu menderita anemia, sehingga memerlukan tindakan lebih lanjut. Bila terdapat bengkak di wajah, periksalah apakah ada bengkak juga pada tangan dan kaki.

b. Periksa dasar kulit kepala dan rambut ibu hamil (tekstur, warna, kerontokan, dan lesi). Memeriksa keadaan muka ibu hamil (edema, kuning atau memar, hiperpigmentasi, atau cloasma gravidarum)

c. Inspeksi sklera dan konjungtiva ibu hamil (menyeluruh ibu melihat ke atas saat jari pemeriksa menarik kelopak mata ke arah bawah)

d. Periksa lubang hidung ibu hamil menggunakan penlight (lihat apakah ada septum deviasi, polip, perdarahan dan sekret)

- e. Periksa kondisi sinus dengan perkusi ringan di daerah sinus, menggunakan jari (sambil menanyakan ke ibu apakah terasa sakit dan lihat permukaan kulit muka dibagian sinus apakah kemerahan).
- f. Periksa liang telinga ibu dengan menggunakan pen light (lihat kebersihan dan adanya serumen) lakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran dengan tes berbisik.
- g. Periksa rongga mulut, lidah dan gigi yang tanggal, gigi yang berlubang, serta karies gigi. Selain dilihat pemeriksa juga perlu mencium adanya bau mulut yang menyengat.
- h. Periksa kelenjar getah benih di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran)
- i. Periksa kelenjar tiroid dengan 3 jari kedua tangan pada kedua sisi trakea sambil berdiri di belakang ibu. Anjurkan ibu menelan dan merasakan benjolan yang teraba saat ibu menelan.
- j. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop
- k. Periksa payudara ibu (ukuran simetris, puting susu menonjol, atau masuk ke dalam, retraksi dada, nodul aksila, hiperpigmentasi areola dan kebersihan). Lihat dan raba payudara dan perhatikan pengeluaran apakah ASI sudah keluar atau belum.
- l. Periksa colostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya.

m. Letakkan tangan ibu ke arah kepala perhatikan dan raba kelenjar di daerah aksila kanan dan lanjutkan dengan aksila kiri dengan teknik yang sama untuk mengetahui pembesaran kelenjar getah bening.

n. Pasang pakaian ibu bagian atas dan buka pakaian daerah perut ibu

o. Lakukan inspeksi atau palpasi pada dinding abdomen

Perhatikan apakah perut simetris atau tidak, raba adanya pergerakan janin, apakah terjadi hiperpigmentasi pada abdomen atau line nigra atau tidak, dan apakah terdapat luka bekas operasi, varises, jaringan perut atau tidak.

p. Melakukan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di fundus

1) Periksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap ke arah kepala ibu

2) Kedua telapak tangan pemeriksaan diletakkan pada puncak fundus uteri

3) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong)

q. Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan kehamilan

Perkiraan tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan :

1. 20 minggu : 20 cm

2. 24 minggu : 24 cm

3. 32 minggu : 32 cm

4. 36 minggu : 34-36 cm

Pada setiap kunjungan, tinggi fundus uteri perlu diperiksa untuk melihat pertumbuhan janin normal, terlalu kecil atau terlalu besar.

r. Melakukan pemeriksaan Leopold II

- 1) Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut ibu dan lakukan tekanan yang lembut tetapi cukup dalam meraba dari kedua sisi
- 2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan ibu, menghadap kepala ibu
- 3) Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun ke bawah sampai di samping kiri dan kanan umbilikus
- 4) Secara perlahan geser jari-jari dari satu sisi untuk menentukan pada sisi mana terletak punggung, lengan dan kaki janin
- 5) Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya

s. Melakukan pemeriksaan Leopold III untuk menentukan bagian janin yang berada pada bagian terbawah. cara melakukannya adalah :

- 1) Lutut ibu dalam posisi fleksi
- 2) Bagian terendah janin di cekap di antara ibu jari dan telunjuk kanan
- 3) Tentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan apakah bagian tersebut sudah mengalami engagement atau belum

t. Melakukan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan presentasi dan engagement (sampai seberapa jauh derajat desensus janin dan mengetahui seberapa bagian kepala janin masuk ke pintu atas panggul).

Cara melakukannya:

- 1) Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu. Kedua lutut ibu masih pada posisi fleksi

- 2) Letakkan kedua telapak tangan pada bagian bawah abdomen dan coba untuk menekan ke arah pintu atas panggul.
- u. Perhatikan adanya varises pada ekstremitas bawah kanan dan kiri ibu. Lihat dan raba bagian belakang betis dan paha, catat adanya tonjolan kebiruan dari pembuluh darah
- v. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya edema.
- (Hutahaean serri, 2013. *Asuhan Antenatal*. Salemba Medika. Jakarta : hal 176-186).

C. Konsep Dasar Tentang Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan cadangan karbohidrat habis dipakai untuk keperluan energi, sehingga pembakaran tubuh beralih pada cadangan lemak dan protein. Karena pembakaran lemak kurang sempurna terbentuklah badan keton didalam darah yang dapat menambah beratnya gejala klinik (Manuaba, 2010; hal 229)

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai umur kehamilan 20 minggu sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum yang mengganggu pekerjaan sehari-hari (Sarwono, 2010; hal 815)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi (Mochtar, 2011)

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan yang terjadi pada wanita hamil sehingga menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar ketosis, dan kekurangan nutrisi (Nengah, 2010; hal 8)

2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum

Etiologi hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti, tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor predisposisi (Manuaba, 2010; hal 230)

- Faktor adaptasi dan hormonal

Pada wanita hamil dengan anemia, wanita primigravida yang dimana hormon estrogen dan karionik gonadotropin, molahidatidosa dan kehamilan kembar jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan terjadi hiperemesis gravidarum.

- Faktor psikologis

Besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami .

- Faktor alergi

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

3. Klafikasi dan Gejala Hiperemesis Gravidarum

Secara klinis, hiperemesis gravidarum dibedakan menjadi 3 tingkatan, yaitu

a) Tingkat I

- Muntah yang terus-menerus
- Nafsu makan berkurang
- Berat badan menurun
- Nyeri epigastrium
- Muntah pertama keluar makanan
- Keluar lendir dan cairan sedikit ada cairan empedu
- Nadi meningkat sampai 100/i dan
- Tekanan darah sistolik menurun
- Mata cekung dan lidah kering
- Turgor kulit berkurang.

b) Tingkat II

- Gejala lebih berat
- Segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan
- Haus hebat
- Nadi lebih dari 100 – 140 kali permenit
- Tekanan darah sistolik kurang dari 80 mmHg
- Apatis
- Kulit pucat, lidah kotor, aseton
- Berat badan cepat menurun

c) Tingkat III

- Gangguan kesadaran
- Muntah berkurang atau berhenti

- Terjadi ikterus
- Sianosis
- Gangguan jantung, bilirubin
- Proteinuria dalam urin (Sarwono, 2010; hal 816)

4. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum

- Amenorea yang disertai muntah hebat (segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan), pekerjaan sehari-hari terganggu dan haus hebat
- Fungsi vital : nadi meningkat 100 kali per menit, tekanan darah menurun pada keadaan berat, subfebril dan gangguan kesadaran (apatis-koma)
- Fisik : dehidrasi, keadaan berat, kulit pucat, ikterus, sianosis, berat badan menurun, porsio lunak pada vaginal touche, uterus besar sesuai besarnya kehamilan
- Laboratorium : kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit, benda keton dan protein uria (Sarwono, 2010; hal 816)

