

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E USIA 28 TAHUN G_{III}P_{II}A₀ USIA
KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM TINGKAT 1 DI KLINIK BUNDA TESSA
TAHUN 2017**

STUDI KASUS

**Diajukan sebagai salah satu syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



**Disusun Oleh :
VISKHA TUMIAR SITUMORANG
022014067**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E USIA 28 TAHUN G_{III}P_{II}A₀
USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM TINGKAT I DI KLINIK BUNDA TESSA TAHUN 2017**

Studi Kasus

Diajukan Oleh

Viskha Tumiar Situmorang
NIM : 022014067

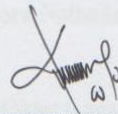
**Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program
Studi Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**

Oleh:

Pembimbing : Meriati B.A.P, S.ST

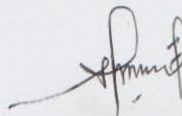
Tanggal : 13 Mei 2017

Tanda tangan:.....



Mengetahui

**Ketua Program Studi D-III Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan**



Anita Veronika, S.SiT., M.KM

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E USIA 28 TAHUN G_{III}P_{II}A₀ USIA
KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM TINGKAT 1 DI KLINIK BUNDA TESSA
TAHUN 2017**

Disusun oleh

Viskha Tumiar Situmorang
NIM : 022014067

Telah Dipertahankan Dihadapan TIM Penguji dan dinyatakan diterima sebagai salah satu Persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Pada Hari Jumat 19 Mei 2017

TIM Penguji

Tanda Tangan

Penguji I : Flora Naibaho, S.ST., M.Kes

.....

Penguji II : R.Oktaviance. S, S.ST., M.Kes

.....

Penguji III : Meriati B.A.P, S.ST

.....

Mengesahkan

STIKes Santa Elisabeth Medan


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


(Anita Veronika, S.ST., M.KM)
Ketua Program Studi

CURICULUM VITAE



Nama : Viskha Tumiar Situmorang
Tempat / Tanggal Lahir : Jatuan Golok, 09 Desember 1995
Agama : Kristen Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak ke : 9 dari 9 bersaudara
Nama Ayah : Sumihar Situmorang
Nama Ibu : Hotlina Sihombing
Alamat : Blok VIII, Jatuan Golok. Kec : Kualuh
Leidong, Kab : Labuhan Batu Utara

PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri 118196 Jatuan Golok : 2002 – 2008
2. SMP : SMP Negeri 2 Kualuh Leidong : 2008 – 2011
3. SMA : SMA Negeri 1 Pagaran : 2011 – 2014
4. D-III : Prodi DIII Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Angkatan
2014

Lembar Persembahan

Untuk segala sesuatu ada waktunya, setiap perjuangan tidak ada yang sia-sia, dan setiap masalah pasti ada jalan keluarnya. Satu cita telah kugapai namun itu bukan akhir dari perjalanan melainkan awal dari satu perjuangan.

Kasih sayang, arahan, telah kuterima darimu ayah...ibu dari aku kecil sampai aku menjadi dewasa saat ini. Tanpa mengucapkan kata lelah dalam mendidik aku.

Doamu hadirkan kerinduan untukku, pelukmu berkahi hidupku, nasehatmu tuntunkan jalanku, menuju masa depan yang cerah. Kini diriku telah selesai dalam studi. Dengan kerendahan hati yang tulus, saya mengucapkan terimakasih untuk yang tersayang ayah...ibu...semoga kelak saya dapat membalas dan membahagiakan kalian. Mungkin tak dapat selalu terucap, namun hati ini selalu berbicara sungguh ku sayang kalian.

Setetes keberhasilan ini semoga dapat mengobati beban kalian atas diriku, jasa-jasa kalian tak akan dapat ku lupakan. Saya juga berterimakasih kepada saudara saya abang dan kakak saya yang selalu mendukung dan memberikan saya motivasi dan semangat.

Motto : "Untuk segala sesuatu ada waktunya (Pengkotbah 3:1-8)"



PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus Laporan Tugas Akhir yang berjudul, **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. E Usia 28 Tahun G_{III}P_{II}A₀ Usia Kehamilan 12 Minggu 3 Hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat 1 Di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017”** ini, sepenuhnya karya saya 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 pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2017

Yang Membuat Pernyataan



(Viskha Tumiar Situmorang)

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny. E USIA 28 TAHUN GIII
PII A0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I DI KLINIK BUNDA TESSA
TAHUN 2017¹**

Viskha Tumiar Situmorang², Meriati B.A.P³

INTISARI

Latar Belakang : Hiperemesis gravidarum memiliki insidensi 0,5-2% atau 5-20 kasus dari 1.000 dari seluruh kehamilan. Pada 0,3-2% kasus menyebabkan ibu harus ditatalaksana rawat inap. Bahkan, di Amerika Serikat lebih dari 285.000 ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum dirawat di rumah sakit setiap tahunnya. Menurut Philip (2014), tercatat terdapat 8,6 juta orang menjadi kehilangan jam kerjanya karena masalah ini. Lane CA mengatakan bahwa mual dan muntah ini berdampak terhadap kondisi fisik dan emosional ibu yang merasa cemas dan gelisah yang akan berpengaruh terhadap janin.

Tujuan : Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. E Usia 28 Tahun Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017 dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan Varney.

Metode : Jenis penelitian adalah kualitatif, dimana tujuan metode studi kasus ini untuk melihat perbedaan dan persamaan antara teori dan praktek tentang hiperemesis gravidarum

Hasil : Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. E usia 28 tahun GIII PII A0 usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum diberikan sesuai dengan asuhan teori sesuai penanganan ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum dan dalam pelaksanaan asuhan dilakukan kunjungan ulang sebanyak 1 kali

Kesimpulan : Berdasarkan hasil asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. E umur 28 tahun GIII PII A0 usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gavidarum masalah teratasi.

Kata Kunci: Ibu hamil dan hiperemesis gravidarum

Referensi: 2007-2016

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL Ny. E USIA 28 TAHUN GIII
PII A0 USIA KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DENGAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM TINGKAT I DI KLINIK BUNDA TESSA
TAHUN 2017¹**

Viskha Tumiar Situmorang², Meriati BAP³

ABSTRAC

The Background : *Hyperemesis gravidarum has a incidence of 0.5-2% or 5-20 cases out of 1,000 of all pregnancies. In 0.3-2% of cases causes the mother to be treated inpatient. In fact, in the United States more than 285,000 mothers with hyperemesis gravidarum are hospitalized each year. According to Philip (2014), there were recorded 8.6 million people lost their working hours because of this problem. Lane CA said that this nausea and vomiting had an impact on the physical and emotional condition of anxious and restless mothers who would affect the fetus.*

Destination : *Gaining real experience in implementing Maternal Midwifery Care At Ny. E Age 28 Years With Hyperemesis Gravidarum Level I at Clinic Bunda Tessa Year 2017 using Varney midwifery management approach.*

Method : *The type of research is qualitative, where the purpose of this case study method to see the differences and similarities between the theory and practice of hyperemesis gravidarum*

Result : *Based on the results of midwifery care given to Ny. E age 28 years GIII PII A0 gestational age 12 weeks 3 days with hyperemesis gravidarum given in accordance with the theoretical care according to the treatment of pregnant women who have hyperemesis gravidarum and in the implementation of care carried out the visit again as much as 1 times*

Conclusion : *Based on the results of midwifery care given to Ny. E age 28 years GIII PII A0 gestational age 12 weeks 3 days with hyperemesis gavidarum problem resolved.*

Keyword : *Pregnant mother and hyperemesis gravidarum*

Referensi: 2007-2016

¹The litle 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 Ny. E GIIPIIA0 Usia Kehamilan 12 Minggu 3 Hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017”**. Laporan Tugas Akhir ini dibuat sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan Program Studi D-III Kebidanan.

Penulis menyadari masih banyak kesalahan baik isi maupun susunan bahasa 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 terimakasih 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 STIKes 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 STIKes Santa Elisabeth Medan.
3. Meriati B.A.P, S.ST selaku dosen Pembimbing Laporan Tugas Akhir penulis yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan nasehat kepada penulis selama menyusun Laporan Tugas Akhir di STIKes Santa Elisabeth Medan.
4. R.Oktaviance, S.ST., M.Kes selaku dosen penguji yang telah bersedia memberikan waktu, saran dan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Flora Naibaho, S.ST., M.Kes selaku dosen Pembimbing Akademik kurang lebih tiga tahun yang telah banyak memberi dukungan dan semangat serta motivasi dan selaku dosen penguji laporan tugas akhir yang telah banyak memberikan kritik dan saran untuk kemajuan laporan tugas akhir ini selama menjalani pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
6. Seluruh Staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ilmu, nasehat dan bimbingan kepada penulis selama menjalani pendidikan di Program studi D–III Kebidanan.
7. Ibu Martine Agustine Meha, S.ST selaku pemimpin di Klinik Bunda Tessa yang telah memberikan kesempatan, waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
8. Ibu Erni yang telah bersedia menjadi pasien penulis dan telah bersedia membantu penulis dalam memberikan informasi sesuai yang dibutuhkan.