5. Gejala Klinis

Muntah yang menimbulkan gangguan kehidupan sehari-hari dan dehidrasi memberikan petunjuk bahwa wanita hamil telah memerlukan rawatan intensif (Manuaba, 2010; hal 230)

Hiperemesis terjadi pada kehamilan trimester pertama gejala klinik yang sering dijumpai nausea, muntah, penurunan berat badan, tanda-tanda

dehidrasi. Pemeriksaan laboratorium dapat dijumpai hipokalemia, dan peningkatan hematokrit (Sarwono, 2010; hal 816)

6. Risiko

- Maternal
 - Diplopia atau seseorang melihat dua tampilan dari satu objek
 - Palsi nervus
 - Nistagmus atau gerakan mata yang cepat dari kiri kekanan atau keatas kebawah
 - Ataksia kegagalan otot-otot dalam mengendalikan tangan dan kaki sehingga menyebabkan gangguan keseimbangan.
- Kejang Fetal
 - Penurunan berat badan yang kronis akan meningkatkan kejadian gangguan pertumbuhan janin dalam rahim(Sarwono, 2010; hal 817)

7. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum

Dampak yang di timbulkan dapat terjadi pada ibu dan janin, seperti 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 asam basa gastroesofagi yang menyebabkan peredaran rupture esophagus, kerusakan hepar dan kerusakan ginjal, ini akan memberikan pengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan janin karena nutrisi yang tidak terpenuhi atau tidak sesuai dengan kehamilan yang mengakibatkan peredaran darah

janin berkurang. Pada bayi dengan ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum yang lebih lanjut, maka kemungkinan mengalami (Rukiyah dan yulianti, 2010):

a. Abortus

Abortus adalah pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram. Abortus spontan adalah penghentian kehamilan sebelum janin mencapai viabilitas (usia kehamilan 22 minggu).

b. Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT)

Pertumbuhan janin terhambat adalah terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, sehingga beberapa parameter janin berada dibawah 10 persentil (<2 SD) dari umur kehamilan yang seharusnya. (Panduan praktis ilmu kebidanan)

c. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

BBLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir .

d. Prognosis

Dengan penanganan yang baik prognosis Hiperemesis gravidarum sangat memuaskan. Penyakit ini biasanya dapat membatasi diri, namun demikian pada tingkatan yang berat, penyakit ini dapat mengancam jiwa ibu dan janin.

8. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

1. Penatalaksanaan Menurut (Sarwono, 2010; hal 819)

- a. Untuk keluhan hiperemesis gravidarum yang berat pasien dianjurkan untuk dirawat dirumah sakit dan membatasi pengunjungan
- b. Stop makanan per oral 24 – 48 jam
- c. Infus glukosa 10% atau 5 % : RL = 2 : 1, 40 tetes permenit
- d. Obat
- ✓ Vitamin B1, B2, dan B6 asing-masing 50 – 100 mg/hari/infus
 - ✓ Vitamin B12 200 µg/hari/infus, vitamin C 200 mg/hari/infus
 - ✓ Fenobarbital 30 mg IM 2 – 3 kali per hari atau klopromazin 25 – 50 mg/hari IM atau diperelukan diazepam 5 mg 2 – 3 kali per IM
 - ✓ Antiemetik: prometazin 2 – 3 kali 25 mg per hari per oral atau perklorperazin (stemil) 3 kali 3 mg per hari per oral atau mediamer B6 3 kali 1 per hari per oral
 - ✓ 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 per oral.
- e. Diet sebaiknya meinta advis ahli gizi
- ✓ Diet hiperemesis I berupa makanan roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1 – 2 jam sesudahnya dan vitamin C
- f. Rehidrasi dan Suplemen vitamin yaitu cairan (NaCl 0,9 %). Suplemen tiamin diberikan secara oral 50 atau 150 mg atau 100 mg dilarutkan dalam 100 cc NaCl

g. Antiemesis tidak dijumpai adanya teratogenitas dengan menggunakan dopamin antagonis (metoklopramid, domperidon), fenotiazin (klorpromazin, proklorperazin), antikolinergik (disiklomin) (Sarwono, 2010; tahun 819)

2. Penanganan terhadap Hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan, mengajurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman sebaiknya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.

a. Obat-obatan.

Sedativa yang sering digunakan adalah Phenobarbital. Vitamin yang dianjurkan Vitamin B1 dan B6. Keadaan yang lebih berat diberikan antiemetik seperti Disiklomin hidrokloride atau Klorpromasin. Anti histamin ini juga dianjurkan seperti Dramamin, Avomin.

b. Isolasi.

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang tetapi cerah dan peredaran udara yang baik. Tidak diberikan makan/minuman selama 24 -28 jam. Kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

c. Terapi psikologik.

Perlu diyakinkan pada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan yang berat serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.

d. Cairan parenteral.

Berikan cairan- parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan Glukosa 5% dalam cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter per hari. Bila perlu dapat ditambah Kalium dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C. Bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intra vena.

e. Penghentian kehamilan

Pada sebagian kecil kasus keadaan tidak menjadi baik, bahkan mundur. Usahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatri bila keadaan memburuk. Delirium, kebutaan, tachikardi, ikterus anuria dan perdarahan merupakan manifestasi komplikasi organik. Dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Keputusan untuk melakukan abortus

terapeutik sering sulit diambil, oleh karena di satu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi dilain pihak tak boleh menunggu sampai terjadi gejala ireversibel pada organ vital.

f. Diet

- Diet hiperemesis I Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang dalam semua zat - zat gizi, kecuali vitamin C, karena itu hanya diberikan selama beberapa hari.
- Diet hiperemesis II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan makanan yang bernilai gizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan. Makanan ini rendah dalam semua zat-zat gizi kecuali vitamin A dan D.
- 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 (Nengah Runiari, 2010)

Tabel 2.3. Komposisi Gizi Yang Dianjurkan Pada Ibu Dengan Hiperemesis

| Nilai Gizi | Diet Hiperemesis I | Diet Hiperemesis II | Diet Hiperemesis III |
|-----------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| Energi (kkal) | 1100 | 1700 | 2300 |
| Protein (g) | 15 | 57 | 73 |
| Lemak (g) | 2 | 33 | 59 |
| Karbohidrat (g) | 259 | 293 | 368 |
| Kalsium (mg) | 100 | 300 | 400 |
| Besi (mg) | 9,5 | 17,9 | 24,3 |
| Vitamin A (RE) | 542 | 2202 | 2270 |

| | | | |
|----------------|-----|-----|-----|
| Tiamin (mg) | 0,5 | 0,8 | 1 |
| Vitamin C (mg) | 283 | 199 | 199 |
| Natrium (mg) | - | 267 | 362 |

Tabel 2.4. Komposisi Bahan Makanan atau Menu Dalam Sehari Diet Hiperemesis tingkat I

| Waktu | Bahan Makanan | Ukuran Rumah Tangga (URT) |
|-------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Pukul 08:00 | Roti panggang Selai | 2 iris 1 sdm |
| Pukul 10:00 | Air jeruk Gula Pasir | 1 gls 1 sdm |
| Pukul 12:00 | Roti panggang Selai Papaya | 2 iris 1 sdm 2 potong |
| Pukul 14:00 | Air jeruk | 1 gelas |
| Pukul 16:00 | Pepaya | 1 potong |
| Waktu | Bahan Makanan | Ukuran Rumah Tangga (URT) |
| Pukul 18:00 | Roti panggang Selai Pisang | 2 iris 1 sdm 1 buah |

Tabel 2.5. Komposisi Bahan Makanan atau Menu Dalam Sehari Diet Hiperemesis II dan III

| Pukul | Bahan makanan | Hiperemesis II Ukuran rumah Tangga (URT) | Hiperemesis III Ukuran rumah Tangga (URT) |
|----------------|---|--|---|
| Pagi 10:00 | Roti Telur ayam Margarine Selai Buah Biscuit | 2 iris 1 butir ½ sdm 1 sdm 1 potong - | 2 iris 1 butir ½ sdm 1 sdm 1 potong 2 buah |
| Siang 16:00 | Beras Daging Tahu Sayuran Buah | 1 mangkok nasi 1 potong ½ potong ½ mangkok 1 ptong | 1 ½ mangkok nasi 1 potong 1 mangkok 1 potong 2 buah |

| | | | |
|--------------------|--|---|---|
| | Biscuit Agar Susu | 2 buah - - | ½ sdm 1 gelas |
| Malam 20:00 | Beras Ayam Tempe Sayuran Buah Roti Selai | 1 gelas 1 potong 1 potong ½ mangkok 1 potong 2 iris 1 sdm | ½ gelas 1 potong 2 potong ½ mangkok 1 potong 2 iris 1 sdm |

9. Landasan Hukum

1. Pasal 14 (Peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010)

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kebidanan
- b. Pelayanan keluarga berencana
- c. Pelayanan kesehatan masyarakat.

2. Pasal 15 (Peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010)

- 1) Pelayanan kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf a ditujukan kepada ibu dan anak.
- 2) Pelayanan kepada ibu diberikan pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui dan masa antara (periode interval).
- 3) Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah.

3. Pasal 16 (Peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010

1) Pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi :

- a. Penyuluhan dan konseling
- b. Pemeriksaan fisik
- c. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
- d. Pertolongan pada kehamilan abnormal yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preeklamsi ringan dan anemi ringan.
- e. Pertolongan persalinan normal
- f. Pertolongan persalinan abnormal, yang mencakup letak sungsang, partus macet kepala di dasar panggul, ketuban pecah dini (KPD) tanpa infeksi, perdarahan post partum, laserasi jalan lahir, distosia karena inersia uteriprimer, post term dan pre eterm
- g. Pelayanan ibu nifas normal
- h. Pelayanan ibu nifas abnormal yang mencakup retensio plasenta, renjatan dan infeksi ringan
- i. Pelayanan dan pengobatan pada kelainan ginekologi yang meliputi keputihan, perdarahan tidak teratur dan penundaan haid.

2) Pelayanan kebidanan kepada anak meliputi :

- a. Pemeriksaan bayi baru lahir
- b. Perawatan tali pusat
- c. Perawatan bayi
- d. Resusitasi pada bayi baru lahir

- e. Pemantauan tumbuh kembang anak
- f. Pemberian imunisasi
- g. Pemberian penyuluhan.

4. Pasal 17 (Peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010)

Dalam keadaan tidak terdapat dokter yang berwenang pada wilayah tersebut, bidan dapat memberikan pelayanan pengobatan pada penyakit ringan bagi ibu dan anak sesuai dengan kemampuannya.

5. Pasal 18 (Peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010)

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 berwenang untuk :

- a. Memberikan imunisasi
- b. Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas
- c. Mengeluarkan placenta secara manual
- d. Bimbingan senam hamil
- e. Pengeluaran sisa jaringan konsepsi
- f. Episiotomi
- g. Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat II
- h. Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm
- i. Pemberian infus
- j. Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa
- k. Kompresi bimanual
- l. Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya

- m. Vacum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul
- n. Pengendalian anemi
- o. Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu
- p. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
- q. Penanganan hipotermi
- r. Pemberian minum dengan sonde /pipet
- s. Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembaran permintaan obat sesuai dengan Formulir VI terlampir.

SOP / PROTAP HYPEREMESIS GRAVIDARUM

| STANDAR PELAYANAN MEDIS | |
|-------------------------|--|
| Definisi | Adalah keadaan dimana penderita muntah-muntah yang berlebihan lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat, sehingga mengganggu kesehatan penderita |
| Kriteria Diagnosa | <ul style="list-style-type: none"> • Muntah-muntah yang sering sekali • Perasaan tenggorokan kering dan halus • Kulit dapat menjadi kering (tanda dehidrasi) • Berat badan turun dengan cepat • Pada keadaan yang berat timbul ikterus dan gangguan saraf. |
| Diagnosa Banding | Hepatitis dalam kehamilan |
| Pemeriksaan penunjang | <ul style="list-style-type: none"> • Urine • Liver fungsi |
| Standar tenaga | Dokter Umum, Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan |
| Perawatan RS | Segera |
| Terapi | <ul style="list-style-type: none"> • Segera penderita dirawat, berikan cairan per infus (glucose 5 – 10 % dan NaCL fisiologik) • Obat anti emetik, intra muskuler atau per infus. Penderita dipuaskan sampai muntah telah berkurang, diukur jumlah muntah (cairan yang dimuntahkan) dan cairan yang diberikan dan diuresis dalam |

| | |
|--------------------------------|---|
| | 24 jam. Ukur balans cairan setiap hari. |
| Penyulit | <ul style="list-style-type: none"> • Bila tidak berat tidak ada • Bila berat: dehidrasi, gangguan fungsi hepat dan febris. |
| Informed Consent | Perlu |
| STANDAR PELAYANAN MEDIS | |
| Lama Perawatan | • Ringan : 7 hari |
| Masa Pemulihan | Sampai usia kehamilan tinggal 4 minggu |
| Referensi | <ol style="list-style-type: none"> 1. lab/bag ilmu kebidanan dan penyakit kandungan RSUD dr Soetomo Surabaya. Pedoman diagnosis dan terapi Edisi III 2008 2. Cunningham MD MacDonal PC Gamt NF Hypertensiv disorder in pregnancy. William obstetric 20th Ed 718-723, 1997 |

D. Proses Manajemen Kebidanan

1. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen Kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Langkah – langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur dalam mengambil keputusan klinis untuk mengatasi masalah (Hani Umi, 2014 ; hal 85)

2. Tahapan dalam Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut :

Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan

mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- a. Riwayat kesehatan
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
- c. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya,
- d. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti

diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya pelihidramnion, besar dari masa kehamilan,

ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuatan uterus yang berlebihan.

Pada masa kehamilan, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya masalah pada masa kehamilan dan juga kebutuhan untuk janin. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan terjadinya dehidrasi yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya angka kematian ibu dan peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

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

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam

persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, memberikan penkes tentang pola asupan nutrisi yang cukup pada ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum tingkat I). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang bidan, misalnya dalam memberikan diet ibu. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan kata lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain.

Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-

langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

2. Metode Pendokumentasian Kebidanan

1. Dokumentasi kebidanan

Dokumentasi kebidanan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lain)

2. Manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian / tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien

(Varney,1997)

3. Metode Pendokumentasian SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam ” P “ sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

4. Prinsip dokumentasi SOAP

SOAP merupakan singkatan dari :

S : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnese (apa yang dikatakan klien). Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup) Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data dibelakang ” S ” diberi tanda ” 0 ” atau ” X ” ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung assessment (Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan setelah melakukan pemeriksaan).

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda keadaan umum, vital sign, fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

A : Assesment

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan (kesimpulan apa yang telah dibuat dari data S dan O)

Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan

pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

1. Diagnosa / masalah

Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien : hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir . Berdasarkan hasil analisa data yang didapat. Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan/kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

3. Antisipasi masalah lain / diagnosa potensial

P : Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan Assesment (rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut).

SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P" sedangkan Perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

Didalam Planning dapat berisikan tentang :

1. Konsul
2. Tes diagnostic / laboratorium
3. Rujukan
4. Pendidikan konseling
5. Follow Up
6. Pendokumentasian asuhan kebidanan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan metode studi kasus yang melihat fenomena kejadian perbedaan atau persamaan membandingkan antara teori dengan praktek pada manajemen suhan kebidanan dengan hiperemesis gravidarum tingkat I “Studi kasus ini dilakukan pada Asuhan Kebidanan pada ibu Hamil Ny.K umur 26 tahun GIPIAo Usia Kehamilan 12 minggu 2 hari dengan Hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha febuari 2017”.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Pratama Bertha, Jl. Pancing, Pasar IV Mabar, Pada tanggal 25 Februari 2017.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus ini penulis mengambil subyek yaitu Ny. K umur 26 tahun GIIPIA0 dengan Hiperemesis Gravidarum tingkat I di Klinik Pratama Bertha 25 Februari Tahun 2017 sehingga penulis unggul dalam kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

D. Metode Studi Kasus

Pada kasus ini metode yang digunakan dalam pengkajian, interpretasi data dasar, identifikasi masalah potensial, tindakan segera, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dalam penerapan manajemen asuhan kebidanan 7 langkah varney.

E. Waktu Studi Kasus

Waktu studi kasus adalah waktu yang digunakan penulis untuk pelaksanaan laporan kasus. Pelaksana asuhan kebidanan ini dilakukan pada tanggal 25 febuari 2017

F. Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini yang digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data antara lain:

1. Data Primer

a. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi dapat berupa pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

penunjang. Observasi pada kasus ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum tingkat I dilakukan untuk mengetahui keadaan umum.

✓ Pemeriksaan Umum : Observasi Vital Sign (TTV), keadaan umum, berat badan, tinggi badan, lingkar lengan.

✓ Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui keadaan fisik pasien secara sistematis dengan cara :

- **Inspeksi**

Inspeksi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna, bentuk, posisi, simetris. Inspeksi pada kasus ini dilakukan secara berurutan mulai dari kepala sampai ke kaki.

- **Palpasi**

Palpasi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba tangan dan jari dalam hal ini palpasi dilakukan untuk memeriksa keadaan fundus uteri dan kontraksi uterus. Pada kasus ini pemeriksaan palpasi meliputi nadi dan tinggi fundus uteri.

- **Perkusi**

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk bagian tubuh kiri dan kanan dengan tujuan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, dan konsistensi

jaringan. Pada kasus ini dilakukan pemeriksaan reflex patella kanan dan kiri.

- **Auskultasi**

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop. Pada kasus ini pemeriksaan auskultasi meliputi: pemeriksaan tekanan darah (TD).

b) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden) atau berbicara berhadapan muka dengan orang tersebut. Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan ibu Hamil Ny. K G_{II}P_I A₀ umur 26 tahun dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Pratama Bertha.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data penunjang untuk mengidentifikasi masalah dan untuk melakukan tindakan. Data sekunder ini dapat diperoleh dengan mempelajari kasus atau dokumentasi pasien serta catatan asuhan kebidanan dan studi perpustakaan.

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi atau pun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus masa hamil dengan hiperemesis gravidarum tingkat I diambil dari catatan status pasien di Klinik Pratama Bertha.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan- bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi penelitian. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2007-2017.

G. Alat – alat dan Bahan yang digunakan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain:

1. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi:

- a. Tensimeter
- b. Stetoskop
- c. Thermometer
- d. Timbangan berat badan
 - Alat pengukur tinggi badan
 - Pita pengukur lingkaran lengan atas
 - Refleks hammer

2. Wawancara

Alat dan bahan untuk wawancara:

- a. Format pengkajian ibu nifas
- b. Buku tulis
- c. Bolpoin+ Penggaris

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medis

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL NY. K UMUR 26 TAHUN

GIPIA0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 2 HARI DENGAN

HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I

DI KLINIK BERTHA 2017

Tanggal Masuk : 25-02-2017

Tanggal pengkajian : 25-02-2017

Jam masuk : 15.10 Wib

Jam pengkajian : 15.20 Wib

Tempat : Klinik Bertha

Pengkaji : Sentry Girsang

1. Pengumpulan Data

A.Data Subjektif

Identitas Pasien

Nama Ibu : Ny.K

Nama Suami :Tn. H

Umur : 26 tahun

Umur :28 tahun

Agama : Islam

Agama :Islam

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Suku/Bangsa :Jawa/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat : Jln. S. Tengah
gg. Bersama

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jln. S. Tengah
gg. Bersama

2. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Keluhan-keluhan : Mual-muntah yang di alami ± 8 kali sehari,
pusing, dan Letih dan tidak dapat melakukan kegiatan rumah tangga seperti
biasanya.

2. Riwayat mentruasi

Menarche : 12 tahun

Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 3-4 hari

Banyaknya : 2-3x ganti doek/hari

Dismenorea : Tidak Ada

Teratur/tidak teratur : Teratur

Sifat darah : Encer

3. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu (GII PI AO)

Tabel 6. Riwayat Kehamilan lalu

| A n a k K | T.l ahi r/ U mu | U k | Jenis Pesa Lina n | T. Pers a linan | Peno long | Kompilaksi | | Bayi | | Nifas | |
|-----------------------|-----------------------------|--------|----------------------------|--------------------------|--------------|------------|-----|------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | | Bayi | Ibu | PB/ BB/J K | Kea daan | keada an | Lakt asi |

| | | | | | | | | | | | |
|----|------------------------|---------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------------|------|------|------|
| e | r | | | | | | | | | | |
| I | 09/ 11/ 20 13 | at er m | Nor mal | Klin ik | Bida n | Tdk Ada | Tdk ada | 48/3, 2 /Pr | Baik | Baik | baik |
| II | | H | A | M | I | L | | | I | N | I |

4. Riwayat kehamilan sekarang

a. Tanda-tanda kehamilan

Amenorea : Ya

Mual-muntah : Ada

HPHT : 21 - 11- 2016

Tes kehamilan : Ya tanggal : 15 - 01- 2017

Hasil tes kehamilan : Positif

HPL : 28 - 09 - 2017

Pergerakan janin pertama kali : Belum ada

Keluhan : Mual-Mual

ANC : 3 kali dengan bidan teratur : Ya

Imunisasai : - kali, Tanggal :-

b. Diet/makan

- Sebelum hamil:

Pola makan dalam sehari : 3 kali sehari
Jenis makanan sehari-hari : Nasi+lauk+sayur
Banyaknya : 1 porsi
Jenis minuman : Air putih
Banyaknya : 6 – 8 gelas/hari

- Saat hamil:

Pola makan dalam sehari : 3 kali sehari
Jenis makanan sehari-hari : Nasi+lauk+sayur
Banyaknya : ½ porsi
Jenis minuman : Air putih
Banyaknya : 7 – 8 gelas/hari

Keluhan :

Ibu mengeluh setiap habis makan, makanan yang di masukkan selalu di muntahkan,karakteristik muntah yaitu makanan campur lendir beserta sedikit cairan empedu.