9. Ucapan terimakasih yang terdalam dan rasa hormat kepada orangtua saya, ayahanda tercinta Sumihar Situmorang dan ibunda tercinta Hotlina Sihombing dan saudara saya yang selalu mendampingi, selalu mendoakan, memberi semangat, dan dukungan dalam bentuk moral maupun material hingga Laporan Tugas Akhir ini selesai.

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, Mei 2017

Penulis

(Viskha Tumiar Situmorang)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR CURICULUM VITAE.....	iv
LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	v
LEMBAR PERNYATAAN.....	vi
INTISARI.....	vii
ABSTRAC.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR BAGAN.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan.....	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	 7
A. Kehamilan	7
1. Pengertian Kehamilan	7
2. Proses Terjadinya Kehamilan	8
3. Diagnosa Kehamilan	10
4. Tanda Bahaya Kehamilan	14
B. 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	25
C. Hiperemesis Gravidarum.....	32
1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum	32
2. Tanda dan Gejala Hiperemesis Gravidarum.....	33
3. Etiologi Hiperemesis Gravidarum.....	33
4. Mekanisme Terjadinya Mual Muntah.....	35
5. Klasifikasi dan Gejala Hiperemesis Gravidarum	36
6. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum	36
7. Gejala Klinis	37
8. Resiko	37
9. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum	39
10. Diet Hiperemesis Gravidarum.....	43
11. Landasan Hukum.....	46

D. Proses Manajemen Kebidanan.....	49
1. Pengertian Manajemen Kebidanan	49
2. Tahapan dalam Manajemen Kebidanan	49
BAB III METODE STUDI KASUS.....	54
A. Jenis Studi Kasus	54
B. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	54
C. Subjek Studi Kasus	54
D. Metode Pengumpulan Data	55
E. Pengolahan Data.....	59
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	60
A. Tinjauan Kasus	60
B. Pembahasan	79
1. Langkah I Pengumpulan Data.....	79
2. Langkah II Interpretasi Data Dasar.....	80
3. Langkah III Identifikasi Diagnosa Masalah Potensial.....	81
4. Langkah IV Tindakan Segera, Kolaborasi, Rujukan.....	82
5. Langkah V Intervensi.....	82
6. Langkah VI Implementasi.....	83
7. Langkah VII Evaluasi.....	84
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran	87

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1 Ukuran Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan	22
2.2 Interval dan Lama Perlindungan Tetanus Toxoid.....	23
2.3 Komposisi Gizi yang Dianjurkan Pada Ibu Dengan Hiperemesis.....	42
2.4 Komposisi Bahan Makanan atau Menu dalam Sehari Diet Hiperemesis.....	44
2.5 Komposisi Bahan Makanan atau Menu dalam Sehari Diet Hiperemesis Gravidarum.....	44

DAFTAR BAGAN

2.1 Mekanisme Terjadinya Mual Dan Muntah.....	36
---	----

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 hasil penelitian menurut Dera Arniza Zaen, 2015 di RSUD Ambarawa mengambil populasi ibu hamil sebanyak 70 ibu hamil. Sampel yang digunakan dalam penelitian sebanyak 40 responden menunjukkan ada hubungan suami dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Dukungan suami pada ibu hamil di Rumah Sakit Umum daerah Ambarawa sebagian besar dalam kategori tidak baik 27 responden (67,5%) dan dalam kategori baik sejumlah 13 responden (32,5%). Hiperemesis gravidarum pada ibu hamil sebagian besar mengalami hiperemesis gravidarum yaitu 25 responden (62,5%) dan sisanya 15 responden (37,5%) tidak mengalami hiperemesis. Sehingga ada hubungan dukungan suami dengan hiperemesis gravidarum pada ibu hamil dengan nilai signifikan $0,000 < 0,05$.

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 keharian/kelahiran hidup. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan kesehatan sehingga indikator keberhasilan pembangunan kesehatan ibu. (Profil Kesehatan Provinsi SUMUT, 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. (Rukiyah dan Yulianti, 2013)

Terjadinya kehamilan menimbulkan perubahan hormon estrogen, progesteron dan dikeluarkannya human chorionic gonadotropin plasenta. Hormon-hormon inilah yang diduga menyebabkan hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan yang terjadi kira-kira sampai umur kehamilan 20 minggu. (Manuaba, 2012).

Mual dan muntah merupakan gangguan yang paling sering kita jumpai pada kehamilan muda dan dikemukakan oleh 50% dari wanita yang hamil terutama dikemukakan pada primigravida. Tetapi kalau seorang ibu memuntahkan segala apa yang dimakan dan diminum hingga berat badan sangat turun, turgor kulit kurang, deuresis kurang dan timbul acetone dalam air kencing, maka keadaan ini disebut hiperemesis gravidarum dan memerlukan perawatan di Rumah sakit. (Ratna, 2012).

Hiperemesis gravidarum memiliki insidensi 0,5-2% atau 5-20 kasus dari 1.000 dari seluruh kehamilan. Pada 0,3-2% kasus menyebabkan ibu harus ditatalaksana rawat inap. Bahkan, di Amerika Serikat lebih dari 285.000 ibu yang mengalami hiperemesis gravidarum dirawat di rumah sakit setiap tahunnya. Menurut Philip (2014), tercatat terdapat 8,6 juta orang menjadi kehilangan jam kerjanya karena masalah ini. Lane CA mengatakan bahwa mual dan muntah ini berdampak terhadap kondisi fisik dan emosional ibu yang merasa cemas dan gelisah yang akan berpengaruh terhadap janin. (Silviana, 2013).

Dukungan yang dapat diberikan oleh suami adalah memberi ketenangan pada ibu, mengantarkan untuk memeriksakan kehamilan, memenuhi keinginan

selama mengandung, mengingatkan minum tablet zat besi, membantu melakukan kegiatan rumah tangga, dan memberi pijatan ringan bila ibu merasa lelah. Dukungan yang diberikan oleh suami diharapkan dapat membantu ibu melewati kehamilan dengan perasaan senang dan tanpa depresi. Kondisi stress psikologis yang dapat disebabkan karena tidak adanya dukungan dari suami dapat menyebabkan ibu yang pada awalnya dapat beradaptasi dengan kenaikan hormon dan tidak mengalami mual dan muntah akan mengalami kejadian tersebut. Dukungan dari keluarga dan suami sangat diperlukan oleh ibu hamil. Terutama pada kehamilan trimester pertama, karena pada trimester pertama inilah seorang ibu hamil sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, sehingga ibu bisa terbebas dari stress dan menerima kehamilannya yang pada akhirnya bisa mencegah terjadinya hiperemesis gravidarum. (Jhaquin, 2010).

Peran bidan dalam masyarakat sebagai tenaga terlatih pada sistem Kesehatan Nasional di antaranya memberikan pelayanan sebagai tenaga terlatih, meningkatkan pengetahuan masyarakat, dan meningkatkan sistem rujukan (Manuaba, 2010). Tugas bidan dalam berperan menurunkan AKI dan AKB adalah memberikan asuhan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, bimbingan terhadap kelompok remaja masa pra nikah, melakukan pergerakan dan pembinaan peran serta masyarakat untuk mendukung upaya-upaya kesehatan ibu dan anak sesuai dengan 7 langkah Varney yaitu melaksanakan pengkajian pada ibu hamil, menginterpretasi data untuk menegakkan diagnosa pada ibu hamil, menetapkan masalah potensial dan mengantisipasi penanganan pada ibu hamil, melaksanakan identifikasi tindakan segera pada ibu hamil, merencanakan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil, melaksanakan asuhan kebidanan sesuai

dengan kebutuhan pada ibu hamil, melaksanakan evaluasi hasil asuhan pada ibu hamil (Saifudin, 2010).

Berdasarkan dari pengalaman penulis pada saat melakukan praktek klinik kebidanan yang dilaksanakan oleh penulis di klinik Bunda Tessa pada bulan Maret - April diperoleh dari 33 orang Ibu hamil di peroleh data ada 3 orang ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum (8,82%). Sesuai dengan 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.E yang dituangkan dalam Laporan Tugas Akhir dengan judul: "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny. E GIII PII A0 usia 28 tahun Usia Kehamilan 12 minggu 3 hari dengan Hiperemesis Gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa tahun 2017".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil Ny. E Umur 28 Tahun GIII PII A0 Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di klinik Bunda Tessa Tahun 2017. Dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan 7 Langkah Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menerapkan pengkajian pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.

- b. Mampu menerapkan analisa dan di interpretasikan untuk menentukan diagnosa aktual pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.
- c. Mampu menerapkan antisipasi kemungkinan timbulnya diagnosa/ masalah potensial pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.
- d. Mampu menerapkan tindakan segera dan kolaborasi pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.
- e. Mampu menerapkan rencana tindakan asuhan kebidanan yang telah disusun pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.
- f. Mampu menerapkan implementasi secara langsung dari rencana tindakan yang telah disusun pada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.
- g. Mampu menerapkan dokumentasi semua temuan dan tindakan yang telah diberikan kepada Ny. E kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Maret 2017.

C. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi untuk menambah pengetahuan tentang hiperemesis gravidarum dan asuhan kebidanan yang diberikan untuk mengatasi

hiperemesis gravidarum dengan menggunakan asuhan kebidanan 7 langkah Varney.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi

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. Institusi Kesehatan BPS

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

c. Bagi Klien

Dapat menambah pengetahuan klien tentang hiperemesis gravidarum tingkat I.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian kehamilan

Proses kehamilan merupakan matrantai 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, 2010:75)

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 lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. (Sarwono, 2010:213)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan ini dibagi dalm 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. (Sarwono, 2009:89)

2. Proses terjadinya kehamilan

a. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang di pengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks dengan pengaruh FSH, folikel primer mengalami perubahan menjadi folikel de Graaf yang menuju kepermukaan 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 spermatozoa. Pada setiap hubungan seks di tumpahkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. Bentuk spermatozoa seperti cabang yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energi 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 makin 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 tuba fallopi. Spermatozoa hidup selama tiga hari di dalam genitalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik: hialuronidase. Setelah kepala spermatozoa masuk ke dalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal di luar. Kedua inti ovum dan inti sperma bertemu dengan membentuk zigot.

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 vili korialis melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula disebut nidasi atau implantasi, terjadi pada hari ke-6 sampai 7 setelah konsepsi. (Manuaba, 2010:75)

3. Diagnosa kehamilan

Rukiyah dan Yulianti (2013, dalam Prawiharjo, 2010) tanda-tanda kehamilan adalah sebagai berikut :

a. Tanda tidak pasti kehamilan

1) Amenorea

Amenorea atau tidak haid, gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan 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 ketempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.

5) Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktuli 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.

b. 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 diketahui 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 his

Tanda braxton hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan 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, 2010:217)

c. 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 tehnik ultrasound atau sistem doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (usia kehamilan 12-20 minggu). (Sarwono, 2010:217)

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 diusia kehamilan tersebut, dinding uterus mulai menipis dan gerakan janin mulai kuat. (Sarwono, 2010:217)

4. Tanda Bahaya Kehamilan

a. 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.

2) 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, 2010:467)

3) Abortus Insipiens

Abortus Insipien 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, 2010:469).

4) Abortus Incompletus

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

5) Abortus Kompletus

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

6) 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 2010:470)

7) 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 2010:472)

b. 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.

c. 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 perlekatannya 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.

7) Kehamilan ektopik

Kehamilan ektopik adalah suatu kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (*tuba Fallopi*). Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium tersendat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya akan tumbuh di luar rongga rahim. Dari Pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri (Sarwono, 2010:479).

8) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis

mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, molahidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai 1 atau 2 cm (Sarwono, 2010:488)

B. Antenatal Care

1. Pengertian Antenatal Care

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. (Hutahaeen, 2013:67)

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 (Lockart dan Saputra, 2014:14)

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 T (empat belas) :

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
30 Minggu	29,5 – 30 cm
32 Minggu	31 cm
34 Minggu	32 cm
36 Minggu	33 cm
40 Minggu	37,7 cm

Sumber : Sarwono, 2010

d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Dimulai dengan memberikan 1 tablet besi sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mikrogram. Minimal masing-masing 90 tablet besi. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh dan kopi karena akan mengganggu penyerapan. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin C bersamaan dengan mengkonsumsi tablet zat besi karena vitamin C dapat membantu penyerapan tablet besi sehingga tablet besi yang dikonsumsi dapat terserap sempurna oleh tubuh.

e. Pemberian Imunisasi TT (T5)

Pemberian imunisasi TT pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja imunisasi pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu untuk yang kedua 4 minggu kemudian, akan tetapi untuk memaksimalkan perlindungan maka dibuat jadwal pemberian imunisasi pada ibu. (Rukiyah, Ai Yeyeh, 2014)

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

Sumber : Rukiyah, Ai Yeyeh, 2014

f. Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb pada Bumil harus dilakukan pada kunjungan pertama dan minggu ke 28. bila kadar Hb < 11 gr% ibu hamil 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 ibu hamil 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 Preeklampsia.

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 ibu hamil, 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 (T14).

o. Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan. (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 benar sesuai 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.

a. 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. Tisu pada tempatnya
6. Pen light
7. Meteran/pita
8. Leannec/doppler elektrik
9. Alat untuk mengukur lingkaran pinggul(jangka panggul)
10. Hummer
11. Sarung tangan
12. Kapas kering di tempatnya
13. Air desinfeksi tingkat tinggi (DTT) pada kom
14. Pengalas
15. Bengkok
16. 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 :

a. Pelaksanaan/pemeriksaan Awal

1. Sediakan pencahayaan yang cukup
2. Mencuci tangan dengan teknik yang benar
3. Memberitahukan ibu tentang tujuan dan langkah-langkah prosedur
4. 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.

5. 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.

b. Pelaksanaan/pemeriksaan lanjutan

1. Meminta ibu mengganti baju (kalau tersedia)
2. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil terlebih dahulu
3. 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 makan. 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.
4. Ukur lingkar lengan atas ibu dengan alat ukur (meteran)
5. 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.
6. 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 diantara secara ketat dan dianjurkan ibu merencanakan persalinan di rumah sakit.

7. 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. Untuk melakukan pemeriksaan panggul, pada usia kehamilan 36 minggu. (Rukiyah, Ai Yeyeh, 2014)

8. 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 pelaksanaanya 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 :

1. 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.

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

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

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

5. 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).

6. Periksa liang telinga ibu dengan menggunakan pen light (lihat kebersihan dan adanya serumen) lakukan pemeriksaan ketajaman pendengaran dengan tes berbisik.

7. 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.

8. Periksa kelenjar getah benih di depan dan belakang telinga, bawah rahang, leher dan bahu (apakah teraba pembesaran)
9. 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.
10. Dengarkan bunyi jantung dan nafas ibu dengan menggunakan stetoskop
11. 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.
12. Periksa colostrum dengan menekan areola mammae sambil memegang puting mammae dengan jari telunjuk dan ibu jari kemudian memencetnya.
13. 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.
14. Pasang pakaian ibu bagian atas dan buka pakaian daerah perut ibu
15. 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.

16. Pemeriksaan abdomen bertujuan untuk memberikan informasi tentang posisi janin setelah usia kehamilan 13 minggu. Manuver Leopold membantu menentukan posisi dan presentasi janin. Melakukan pemeriksaan Leopold I untuk menentukan bagian janin yang ada di fundus

- 1) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu, menghadap ke arah kepala ibu
- 2) Kedua telapak tangan pemeriksa diletakkan pada puncak fundus uteri
- 3) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong)

17. 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.

18. Melakukan pemeriksaan Leopold II

- 1) Kedua telapak tangan diletakkan pada kedua sisi perut ibu dan lakukan tekana 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

19. Melakukan pemeriksaan Leopold III untuk menentukan bagian janin yang berada pada bagian terbawah.

Cara melakukannya :

- 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

20. 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.

21. 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.

22. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah untuk memeriksa adanya edema. (Hutahaeen, 2013:176-186).