5. Pola eliminasi

Sebelum hamil :

BAK : 4x/hari, Konsistensi : Cair, Warna : Kuning Jerami

BAB: 1x/hari, Konsistensi : Lembek., Warna : Kecoklatan

Sesudah hamil :

BAK : 6 x/hari, Konsistensi : Cair, Warna : Kuning Jerami

BAB: 1x/hari, Konsistensi : Lembek, Warna : Kecoklatan

6. Aktivitas sehari-hari :

Pola istirahat dan tidur:

Tidur siang : 1-2 jam

Tidur malam : 5-6 jam

Keluhan : Ibu mengatakan selama hamil pola tidurnya terganggu karena sering muntah

Seksualitas : Tidak ada

Pekerjaan : Melakukan pekerjaan rumah tangga

7. Kontrasepsi yang pernah di gunakan: -

8. Perilaku kesehatan

Penggunaan alkohol dan sejenisnya : Tidak ada

Mengonsumsi jamu : Tidak ada

Merokok : Tidak ada

Menggunakan obat telarang : Tidak ada

9. Riwayat penyakit sistematik yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma/TB paru : Tidak ada

Hepatiti : Tidak ada

DM : Tidak ada

Hipertensi : tidak ada

Epilepsi : Tidak ada

DII : Tidak ada

10. Riwayat penyakit keluarga

Jantung : Tidak ada

Hipetensi : Tidak ada

DM : tidak ada

11. Riwayat sosial ekonomi dan psikologi

Status perkawinan : Sah Kawin : 1 kali

Lama nikah : 4 tahun Menikah pertama umur : 21 tahun

Kehamilan ini di rencanakan/~~tidak di rencanakan~~

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan dan persalinan : Cemas

Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah : Suami

Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah Sakit

3. Data objektif

1. Pemeriksaan umum:

Tanda-tanda kehamilan

Tekanan darah : 90/70 mmHg

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 20x/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan hamil : 55 kg, BB turun 2 kg sehingga BB ibu 53 kg

Tinggi badan : 155 cm

LILA : 24 cm

2. Pemeriksaan fisik

Inspeksi

a. Postur tubuh : Lordosis

b. Kepala

Muka : Simetris

Cloasma : Tidak ada Oedema : Tidak ada

Mata : Cekung Conjungtiva : Pucat

Sclera : Sedikit ikterus

Hidung : Bersih Polip : Tidak ada pembengkakan

Gigi dan mulut : Gigi ada sedikit kotoran, tidak ada caries

c. Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

d. Payudara

Bentuk simetris : Ya

Keadaan puting susu : Menonjol

Aerola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Tidak ada

Papasi :

Benjolan : Tidak ada

e. Ekstermitas

Tangan dan kaki

Simetris / tidak : Ya

Oedema pada tungkai bawah : Tidak

Varices : Tidak ada

Pergerakan aktif : Aktif

Keadaan kulit tangan : Kering

f. Abdomen

Inspeksi

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak: ya

Linea nigra : Ada

Bekas luka/operasi : Tidak ada

Palpasi

TFU : Tidak dilakukan

Leopod I : Tidak dilakukan

Leopod II : Tidak dilakukan

Leopod IV : Tidak dilakukan

TBJ : Tidak dilakukan

Kontraksi : Belum ada

Kandung kemih : Kosong

Auskultasi :

DJJ

Frenkuensi : Tidak dilakukan

Puncum maksimum : Tidak dilakukan

Perkusi

CVAT : Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan panggul

Lingkar panggul : Tidak dilakukan

Distosia cristarum : Tidak dilakukan

Distosia spinarum : Tidak dilakukan

Conjungata bourdeloque : Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan genetalia

Varices : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

Pembesaran kelenjar bartholini: Tidak ada

Pengeluaran pervaginam : Tidak ada

Bekas luka/jahitan perineum : Tidak ada

Anus : Tidak ada haemoroid

Uji Diagnostik (Pemeriksaan Penunjang)

Pemeriksaan laboratorium:

- Golongan darah : Tidak ada

- Hb : Tidak ada

Pemeriksaan urine

a. Protein urine : Tidak ada

b. Glukosa urine : Tidak ada

B. Interpretasi Data Dasar, diagnosa, masalah dan kebutuhan

Diagnosa : Ibu hamil GII PI A0, usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan
hiperemesis gravidarum tingkat I

Data dasar:

DS:

- Ibu mengatakan berat badan saat hamil 55 kg
- Ibu mengeluh merasa lemas.
- Ibu mengatakan masih mual dan sering muntah.
- Ibu mengeluh tidak mempunyai nafsu makan
- Ibu mengatakan oerut sebelah kiri sakit
- Ibu mengatakan aktivitas rumah tangga tidak dapat dilakukannya

DO:

- usia kehamilan 12 minggu 2 hari

- Pemeriksaan umum : lemah

Tekanan darah : 90/70 mmHg

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36,5⁰C

Respirasi : 20x/menit

Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan turun hamil : 2 kg

Tinggi badan : 155 cm

LILA : 24 cm

Masalah : Mual, muntah berlebih, badan lemas, dan tidak ada nafsu makan

Kebutuhan : Therapy dan cairan

C. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Pontensial

Ibu : Hipermesis gravidarum tingkat II/III

Bayi : IUGR, Abortus

D. Identifikasi Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemberian obat

E. Intervensi

Tanggal Masuk : 25-02-2017

Oleh : Sentry Girsang

| No | Intervensi | Rasional |
|----|--------------------------------------|--|
| 1 | Sampaikan hasil pemeriksaan pada ibu | Menyampaikan hasil pemeriksaan tentang keadaan umum ibu dan keadaan kehamilannya sehingga ibu dapat mengetahui perkembangan kondisinya |

| No | Intervensi | Rasional |
|----|---|---|
| 2 | Penkes nutrisi sesuai dengan hiperemesis gravidarum tingkat I | Nutrisi yang adekuat sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin didalam kandungan. |
| 3 | Pasang cairan infus intravena yaitu infuse RL . | RL dapat membantu mengganti cairan dan elektrolit yang keluar melalui muntah |
| 4 | Anjurkan ibu untuk beristirahat, batasi pengunjung Isolasi ibu diruangan kamar rawat inap | Istirahat yang cukup dan pembatasan pengunjung dapat menambah ketenangan dan rasa nyaman pada ibu |
| 5 | Ciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau. | Dengan ruangan yang bersih,nyaman dan tenang (dijauhkan dari kebisingan) akan mengurangi stimulasi mual dan muntah sehingga gejala akan membaik dan rangsang bau tertentu yang cukup tajam dapat memicu terjadinya mual dan muntah. |
| 6 | Berikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan | Komunikasi terbuka membantu ibu untuk mengontrol, mengurangi kecemasan dan menghilangkan reaksi terhadap stress dan ambivalen yang dirasakannya sehingga menciptakan ketenangan batin, dan ibu dapat lebih tenang. |
| 7 | Berikan ibu therapy obat yang telah dianjurkan | Dapat memperbaiki keadaan umum ibu |

F.Implementasi

Tanggal :25-02-2017

Oleh : Sentry

| No | Tgl | Waktu | Implementasi | Paraf |
|----|------------|-------|---|--------|
| 1 | 25-02-2017 | 15.50 | Memberitahukan ibu tentang hasil Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu, bahwa ibu dalam keadaan lebih baik dari sebelumnya. usia kehamilan 12 minggu 2 hari - Pemeriksaan umum: - Keadaan umum : lemah | Sentry |