C. 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, 2010:229)

Hiperemesis gravidarum adalah muntah yang terjadi pada awal kehamilan sampai kehamilan 20 minggu. Keluhan muntah kadang-kadang begitu hebat dimana segala apa yang dimakan dan diminum dimuntahkan sehingga dapat mempengaruhi keadaan umum dan mengganggu pekerjaan sehari-hari, berat badan menurun, dehidrasi, dan terdapat aseton dalam urine bahkan seperti gejala penyakit apenditis, pielitiis, dan sebagainya. (Sarwono, 2010:815)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan yang terjadi pada wanita hamil sehingga menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar elektrolit, penurunan berat badan, dehidrasi, ketosis dan kekurangan nutrisi. Hal tersebut mulai terjadi pada minggu keempat sampai kesepuluh kehamilan dan selanjutnya akan membaik umumnya pada usia kehamilan 20 minggu, namun

pada beberapa kasus dapat terus berlanjut sampai pada kehamilan tahap berikutnya. (Runiari, 2010:8)

2. Tanda dan Gejala Hiperemesis Gravidarum

- a. Mual muntah hebat
- b. Berat badan turun $> 5\%$ dari berat badan sebelum hamil
- c. Dehidrasi

3. Etiologi Hiperemesis Gravidarum

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

a. Faktor adaptasi dan hormonal

Pada wanita hamil yang kekurangan darah lebih sering terjadi hiperemesis gravidarum. Dapat dimasukkan dalam ruang lingkup faktor adaptasi adalah wanita hamil dengan anemia, wanita primigravida, dan overdistensi rahim pada hamil kembar dan hamil mola hidatidosa. Sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan korionik gonadotropin, sedangkan pada ibu hamil kembar dan mola hidatidosa, jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan terjadi hiperemesis gravidarum itu.

b. Faktor psikologis

Hubungan faktor psikologis dengan kejadian hiperemesis gravidarum belum jelas. Besar kemungkinan bahwa wanita yang menolak hamil, takut kehilangan pekerjaan, keretakan hubungan dengan suami dan sebagainya,

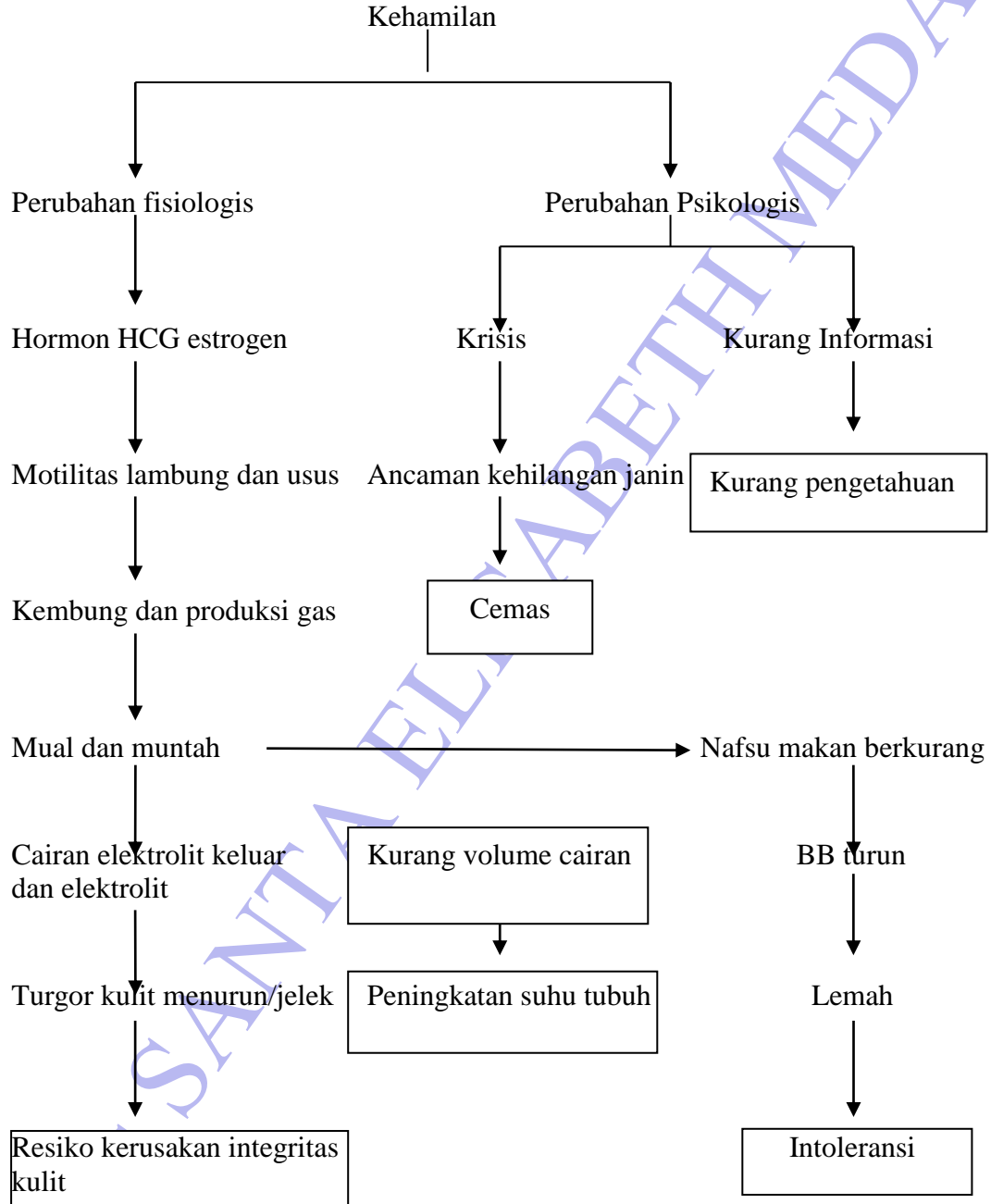
diduga dapat menjadi faktor kejadian hiperemesis gravidarum. Dengan perubahan suasana dan masuk rumah sakit penderitaannya dapat berkurang sampai menghilang.

c. Faktor alergi

Pada kehamilan, ketika diduga terjadi ovulasi jaringan villi korialis yang masuk kedalam peredaran darah ibu, maka faktor alergi dianggap dapat menyebabkan kejadian hiperemesis gravidarum.

4. Mekanisme Terjadinya Mual muntah

Bagan 2.1 Mekanisme Terjadinya Mual Muntah



5. Klasifikasi Dan Gejala Hiperemesis Gravidarum

Secara klinis, hiperemesis gravidarum dibedakan atas 3 tingkatan, yaitu :

a. Tingkat I

Muntah yang terus-menerus, timbul intoleransi terhadap makanan dan minuman, berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah pertama keluar makanan, lendir dan sedikit cairan empedu, dan yang terakhir keluar darah. Nadi meningkat sampai 100 kali per menit dan tekanan darah sistolik menurun. Mata cekung dan lidah kering, turgor kulit berkurang, dan urine sedikit tetapi masih normal.

b. Tingkat II

Gejala lebih berat, segala yang dimakan dan diminum dimuntahkan, haus hebat, subfebril, nadi cepat dan lebih dari 100-140 kali per menit, tekanan darah sistolik kurang dari 80 mmHg, apatis, kulit pucat, lidah kotor, kadang ikterus, aseton, bilirubin dalam urin, dan berat badan cepat menurun.

c. Tingkat III

Walapun kondisi tingkat III sangat jarang, yang mulai terjadi adalah gangguan kesadaran (delirium-koma), muntah berkurang atau berhenti, tetapi dapat terjadi ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung, bilirubin, dan proteinuria dalam urine. (Sarwono, 2010:815)

6. Diagnosis Hiperemesis Gravidarum

- a. Amenorea yang disertai muntah hebat, pekerjaan sehari-hari terganggu.
- b. Fungsi vital: nadi meningkat 100 kali per menit, tekanan darah menurun pada keadaan berat, subfebril dan gangguan kesadaran (apatis-koma)

- c. Fisik : dehidrasi, kulit pucat, ikterus, sianosis, berat badan menurun, porsio lunak pada vaginal touche, uterus besar sesuai besarnya kehamilan, konsistensi lunak.
- d. Laboratorium : kenaikan relatif hemoglobin dan hematokrit, benda keton dan protein urin. (Sarwono, 2010:816)

7. Gejala Klinis

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

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, 2010:816)

8. 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, pneumonia 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 :

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. (Fauziah, 2016)

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. (Rukiyah dan yulianti, 2010)

9. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

1) Penatalaksanaan menurut (Sarwono, 2010:819)

- a. Untuk keluhan hiperemesis yang berat pasien dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit dan membatasi penunjang.
- b. Stop makanan per oral 24-48 jam
- c. Infus glukosa 10 % atau 5 % : RL = 2 : 1, 40 tetes per menit

d. Obat

- Vitamin B₁ dan B₆ masing-masing 50-100 mg/hari/infus
- Vitamin B₁₂ 200 µg/hari/infus, vitamin C 200 mg/hari/infus
- Fenobarbital 30 mg I.M 2-3 kali per hari atau klorpromazin 25-50 mg/hari I.M atau kalau diperlukan diazepam 5 mg 2-3 kali per hari I.M.
- Antiemetik: promotazin (avopreg) 2-3 kali 25 mg per hari per oral atau proklorperazin (stemetil) 3 kali 3 mg per hari per oral atau mediamer B₆ 3 kali 1 per hari per oral
- Antasida: asidrin 3x1 tablet per hari per oral atau magnam 3x1 tablet per hari per oral

e. Diet sebaiknya meminta advis ahli gizi

Diet hiperemesis I diberikan pada hiperemesis tingkat III. Makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang mengandung zat gizi, kecuali vitamin C sehingga hanya diberikan selama beberapa hari.

f. Rehidrasi dan suplemen vitamin

Pilihan cairan adalah normal salin (NaCl 0,9 %). Cairan dekstrosa tidak boleh diberikan karena tidak mengandung sodium yang cukup untuk mengoreksi hiponatremia. Suplemen potasium boleh diberikan secara intravena sebagai tambahan. Suplemen tiamin diberikan secara oral 50 atau 150 mg atau 100 mg dilarutkan ke dalam 100 cc NaCl. Urine

output juga harus dimonitor dan perlu dilakukan pemeriksaan dipstik untuk megetahui terjadinya ketonuria.

g. Antiemesis

Tidak dijumpai adanya teratogenitas dengan menggunakan dopamin antagonis (metoklopramid, domperidon), fenotiazin (klorpromazin, proklorperazin), antikolinergik (disiklomin) atau antihistamin H1-reseptor antagonis (prometazin, siklizin). Namun, bila masih tetap tidak memberikan respons, dapat juga digunakan kombinasi kortikosteroid dengan reseptor antagonis 5-Hidroksriptamin (5-HT₃) (ondansetron, sisaprid). (Sarwono, 2010; hal 817)

2) Penatalaksanaan pada ibu dengan hiperemesis gravidarum menurut (Rukiyah dan Yulianti, 2014:124) dimulai dengan:

a. Pencegahan

Pencegahan terhadap hiperemesis gravidarum perlu dilaksanakan dengan jalan memberikan penerangan 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, menganjurkan mengubah makanan 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 seyogyanya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin. Defekasi yang teratur hendaknya dapat dijamin, menghindarkan kekurangan karbohidrat merupakan yang banyak mengandung gula.

b. Obat-obatan

Apabila dengan cara tersebut di atas keluhan dan gejala tidak mengurang maka diperlukan pengobatan. Sedativa yang sering diberikan adalah pohenobarbital, vitamin yang dianjurkan yaitu vitamin B1 dan B2 yang berfungsi untuk mempertahankan kesehatan syaraf, jantung, otot serta meningkatkan pertumbuhan dan perbaikan sel (Admin, 2007). Antihistaminika juga dianjurkan pada keadaan lebih berat diberikan antimitetik seperti disklorin hidrokloride, avomin.

c. Isolasi

Isolasi dilakukan dalam kamar yang tenang cerah dan peredaran udara yang baik hanya dokter dan perawat yang boleh keluar masuk kamar sampai muntah berhenti dan pasien mau makan. Catat cairan yang masuk dan keluar dan tidak diberikan makan dan minum dan selama 24 jam. Kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

d. Terapi psikologik

Perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi

pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini. Bantuan yang positif dalam mengatasi permasalahan psikologis dan sosial dinilai cukup signifikan memberikan kemajuan keadaan umum.

e. Diet

Ciri khas diet hiperemesis adalah penekanan karbohidrat kompleks terutama pada pagi hari, serta menghindari makanan yang berlemak dan goreng-gorengan untuk menekan rasa mual dan muntah, sebaiknya diberi jarak dalam pemberian makan dan minum. Diet pada hiperemesis bertujuan untuk mengganti persediaan glikogen tubuh dan mengontrol asidosis secara berangsur memberikan makanan berenergi dan zat gizi yang cukup. Diet hiperemesis gravidarum memiliki beberapa syarat, diantaranya adalah karbohidrat tinggi, yaitu 75-80% dari kebutuhan energi total, lemak rendah, yaitu < 10% dari kebutuhan energi total, protein sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total, makanan diberikan dalam bentuk kering, pemberian cairan disesuaikan dengan keadaan pasien, yaitu 7-10 gelas per hari, makanan mudah dicerna, tidak merangsang saluran pencernaan dan diberikan sering dalam porsi kecil, bila makan pagi dan sulit diterima, pemberian dioptimalkan pada makan malam dan selingan malam, makanan secara berangsur ditingkatkan dalam porsi dan nilai gizi sesuai dengan keadaan dan kebutuhan gizi pasien. Menganjurkan ibu untuk banyak minum air putih atau jus agar tidak dehidrasi serta

menghindari minuman yang mengandung kafein dan karbonat seperti kopi dan minuman yang bersoda.

10. Diet Hiperemesis Gravidarum

- a. 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.
- b. 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.
- c. Diet hiperemesis III diberikan kepada penderita dengan hiperemesis ringan. Menurut kesanggupan penderita minuman boleh diberikan bersama makanan. Makanan ini cukup dalam semua zat gizi kecuali Kalsium (Nengah Runiari, 2010).
- d. Ciri khas diet hiperemesis adalah penekanan karbohidrat kompleks terutama pada pagi hari, serta menghindari makanan yang berlemak dan goreng-gorengan untuk menekan rasa mual dan muntah. Diet pada hiperemesis bertujuan untuk mengganti persediaan glikogen tubuh dan mengontrol asidosis secara berangsur memberikan makanan berenergi dan zat gizi yang cukup .
- e. Diet hiperemesis gravidarum memiliki beberapa syarat, diantaranya adalah karbohidrat tinggi, yaitu 75-80 % dari kebutuhan energi total, lemak rendah, yaitu <10% dari kebutuhan energi total, protein sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total, makanan diberikan dalam bentuk kering,

pemberian cairan disesuaikan dengan keadaan pasien, yaitu 7-10 gelas per hari, makanan mudah dicerna, tidak merangsang saluran pencernaan dan diberikan sering dalam porsi kecil, bila makan pagi dan sulit diterima pemberian dioptimalkan pada makan malam dan selingan malam, makanan secara berangsur ditingkatkan dalam porsi dan nilai gizi sesuai dengan keadaan dan kebutuhan gizi pasien

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

Sumber : Lockart, 2014

Tabel 2.4 Komposisi Bahan Makanan atau Menu Dalam Sehari Diet Hiperemesis 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 gelas 1 sdm
Pukul 12:00	Roti panggang Selai Pepaya	2 iris 1 sdm 2 potong
Pukul 14:00	Air jeruk	1 gelas
Pukul 16:00	Pepaya	1 potong
Pukul 18:00	Roti panggang Selai Pisang	2 iris 1 sdm 1 buah
Pukul 20:00	Air jeruk	1 gelas

Sumber : Lockart, 2014

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 $\frac{1}{2}$ sdm 1 sdm 1 potong 1 potong	2 iris 1 butir $\frac{1}{2}$ sdm 1 sdm 1 potong 2 buah
Siang 16:00	Beras Daging Tahu Sayuran Buah Biscuit Agar-agar Susu	1 mangkok nasi 1 potong $\frac{1}{2}$ potong $\frac{1}{2}$ mangkok 1 potong 2 buah - -	1 $\frac{1}{2}$ mangkok nasi 1 potong 1 mangkok 1 potong 2 buah $\frac{1}{2}$ sdm 1 gelas
Malam 20:00	Beras Ayam Tempe Sayuran Buah Roti Margarine Selai	1 gelas 1 potong 1 potong $\frac{1}{2}$ mangkok 1 potong 2 iris $\frac{1}{2}$ sdm 1 sdm	$\frac{1}{2}$ gelas 1 potong 2 potong $\frac{1}{2}$ mangkok 1 potong 2 iris 1 sdm 1 sdm

Sumber : Lockart, 2014

11. Landasan Hukum

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

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

1. Pelayanan kebidanan
2. Pelayanan keluarga berencana
3. Pelayanan kesehatan masyarakat.

b. 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.

c. 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 uteri primer, post term dan pre term.
 - 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.

d. 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.