| No | Tgl | Waktu | Implementasi | Paraf |
|----|-----|-------|---|--------|
| | | | Tekanan darah : 90/70 mmHg Nadi : 90x/menit Suhu : 36,5 ⁰ C Respirasi: 20x/menit Pengukuran tinggi badan dan berat badan Berat badan :53 kg Tinggi badan:155 cm LILA :20 cm Ev : ibu mengerti dan memahami keadaannya | |
| 2 | | 16.00 | Memberikan kepada ibu nutrisi yang sesuai dengan hiperemesis gravidarum tingkat I yaitu makanan yang boleh dimakan yaitu a. Mengonsumsi makanan yang bernutrisi seperti buah mangga, jambu b. Makanan sedikit sedikit tapi sering selingan seperti roti/biskuit, roti srikaya. Hindari makanan yang akan mengundang untuk kontraksi mual seperti makanan yang mengandung vitamin A dan D (wortel, pisang, pepaya, buah naga, telur, dan tempe) Ev: ibu bersedia mengonsumsi makanan yang bernutrisi demi kesehatannya | Sentry |
| 3 | | 16.15 | Melanjutkan pemberian cairan secara intravena yaitu RL 500 ml di tangan kanan ibu. Ev:Terpasang cairan RL 28 tetes/menit | Sentry |
| 4 | | 16.20 | Menganjurkan pada ibu untuk beristirahat , mengurangi pengunjung dan menempatkan ibu di kamar yang sendiri sehingga ibu bisa istirahat dan lebih tenang. Ev:Ibu dan keluarga bersedia untuk melaksanakan anjuran yang diberikan dan ibu berada dikamar sendiri. | Sentry |

| No | Tgl | Waktu | Implementasi | Paraf |
|----|-----|-------|---|--------|
| 5 | | 16.25 | Menciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau. Ev : keluarga dan ibu bersedia menjaga kebersihan ruangan kamar ibu | Sentry |
| 6 | | 16.30 | Memberikan dukungan psikologis pada ibu seperti memberikan ibu perhatian pada saat makan dan memberikan obat. Ev: ibu merasa lebih baik dan lebih tenang dengan kondisinya saat ini. | Sentry |
| 7 | | 16.35 | Memberikan Therapy obat ibu yaitu obat antasida sirup 3x1sdt, B6 per oral 3x1, inj ranitidien Ev : Ibu sudah meminum obat yangtelah दिएरकन. | Sentry |

G. Evaluasi

Tanggal :25-02-2017

Oleh :Sentry

S :

- Ibu mengatakan sudah mengetahui tentang keadaanya
- Ibu mengatakan sudah mengerti tentang penkes yang dijelaskan
- Ibu mengatakan sudah eminum obat yang telah diberikan kepada ibu

O :

- Ibu tampak mengerti dengan penkes yang diberikan dimana ibu mengangguk kan kepalanya
- Infus ibu RL 500 ml sudah terpasang ditangan kanan ibu
- Ibu tampak istirahat dikamar rawat inap

A :

Diagnosa : Ny.K GII PI A0, usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan
Hipermesis Gravidarum tingkat I

Masalah : Belum teratasi

P:

- Observasi mual dan muntah ibu
- Anjurkan ibu untuk makan-makanan yang bergizi selama hamil
- Menganjurkan ibu mengurangi makanan yang berlemak dan berbumbu
- Anjurkan makan sedikit-sedikit tapi sering.
- Pantau TTV dan keadaan ibu
- Lanjutkan pemberian therapy

DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 26 Febuari 2017, pukul 10.00 WIB Oleh : Sentry

S : Data Subyektif

- Ibu mengatakan mual-muntah sudah berkurang
- Ibu mengatakan nafsu untuk makan masih sedikit
- Ibu mengatakan sudah merasa nyaman dari sebelumnya

O : Data Objektif

- Keadaan Umum : Lemah
- Kesadaran : CM
- Vital Sign :

Tekanan darah : 100/ 70 mmHg

Respirasi : 20 x/ menit

Nadi : 82 x/ menit

Suhu : 36,5⁰ C

Berat Badan : 54 kg.

Ibu muntah sebanyak 5 kali

Turgor kulit kurang

Mata tidak cekung, conjungtiva pucat, dan tidak ikhterus

Lidah tidak kotor dan bibir kering.

A: Assesment

Dx : Ny. K GIIPIA0 usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan
Hiperemesis Gravidarum Tingkat I

Masalah : Mual muntah masih ada

Kebutuhan :

- Anjurkan ibu ber-istirahat

Masalah potensial : dehidrasi

Tindakan segera : tidak ada

P: Planning

- Mengaff infus RL ibu

Ev : ibu rencana pulang hari ini

- Menganjurkan ibu makan sedikit – sedikit tapi sering seperti
roti atau biskuit kering

Ev : ibu tampak mengerti atas anjuran makan yang diberikan
kepadanya

- Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang telah diberikan

Ev : berikan obat sirup antasida sirup 3x1, B6 per oral 3x1, inj
ranitidien, dan B12 2x1 per oral

- Menginformasikan ibu untuk kontrol ulang bila ada keluhan

Ev : Ibu berjanji akan datang ke klinik jika ada keluhan

DATA PERKEMBANGAN II

Tanggal : 27 Februari 2017, pukul 09.00 WIB Oleh : Sentry Girsang

S : Data Subyektif .

1. Ibu mengatakan mual dan muntah masih ada tetapi frekuensinya tidak seperti sebelumnya dan tidak mengganggu pola istirahat ibu
2. Ibu merasa sudah lebih baik dari sebelumnya
3. Ibu mengatakan nafsu makan sudah mulai ada

O : Data Objektif

- KU ibu : Baik
- Kesadaran : CM
- Ibu muntah sebanyak 3 kali.
- Wajah ibu tidak pucat
- Tanda-tanda vital :

TD : 110/70 mmHg

N : 78 x/menit

S : 36,6⁰C

P : 22 x /menit

- Turgor kulit : Baik
- Mata : Tidak cekung conjungtiva : tidak pucat sclera : tidak ikterik
- Porsi makan 1 porsi

Assesment (A)

Masalah : sudah teratasi

Kebutuhan : tetap teruskan therapy obat

Antisipasi masalah potensial : tidak ada

Tindakan segera : tidak ada

Planning (P)

1. Menganjurkan pada ibu untuk tetap:

- Mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan seperti vitamin C (jeruk, jambu merah)
- Memperbanyak minum air ±9 gelas per hari
- Makan sedikit-sedikit tapi sering
- Makan-makanan selingan seperti biscuit atau roti kering

Ev : Ibu mengerti tentang nutrisi yang diperlukan pada kehamilan nya

2. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi obat yang diberikan kepada ibu sirup antasida 3x1, B6 per oral 3x1, inj ranitidien, dan B12 2x1 per oral

Ev : Ibu berjanji akan mengonsumsi obat yang telah dianjurkan berikan obat sirup antasida sirup 3x1, B6 per oral 3x1, inj ranitidien, dan B12 2x1 per oral

3. Menganjurkan ibu untuk datang bulan depan ke klinik untuk memeriksakan kehamilan ibunya.

Ev : Ibu berjanji akan datang jika memiliki keluhan terhadap kehamilan nya

B. PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny “K” dengan hiperemesis gravidarum tingkat I. Pembahasan ini dibuat berdasarkan asuhan yang nyata dengan pendekatan asuhan kebidanan. Untuk memudahkan pembahasan, penulisan akan membahas berdasarkan tahap proses kebidanan sebagai berikut:

A. Langkah I Pengkajian dan Analisa Data

Menurut Manuaba, 2010 Hiperemesis gravidarum tingkat I diperoleh gejala yaitu muntah terus-menerus menyebabkan penderita tampak lebih lemah, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, terjadi dehidrasi ditandai dengan turgor kulit berkurang, nyeri di daerah epigastrium, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, mata cekung dan sedikit ikterus.

Pada saat melakukan pengkajian pada Ny. "K" data yang diperoleh terdapat gejala dan tanda seperti mual dan muntah terus menerus yang menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan menurun, nadi kecil dan cepat dengan frekuensi 90 x/ menit, tekanan darah 90/70 mmHg, lidah kering dan kotor, turgor kulit jelek, mata cekung dan sedikit ikterik. Dalam hal ini terdapat perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus. Palpasi di abdomen dilakukan pada pemeriksaan fisik dengan Leopold untuk menilai nyeri di daerah epigastrium.