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

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

- Memberikan imunisasi
- Memberikan suntikan pada penyulit kehamilan, persalinan dan nifas
- Mengeluarkan placenta secara manual
- Bimbingan senam hamil
- Pengeluaran sisa jaringan konsepsi
- Episiotomi
- Penjahitan luka episiotomi dan luka jalan lahir sampai tingkat II

- Amniotomi pada pembukaan serviks lebih dari 4 cm
- Pemberian infus
- Pemberian suntikan intramuskuler uterotonika, antibiotika dan sedativa
- Kompresi bimanual
- Versi ekstraksi gemelli pada kelahiran bayi kedua dan seterusnya
- Vacum ekstraksi dengan kepala bayi di dasar panggul
- Pengendalian anemi
- Meningkatkan pemeliharaan dan penggunaan air susu ibu
- Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia
- Penanganan hipotermi
- Pemberian minum dengan sonde /pipet
- Pemberian obat-obat terbatas, melalui lembar permintaan obat sesuai dengan Formulir VI terlampir
- Pemberian surat keterangan kelahiran dan kematian

D. Proses Manajemen Kebidanan

1. Pengertian manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan. Langkah – langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola dalam mengambil keputusan klinis untuk mengatasi masalah (Mochtar, 2010).

2. Tahapan dalam manajemen kebidanan

Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah asuhan kebidanan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan diakhiri dengan evaluasi.

Tahapan dalam proses manajemen asuhan kebidanan yaitu :

a. Pengkajian Data

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap.

b. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan.

c. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi.

d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

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

e. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya.

f. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh di langkah kelima harus dilaksanakan secara efisiensi dan aman.

g. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar

telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosis. (Mochtar, 2010)

h. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang dilakukan dengan menggunakan proses berfikir secara sistimatis sesuai dengan langkah-langkah manajemen kebidanan yang diterapkan dengan metode SOAP. Pendokumentasian dalam bentuk SOAP yaitu:

1) S (Data subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis.

2) O (Objektif)

Data objektif (O) merupakan pendokumentasikan manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian) terutama data yang diperoleh melalui hasil obervasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pameriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain.

3) A (*Assesment*)

Analisis atau assesment merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup diagnostik/masalah kebidanan, diagnostik/ masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/ masalah potensial.

4) P (*Planning*)

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan yang disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, rencana asuhan ini

bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Dengan kata lain P dalam SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh. (Walyani, 2015)

Beberapa alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian :

- SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat, prinsip dari metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.
- Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan.
- SOAP merupakan urutan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasi pikiran dan memberi asuhan yang menyeluruh (Walyani, 2015)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Laporan Tugas Akhir ini berupa studi kasus dengan menggunakan metode deskriptif yakni suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan kejadian tentang asuhan kebidanan yang terjadi. Studi kasus adalah studi yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal, yaitu satu orang, studi kasus ini menggunakan manajemen 7 langkah varney dan data perkembangan dengan SOAP. Pada kasus ini menggambarkan tentang Asuhan Kebidanan pada ibu Hamil Ny. E umur 28 tahun GIII PII A0 Usia Kehamilan 12 minggu 3 hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

Lokasi merupakan tempat pengambilan kasus dilaksanakan dan waktu merupakan kapan pelaksana pengambilan studi kasus akan dilaksanakan . Studi kasus ini dilakukan di Klinik Bunda Tessa, Dusun 1A Sidourip, Kecamatan : Beringin, Kabupaten : Deli Serdang, pada bulan Maret sampai Mei 2017.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini subyek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus. Subjek studi kasus ini dilakukan pada ibu hamil Ny. E GIII PII A0 umur 28 tahun Usia Kehamilan 12 minggu 3 hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I . Pada studi kasus ini Ny. E bersedia untuk dilakukan observasi dalam penugasan Laporan Tugas Akhir penulis dengan memberikan persetujuan melalui informed consent.

D. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Metode pengumpulan data pada klien adalah dengan cara mengambil data primer dan data sekunder.

a. Jenis Data

Penulisan asuhan kebidanan sesuai studi kasus Asuhan Kebidanan Ibu Hamil pada Ny. S GIII PII A0 Umur 28 Tahun Usia Kehamilan 12 minggu 3 hari dengan Hiperemesis Gravidarum di Klinik Bunda Tessa.

1) Data Primer

a) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu cara untuk mengetahui gejala atau masalah kesehatan yang dialami oleh pasien yang bertujuan untuk mengumpulkan data tentang kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah pasien, menilai perubahan status pasien dan mengevaluasi pelaksanaan tindakan yang telah diberikan. Menurut Hidayat dan Sujiyanti, 2010, pemeriksaan fisik dapat dilakukan melalui empat teknik yaitu :

- 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 pemeriksaan dengan indra peraba, yaitu tangan untuk menentukan ketahanan, kekenyalan, kekerasan tekstur dan mobilitas. 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. E G_{III} P_{II} A₀ umur 28 tahun Usia Kehamilan 12 minggu 3 hari dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Bunda Tessa.

c) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indra penglihatan (perilaku pasien, ekspresi wajah, bau, suhu dan lainnya). Observasi pada kasus hiperemesis dapat berupa TTV, mual-muntah, BAK-BAB, berat badan, nutrisi dan jumlah obat yang dikonsumsi.

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 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, majalah ilmiah, jurnal dan sumber terbaru terbitan tahun 2007-2017.

b. Etika Studi Kasus

- 1) Membantu masyarakat untuk melihat secara kritis moralitas yang dihayati masyarakat
- 2) Membantu kita untuk merumuskan pedoman etis yang lebih memadai dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena

adanya perubahan yang dinamis dalam tata kehidupan masyarakat.

3) Dalam studi kasus lebih menunjukkan pada prinsip-prinsip etis yang diterapkan dalam kegiatan studi kasus.

3) Alat-alat dan Bahan yang dibutuhkan

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

a. Alat dan bahan pengambilan data :

- 1) Format pengkajian ibu hamil
- 2) Buku tulis
- 3) Bolpoin+ Penggaris

b. Alat dan bahan melakukan pemeriksaan dan observasi

- 1) Tensimeter
- 2) Stetoskop
- 3) Thermometer
- 4) Timbangan berat badan
- 5) Alat pengukur tinggi badan
- 6) Pita pengukur lingkaran lengan atas
- 7) Refleks hammer
- 8) Bengkok
- 9) Bak instrumen
- 10) Jam tangan

c. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- 1) Status atau catatan pasien
- 2) Alat tulis
- 3) Rekam medis

E. Pengolahan Data

Data yang diperoleh diperiksa kelengkapannya, apabila ternyata masih ada data yang tidak lengkap akan dilakukan pengecekan ulang di lapangan. Selanjutnya dapat diolah secara manual dengan membahas, membandingkan dengan studi kasus pustaka dengan data diperoleh, disajikan dalam bentuk pembahasan.

BAB IV
TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. E UMUR 28 TAHUN GIII PII A0 USIA
KEHAMILAN 12 MINGGU 3 HARI DI KLINIK BUNDA TESSA 2017**

Tanggal Masuk: 17-03-2017	Tanggal Pengkajian : 17-03-2017
Jam Masuk : 17.10 WIB	Jam Pengkajian : 17.10 WIB
Tempat : Klinik Bunda Tessa	Pengkaji : Viskha

1. PENGUMPULAN DATA

A. Identitas/biodata

Nama Ibu : Ny. E	Nama Suami : Tn. S
Umur : 28 Tahun	Umur : 32 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMK	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswata
Alamat : Desa Rumbia.	Alamat : Desa Rumbia
Kec : Beringin	Kec : Beringin
Kab : Deli Serdang	Kab : Deli Serdang

B. Anamnesa (Data Subjektif)

1. Keluhan utama:

- Suami mengatakan ibu mengalami nyeri pada ulu hati
- Suami mengatakan ibu mual muntah 6-7 x/hari
- Suami mengatakan nafsu makan ibu berkurang

2. Riwayat menstruasi

Menarche : 13 tahun, Siklus : 28 hari, teratur

Lama : 3-4 hari

Banyaknya : 3 x ganti doek/hari

Dismenorea/tidak : Tidak ada

Teratur/tidak teratur : teratur

Sifat darah : Encer

3. Riwayat kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu : G: III P: II A: O

Anak Ke	T.lahir/ Umur	Uk	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/ BB/JK	Kadaan	keadaan	Laktasi
I	4 tahun	aterm	operasi	RS	Dokter	Tdk Ada	Tdk ada	50/3, 2 /LK	Baik	Baik	Baik
II	2 tahun	Aterm	operasi	RS	Dokter	Tdk Ada	Tdk Ada	49/2, 9/ PR	Baik	Baik	Baik
III		H	A	M	I	L			I	N	I

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

G III P II A 0

HPHT : 20 Desember 2016

HPL : 27 September 2017

UK : 12 minggu 3 hari

Keluhan trimester 1 : Mual muntah 6-7 x/hari, nafsu makan berkurang dan nyeri ulu hati

Gerakan janin : Belum dirasakan

Imunisasai : TT 1 :- TT 2 :-

Tanda kehamilan : 17-01-2017 dilakukan test hasilnya (+) hamil

Kecemasan : Ada

Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

5. Riwayat Penyakit Yang Pernah Diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Ada

6. Riwayat Penyakit Keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Melitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