B. Langkah II Interpretasi Data Dasar

Menurut Mochtar, 2011 pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data - data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis. Pada kehamilan terjadi peningkatan hormon estrogen dan

progesteron, dimana peningkatan HCG dalam serum, sehingga dapat menimbulkan reaksi berupa mual sampai muntah. Pada umumnya, ibu hamil dapat beradaptasi dengan keadaan ini, meskipun demikian gejala mual dan muntah ini dapat menjadi berat sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari yang disebut hiperemesis gravidarum, hubungan faktor psikologis pada ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas, besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami, diduga dapat menjadi faktor kejadian hiperemesis gravidarum. Penyesuaian terjadi pada kebanyakan wanita hamil, meskipun demikian mual dan muntah dapat berlangsung berbulan-bulan.

Berdasarkan data diatas dirumuskan diagnosa / masalah aktual sebagai berikut: GIPIA0, kehamilan 12 minggu 2 hari, hiperemesis gravidarum Tingkat I dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan Diagnosa pada Ny.” K” didasarkan atas data objektif dan data subjektif yang didapat dari hasil pengkajian dan analisis secara teoritis. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan data yang ditemukan di klinik pada saat praktek kerja klinik (PKK III).

C. Identifikasi Masalah Potensial

Menurut Rukiyah dan yulianti, 2010 berdasarkan tinjauan pustaka masalah potensial yang dapat terjadi selama kehamilan dengan kasus hiperemesis gravidarum tingkat I antara lain: potensial terjadi hiperemesis gravidarum tingkat II dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin. Dikatakan potensial terjadi hiperemesis gravidarum tingkat II karena muntah yang berlebihan mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan

energi, karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terbentuklah badan keton didalam darah yang menambah beratnya gejala klinik Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil mudah, bila terjadi terus-menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit

Pada kasus Ny."K" data yang diperoleh menunjukkan adanya persamaan gejala/keluhan yang terdapat pada hiperemesis gravidarum tingkat I sehingga kebutuhan bayi tidak dapat terpenuhi yang akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan janin. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan data yang ditemukan di klinik pada saat praktek kerja lapangan (PKK III) .

D. Langkah IV Melaksanakan Tindakan Segera

Menurut Permenkes pasal 16 point 1D bahwa penanganan hiperemesis gravidarum tingkat I bukan tindakan kolaborasi dan termasuk dalam wewenang bidan.

Pada kasus Ny. "K" data yang diperoleh menunjukan adanya tindakan segera secara mandiri dalam pelaksanaan tindakan segera. Dalam hal ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan data yang ditemukan dari klinik pada saat praktik kerja lapangan (PKK III).

E. Langkah V Perencanaan Tindakan

Menurut Nengah, 2010 pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh kedua pihak baik bidan maupun klien agar perencanaan dapat dilakukan dengan efektif. Langkah ini merupakan kelanjutan

manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, rencana yang akan dilakukan yaitu

Penanganan terhadap Hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan, mengajurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman sebaiknya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.

g. Diet

- Diet hiperemesis I Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang dalam semua zat - zat gizi, kecuali vitamin C, karena itu hanya diberikan selama beberapa hari.

Untuk mencapai tujuan tersebut, sesuai dengan tinjauan kepustakaan, tindakan yang dilakukan pada Ny."K" dengan hiperemesis gravidarum tingkat I adalah pemberian diet.

Begitu pula rencana tindakan yang dilakukan pada kasus Ny."K" dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan pada pelaksanaan di klinik yang berarti

bahwa tenaga kesehatan kurang mempunyai mendiagnosa pada saat pengkajian sehingga pada saat pelaksanaan Ny. K diberikan therapy obat dan dilakukan pemasangan infus RL 500 ml di tangan kanan ibu.

F. Langkah VI Implementasi Asuhan Kebidanan

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Pada tahap pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny.”K”. Penulis melaksanakan sesuai rencana yaitu penatalaksanaan pemberian cairan dan terapi obat, serta melakukan terapi psikologis. Pada tahap ini penulis menemukan permasalahan yang berarti, dalam perencanaan diberikan terapi obat dan pemasangan cairan infus hal ini di tunjang oleh kurangnya kemampuan tenaga kesehatan dalam mendiagnosa pada saat pengkajian dilakukan. Dalam hal ini ada kesenjangan dalam pelaksanaan yang terjadi pada teori dan pada kasus Ny. “K” bahwa dalam tediberikan dalam poapi obat, dan pemasangan cairan infus

G. Langkah VII Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis.

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen kebidanan. Hasil evaluasi dari Ny.”K” telah direncanakan sesuai dengan kebutuhan klien, dan tujuan dari rencana yang ditentukan telah tercapai, yaitu ibu mengerti keadaan

yang sedang dialaminya, tidak terjadi komplikasi yang lebih berat, kekurangan cairan sudah teratasi ditandai dengan keadaan ibu yang sudah membaik, ibu tidak mual dan muntah lagi, nyeri epigastrium sudah berkurang / hilang, dan kebutuhan nutrisi ibu sudah membaik, hal ini membuktikan bahwa pendekatan asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny."K" berhasil. Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny."K"

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari uraian materi dan pembahasan kasus tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya asuhan yang diberikan bidan terhadap ibu pada masa kehamilan sehingga deteksi dini adanya komplikasi yang mungkin terjadi dapat dihindari atau ditanggulangi.

Pada pemeriksaan kehamilan Ny. K umur 26 tahun G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari. Ny. K telah melakukan kunjungan ANC. Asuhan yang diberikan terhadap Ny. K ditemukan masalah yaitu hiperemesis gravidarum tingkat I. Namun asuhan yang sesuai dengan prosedur telah dilakukan oleh penulis berupa anjuran makanan yang bergizi seimbang dan pemberian cairan infus RL 28 tetes/menit, vit Antasida sirup 3x1 sdt, B6 per oral 3x1 Ondansetron (injeksi Intra Vena per 8 jam), Ranitidine (injeksi Intra Vena per 8 jam, diminum dengan air putih maupun istirahat yang cukup.

Pada pelaksanaan manajemen asuhan kebidanan pada Ny. K sebagian telah dilakukan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan berdasarkan teori yang ada dengan praktek yang nyata.

1. Pengkajian data Subjektif dan Objektif pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum grade I di Klinik Bertha 25 Februari 2017 diperoleh gejala yaitu muntah terus-

menerus menyebabkan penderita tampak lebih lemah, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, terjadi dehidrasi ditandai dengan turgor kulit berkurang, nyeri di daerah epigastrium, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, mata cekung dan sedikit ikterus. (Manuaba, 2010).

2. Interpretasi Data Dasar, masalah, serta menentukan kebutuhan pasien berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bertha tanggal 25 Febuari 2017. Adapun diagnosa yang ditegakkan pada Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum grade I . Pada kehamilan terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron, dimana sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap peningkatan HCG dalam serum, sehingga dapat menimbulkan reaksi berupa mual sampai muntah.
3. Masalah potensial yang akan mungkin terjadi pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di klinik Bertha tanggal 25 Febuari 2017 adalah Hiperemesis gravidarum tingkat II dan terganggunya pertumbuhan dan berkembang janin dalam kandungan.
4. Tindakan dan kolaborasi yang mungkin akan terjadi pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis grade I di Klinik Bertha tanggal 25 Febuari 2017.