7. Riwayat KB : pernah ,KB Pil

8. Riwayat Psikososial

a. status perkawinan : Sah kawin : 1 kali

b. lama pernikahan : 8 tahun, usia ibu nikah : 22 tahun

c. kehamilan saat ini direncanakan/tidak : Ya,direncanakan

d. perasaan ibu dan keluarga tentang kehamilan ini: Senang

e. pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

f. tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik

g. kepercayaan yang berhubungan dengan kehamilan dan nifas : Bidan

h. tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah Sakit

i. persiapan menjelang persalinan : BPJS

9. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum

Frekuensi : 3 kali sehari

Jenis : Nasi+sayur+lauk (1/2 porsi)

Minum : 6-7 kali/hari

Jenis : Air putih + susu

Keluhan : Setiap makan ada rasa mual sehingga makanan yang dimakan dimuntahkan

b. Pola istirahat

Tidur siang : 1-2 jam

Tidur malam : 5-6 jam

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

c. Pola eliminasi

BAK : 5-6 x/hari , warna : kuning jernih

BAB : 1 x/hari, konsistensi : lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 x sehari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 x/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : Ibu Rumah Tangga

Hubungan seksual : 1 x seminggu

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. Data Objektif

1. Keadaan Umum : Lemah
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda-tanda vital :
 - Tekanan darah : 90/70 mmHg
 - Nadi : 92 x/menit
 - Suhu : 37 °Celcius
 - pernafasan : 22 x/menit
4. Pengukuran tinggi badan dan berat badan
 - Berat badan hamil : 56 kg . BB turun 5 kg, sehingga BB Ibu : 51 kg
 - Tinggi badan : 154 cm
 - Lila : 29 cm
5. Pemeriksaan fisik
 - a. Postur tubuh : Normal
 - b. Kepala : Tidak ada ketombe, rambut tidak rontok dan tidak bercabang.
 - Muka : pucat, cloasma : tidak ada, oedema : tidak ada
 - Mata : Cekung, conjungtiva : pucat, sclera : sedikit ikterik
 - Hidung : Bersih, tidak ada cuping hidung, polip : tidak meradang
 - Mulut/bibir : Bersih, bibir pucat, lidah kering
 - c. Leher : simetris, Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroïd dan limfe
 - d. Payudara :

Bentuk simetris : Ansimetris, payudara kanan lebih besar

Keadaan puting susu : Menonjol

Areola mammae : Hiperpigmentasi

Colostrum : Tidak ada

e. Perut

Inspeksi : Belum tampak pembesaran perut, ada luka atau bekas operasi.

Palpasi :

- Leopold I : 3 jari di atas symfisis
- Leopold II : Tidak dilakukan
- Leopold III : Tidak dilakukan
- Leopold IV : Tidak dilakukan
- TBBJ : Tidak dilakukan
- TFU : 3 jari di atas symfisis
- Kandung kemih : Kosong

Auskultasi :

- DJJ : Belum terdengar
- Frekuensi : Tidak ada
- Punctum Max : Tidak ada

Perkusi :

CVAT : Tidak ada nyeri

Ekstremitas

- Atas : Tidak oedema, jari-jari lengkap, kuku tidak panjang.
- Bawah : Tidak oedema, jari-jari lengkap, tidak ada varises
- Anus : Tidak ada hemorhoid

6. Pemeriksaan panggul :

- Lingkar Panggul : Tidak dilakukan
- Distosia Cristarum : Tidak dilakukan
- Distosia Spinarum : Tidak dilakukan
- Congjungata Bourdeloque : Tidak dilakukan

7. Pemeriksaan dalam : Tidak dilakukan

D. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium :

Hb : tidak dilakukan

II. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : Ibu GIII PII A0, usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan masalah hiperemesis gravidarum tingkat I

Data dasar:

DS : 1. Ibu mengatakan HPHT 20 Desember 2016

2. Ibu mengatakan ini kehamilan yang ketiga dan belum pernah keguguran

3. Ibu mengatakan berat badan saat hamil 56 kg

4. Ibu mengeluh merasa lemas
5. Ibu mengatakan sering mual muntah
6. Ibu mengatakan nyeri ulu hati
7. Ibu mengeluh nafsu makan berkurang

DO : 1. Keadaan umum : lemah
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Tanda-tanda vital :

Tekanan Darah : 90/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 92 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

4. Pengukuran BB dan TB

Berat badan hamil : 56 kg , BB turun 5 kg, sehingga BB Ibu : 51 kg

Tinggi badan : 154 cm

Lila : 29 cm

Masalah : Ibu mengeluh mual-muntah 6-7 kali, nyeri ulu hati dan nafsu makan berkurang

Kebutuhan : Informasi mengenai pemenuhan nutrisi dan cairan.

Berikan therapy dan cairan

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA MASALAH POTENSIAL

- Dehidrasi

DS : 1. Suami mengatakan ibu mual-muntah 6-7 kali
2. Suami mengatakan nafsu makan ibu berkurang

DO : 1. Keadaan Umum : lemah
2. Ibu tampak pucat
3. Mata cekung, lidah kering
4. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 90/70 mmHg

Suhu : 37° C

Nadi : 92 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

IV. TINDAKAN SEGERA, KOLABORASI, RUJUKAN

Kolaborasi dengan dokter obgyn pemberian therapy

V. INTERVENSI

Tanggal Masuk : 17-03-2017

pukul : 17.25 wib

Oleh : Viskha

No	Intervensi	Rasional
1	Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang dilakukan	Agar ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan dan keadaanya .
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 Ringer Laktat	Ringer Laktat dapat membantu mengganti cairan 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

No	Intervensi	Rasional
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 keluhannya	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	Agar dapat memperbaiki keadaan umum ibu
8	Anjurkan ibu untuk mendapatkan imunisasi TT	Memberitahu ibu mengenai imunisasi TT

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal :17-03-2017

pukul : 17.35 wib

Oleh : Viskha

No	Tgl	Waktu	Implementasi	Paraf
1	17-03-2017	17.35	<p>Menyampaikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yang dilakukan bahwa ibu dalam keadaan baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usia kehamilan 12 minggu 3 hari - Keadaan umum : lemah - Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 90/70 mmHg Nadi : 92 x/menit Suhu : 37⁰C Respirasi : 22 x/menit <p>1. Pengukuran tinggi badan dan berat badan Berat badan hamil :56 kg, BB turun : 5 kg, sehingga BB ibu : 51kg Tinggi badan:154 cm LILA :29 cm</p> <p>Ev : Ibu dan keluarga sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan</p>	Viskh a

No	Tgl	Waktu	Implementasi	Paraf
			keadaan ibu	
2		17.38	<p>Memberikan kepada ibu nutrisi yang sesuai dengan hiperemesis gravidarum tingkat I yaitu makanan yang boleh dimakan yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengonsumsi makanan yang bernutrisi seperti buah mangga, jambu Makan sedikit-sedikit tapi sering selingan dengan roti/biskuit, roti srikaya <p>Saat makan cairan tidak boleh diberikan, tetapi 1-2 jam setelah makan</p> <p>Ev: Ibu bersedia mengonsumsi makanan yang bernutrisi demi kesehatannya</p>	Viskha
3		17.40	<p>Melakukan pemberian cairan infus yaitu RL</p> <p>Ev: tampak terpasang cairan RL 28 tts/menit</p>	Viskha
4		17.45	<p>Menganjurkan ibu untuk beristirahat pola istirahat ibu terpenuhi dan agar ibu ibu merasa tenang.</p> <p>Ev :Ibu dan keluarga bersedia untuk melaksanakan anjuran yang diberikan</p>	Viskha
5		17.50	<p>Menciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau</p> <p>Ev : keluarga dan ibu bersedia menjaga kebersihan ruangan kamar ibu</p>	Viskha
6		17.52	<p>Memberikan dukungan psikologis pada ibu seperti memberikan ibu perhatian pada saat makan dan memberikan obat.</p> <p>Ev :Ibu merasa lebih baik dan lebih tenang dengan kondisinya saat ini</p>	Viskha
7		17.55	<p>Memberikan ibu therapy sesuai dosis yang dianjurkan yaitu :</p> <p>Inj. Ranitidine</p>	Viskha

No	Tgl	Waktu	Implementasi	Paraf
			Obat oral : Sy. Antasida 3x1 sdt Vitamin B6 3x1 Ev : Ibu sudah mendapatkan therapy obat.	
8		18.00	Memberitahu ibu tentang imunisasi TT Ev : ibu sudah mengerti dan berjanji akan mendapatkannya dari tim kesehatan	Viskha

VII. EVALUASI

Tanggal : 17 Maret 2017

Oleh : Viskha

- S :
1. Ibu mengatakan telah mengetahui keadaannya
 2. Ibu mengatakan sudah mengerti tentang penkes yang dijelaskan
 3. Ibu mengatakan sudah meminum obat yang diberikan

- O :
1. Keadaan Umum : Lemah
 2. Kesadaran : CM
 3. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 90/70 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 92 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

4. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Berat badan hamil : 56 kg, BB turun : 5 kg, sehingga BB ibu saat ini :

51 kg

Tinggi badan : 154 cm

Lila : 29 cm

5. Ibu tampak mengerti dengan penkes yang diberikan dengan menganggukkan kepalanya .
6. Infus RL 500 ml sudah terpasang dengan baik
7. Ibu tampak beristirahat dikamar rawat inap

A : Diagnosa : Ny. E usia 28 tahun GIII PII A0 usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I

Masalah : Mual-muntah dan nyeri ulu hati

Kebutuhan : Lanjutkan pemberian therapy .