5. Rencana asuhan sesuai dengan diagnosa, masalah dan kebutuhan klien pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum grade I di Klinik Bertha tanggal 25 Februari 2017. Asuhan yang diberikan pada Ny. K adalah diet hiperemesis gravidarum tingkat I diberikan secara bertahap, obat, dan pemasangan infus sehingga terjadinya kesenjangan antara teori dengan rencana yang diperoleh pada saat praktek kerja klinik (PKK III).
6. Penatalaksanaan asuhan yang telah direncanakan baik secara mandiri, kolaborasi, atau rujukan pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum grade I di Klinik Bertha tanggal 25 Februari 2017. Ibu telah melakukan diet hiperemesis gravidarum grade I yaitu ibu sudah tidak memakan-makanan yang berminyak dan berlemak, serta tidak makan bersamaan dengan minum. Ibu telah makan sedikit tapi sering.
7. Evaluasi hasil asuhan yang telah dilakukan pada kasus Ny. K G_{II}P_IA₀ usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis gravidarum grade I di Klinik Bertha tanggal 25 Februari 2017. Pada kunjungan terakhir tanggal 27 Februari 2017 keadaan umum ibu membaik, TTV dalam batas normal dan frekuensi mual dan muntah ibu $\pm 3x$

B. Saran.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan ini dapat dijadikan bahan masukan dalam peningkatan dan pengembangan kurikulum pendidikan STIKes Santa Elisabeth Medan, khususnya Kebidanan dan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan 7 langkah Varney pada kasus hiperemesis gravidarum tingkat I

2. Bagi Lahan Praktek

Untuk bidan maupun tenaga kesehatan lainnya diharapkan dapat memberikan asuhan yang sesuai dengan diagnosa klien dan mampu melakukan pengkajian data yang lebih baik sehingga pada saat pendiagnosaan tidak terjadi kesalahan.

3. Bagi Klien

Agar ibu mengetahui tanda bahaya pada masa usia kehamilan kurang 20 minggu salah satu nya yaitu hiperemesis gravidarum tingkat I.

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziyah, Yulia. 2016. *Obstetri Patologis*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Lockart, Anita & Saputra, Lyndon. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologis & Patologis*. Palembang-Indonesia: Binarupa Aksara
- Hutahaean, Serri. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika
- Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita, Dkk. 2012. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC.
- Mochtar, Rustam. 2010. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo. Sarwono, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Prawirohardjo. Sarwono, 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Runiari, Nengah. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Hiperemesis Gravidarum*. Jakarta: Salemba Medika
- Rukiyah, Ai. dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan IV (Patologi)*, Jakarta ; TIM
- Walyani, Siwi Elisabeth. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Barupres
- http://www.ejournal.stikesmucis.ac.id/file.php?file=preview_mahasiswa&id=1059&cd=0b2173ff6ad6a6fb09c95f6d50001df6&name=13DB277060.pdf
diakses pada tanggal 13 mei 2017
- <http://ejournal.stikesmucis.com/pdf> tanggal 10 juni 2016 hiperemesis gravidarum
diakses pada tanggal 05 mei 2017 angka kematian ibu menurut WHO diakses
pada tanggal 5 mei 2017
- <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf> angka kematian ibu menurut
SDG's diakses pada tanggal 05 mei 2017

<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf> profil kesehatan sumatera utara diakses pada tanggal 5 mei 2017

<https://jurnal.asuhankebidananhiperemesisgravidarum.com//pdf> tanggal 11 mei 2017

<http://ejournal.stikesborromeus.ac.id/file/5-2.pdf> diakses tanggal 30 mei 2017

<http://viamarantika.blogspot.co.id/2014/06/permenkes-tentang-registrasi-dan-3635.html> Permenkes Tentang Registrasi Dan Praktik Kebidanan diakses pada tanggal 22 mei 2017

FORMULIR
SURAT PERSETUJUAN JUDUL LTA

Medan, 29 April 2017

Kepada Yth:

Kaprodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan
Anita Veronika, S.SiT., M.KM

di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Sentry Eva Ulina Girsang

Nim : 022014054

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Klinik Bertha

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Ny. K GIPIA0 Usia
Kehamilan 12 minggu 2 hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik
Bertha Tahun 2017

Hormat saya,

Mahasiswa



(Sentry Eva Ulina Girsang)

Disetujui oleh:

Dosen Pembimbing



(Aprilita Br. Sitepu, S.ST)

Diketahui, oleh:

Koordinator LTA



(Flora Naibaho, M.Kes/ Oktafiana M, M.Kes)

STL



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
SANTA ELISABETH MEDAN**

Jl. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata Kec. Medan Selayang

Telp. 061-8214020, Fax. 061-8225509 Medan - 20131

E-mail : stikes.elisabeth@yahoo.co.id Website: www.stikeselisabethmedan.ac.id

Medan, 1 Februari 2017

Nomor : 131/STIKes/Klinik/II/2017

Lamp. : 2 (dua) lembar

Tujuan : Permohonan Praktek Klinik Kebidanan

Mahasiswa Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Kepada Yth.:

Pimpinan Klinik / RB : Klinik Bertha

Tempat:

Dengan hormat,

Sehubungan karena mahasiswa Tingkat III Semester VI Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan akan melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan III, maka melalui surat ini kami memohon kesediaan dan bantuan Ibu agar kiranya berkenan menerima, membimbing serta memberikan penilaian terhadap praktek yang dilaksanakan oleh mahasiswa tersebut dalam melaksanakan Praktek Klinik Kebidanan di klinik/rumah bersalin yang Ibu pimpin.

Praktek tersebut dimulai **tanggal 6 Februari – 1 April 2017**, yang dibagi dalam 2 (dua) gelombang, yaitu :

1. Gelombang I : tanggal 06 Februari – 04 Maret 2017
2. Gelombang II : tanggal 06 Maret – 01 April 2017

Daftar nama mahasiswa terlampir.

Sedapun kompetensi yang akan dicapai oleh mahasiswa adalah:

- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Normal sebanyak 30 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal sebanyak 20 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui sebanyak 20 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada BBL 20 sebanyak kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana Pasangan Usia Subur dengan 4 metode sebanyak 20 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Bayi/Balita dan Anak Prasekolah sebanyak 50 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Maternal sebanyak 3 kasus
- Manajemen Asuhan Kebidanan pada Pertolongan Kegawatdaruratan Neonatal sebanyak 3 kasus

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian, bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.

Dengan hormat kami,
STIKes Santa Elisabeth Medan

Restiana B. Karo, S.Kep.Ns.,M.Kep
Ketua

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Karim

Umur : 26 tahun

Alamat : Jln. S. Tengah

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien studi kasus Laporan Tugas Akhir dari mulai dari lahir sampai kunjungan neonatal oleh mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth.

Medan, 25 Februari 2017

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan



(Sentry Eva Ulina Girsang)

Klien



(Karim)

Mengetahui,

Dosen Pembimbing LTA



(Aprilita Br. Sitepu, S.ST)

Bidan Lahan Praktek



(Sri Natalia S, S.ST)

STL

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan dibawah ini saya sebagai bidan di lahan praktek
PKK mahasiswa Prodi D III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di
BPM/RS/PKM.RB :

Nama : Sri Natalia S, S.ST

Alamat : Jln. Pancing Pasar IV

Menyatakan bahwa mahasiswa di bawah ini :

Nama : Sentry Eva Ulina Girsang

Nim : 022014054

Tingkat : III Kebidanan

Dinyatakan telah kompeten dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu
hamil pada Ny. K GII PI A0 usia kehamilan 12 minggu 2 hari dengan hiperemesis
graavidarum tingkat I.

Demikian surat rekomendasi ini dibuat dan bisa dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Medan, Mei 2017

Bidan Lahan Praktek



(Sri Natalia SST)

STL