- P :**
1. Observasi mual dan muntah ibu
 2. Pantau keadaan ibu umum dan tanda-tanda vital
 3. Anjurkan ibu tetap makan-makanan yang bergizi selama hamil
 4. Anjurkan ibu makan sedikit-sedikit tapi sering
 5. Anjurkan ibu untuk menghindari bau yang merangsang mual dan muntah
 6. Lanjutkan pemberian therapy dan cairan RL, Inj. Ranitidin, vitamin B6 3x1 dan sirup antasida 3x1.

DATA PERKEMBANGAN I

Tanggal : 18 Maret 2017 Pukul : 08.00 wib Oleh : Viskha

- S :**
1. Ibu mengatakan mual-muntah sudah berkurang
 2. Ibu mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang
 3. Ibu mengatakan nafsu makan masih sedikit
 4. Ibu mengatakan sudah merasa nyaman dari sebelumnya

O : Data Objektif

1. Keadaan umum : Baik
2. Kesadaran : Compos Mentis
3. Vital sign :
Tekanan Darah : 100/80 mmhg
Suhu : 36,6°C
Nadi : 84 x/menit
Pernafasan : 22 x/menit
4. Berat badan : 51 kg
5. Ibu muntah sebanyak 4 kali
6. Turgor kulit : kurang
7. Mata : tidak cekung conjungtiva : pucat sclera : tidak ikterik
8. Lidah tidak kotor dan bibir kering

A : Assesment

Diagnosa : Ny. E GIII PII A0, usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan
hiperemesis gravidarum tingkat I.

Data dasar :

- DS :
1. Ibu mengatakan mual muntah masih ada
 2. Ibu mengatakan sudah mengetahui keadaannya dan hasil pemeriksaan yang dilakukan
 3. Ibu mengatakan nyeri ulu hati sudah berkurang dan sudah lebih nyaman dari sebelumnya

- DO :
1. Keadaan Umum : Baik
 2. Kesadaran : Compos Mentis
 3. Tanda- tanda vital

Tekanan Darah : 100/80 mmHg

Suhu : 36,6 °C

Nadi : 84 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

Masalah : mual muntah masih ada

Kebutuhan : Anjurkan ibu tetap memenuhi asupan nutrisi dengan makan sedikit- sedikit tapi sering.

Lanjutkan pemberian therapy

P : Planning

1. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga yang dilakukan
 - a. Keadaan Umum : Baik
 - b. Tekanan Darah : 100/80 mmHg
 - c. Suhu : 36,6°C
 - d. Nadi : 84 x/menit
 - e. Pernafasan : 22 x/menit

Ev : Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dalam batas normal

2. Melepaskan infus RL ibu

Ev : Ibu rencana pulang hari ini

3. Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit tapi sering untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu seperti roti atau biskuit kering

Ev : Ibu tampak mengerti atas anjuran makan yang telah dipenkes kepadanya

4. Menganjurkan ibu untuk meminum obat yang telah diberikan

Ev : berikan obat sirup antasida 3x1, B6 3x1, ferobion 1x1 dan inj.ranitidine

5. Memberitahu ibu bidan akan datang kunjungan besok

Ev : Ibu sudah mengetahuinya dan setuju bidan untuk kunjungan ulang

DATA PERKEMBANGAN II

Kunjungan kerumah

Tanggal : 19 Maret 2017 Pukul : 09.00 WIB Oleh : Viskha

Keadaan Umum : Baik

S: 1. Ibu mengatakan mual-muntah masih ada tetapi frekuensinya tidak seperti sebelumnya dan tidak mengganggu pola istirahat ibu

2. Ibu mengatakan nafsu makan mulai membaik

3. Ibu merasa nyeri ulu hati tidak ada lagi dirasakan

O : 1. KU ibu : Baik

2. Kesadaran : Compos Mentis

3. Ibu muntah sebanyak 3 kali

4. Tanda-tanda vital :

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,3°C

Pernafasan : 22 x /menit

5. Wajah ibu tidak pucat

6. Turgor kulit : Baik

7. Mata : Tidak cekung, conjungtiva : tidak pucat, sclera : tidak ikterik

8. Porsi makan 1 porsi

A : Assesment

Diagnosa : Ny. E GIII PII A0, usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I

Data Dasar

- DS :
1. Ibu mengatakan mual muntah sudah berkurang
 2. Ibu mengatakan nafsu makan mulai membaik

- DO :
1. Keadaan Umum : Baik
 2. Kesadaran : Compos Mentis
 3. Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36,3⁰C

Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 22x/menit

Masalah : muntah masih ada sebanyak 3 kali

Kebutuhan : tetap anjurkan ibu agar meneruskan obat dengan meminum obat sesuai anjuran dan teratur.

P : Planning

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan pada ibu dalam batas normal

Tekanan Darah : 110/70 mmHg

Suhu : 36,6⁰C

Nadi : 80 x/menit

RR : 22 x/menit

Ev : Ibu sudah tahu hasil pemeriksaan yang dilakukuan kepadanya

2. Menganjurkan pada ibu untuk tetap :

- a. Mengkonsumsi makanan yang bernutrisi selama kehamilan seperti vitamin C (jeruk, jambu merah)

- b. Memperbanyak minum air putih ± 9 gelas per hari agar ibu tidak dehidrasi
- c. Makan sedikit-sedikit tapi sering agar asupan nutrisi ibu terpenuhi
- d. Makan-makanan selingan seperti biskuit atau roti kering

Ev : Ibu mengerti tentang nutrisi yang diperlukan pada kehamilannya dan berjanji akan mengikuti anjuran bidan

- 3. Menganjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi obat yang diberikan kepada ibu yaitu sirup antasida 3x1, B6 3x1 dan ferobion 1x1.

Ev : Ibu berjanji akan meminum obat secara teratur

- 4. Menganjurkan ibu untuk datang bulan depan ke klinik untuk memeriksakan kehamilannya atau datang jika ada keluhan yang dapat mengkhawatirkan ibu

Ev : Ibu berjanji akan datang untuk memeriksakan kehamilannya atau jika ada keluhan

B. Pembahasan

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dan hasil tinjauan kasus pada pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. E dengan hiperemesis gravidarum tingkat I. Pembahasan ini dibuat berdasarkan asuhan yang nyata dengan pendekatan asuhan kebidanan. Untuk memudahkan pembahasan, penulis menggunakan 7 langkah Varney yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian

Menurut Sarwono (2010), tanda dan gejala hiperemesis gravidarum tingkat I adalah muntah yang terus-menerus, timbul intoleransi terhadap makanan dan

minuman, berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah pertama keluar makanan, lendir dan sedikit cairan empedu, dan yang terakhir keluar darah. Nadi meningkat sampai 100 kali per menit dan tekanan darah sistolik menurun. Mata cekung dan lidah kering, turgor kulit berkurang, dan urine sedikit tetapi masih normal.

Pada kasus Ny. E data yang diperoleh ketika melakukan pengkajian terdapat tanda dan gejala seperti mual dan muntah 6-7 kali yang menyebabkan penderita lemah, intoleransi terhadap makanan dan minuman, berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah pertama keluar makanan, lendir dan sedikit cairan empedu.

Data objektif yang didapat yaitu pemeriksaan *vital sign* didapat nadi lemah dan cepat dengan frekuensi 92 x/ menit, tekanan darah rendah yaitu 90/70 mmHg, lidah kering, turgor kulit berkurang, mata cekung. Dalam hal ini tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pemeriksaan abdomen bertujuan untuk memberikan informasi tentang posisi janin setelah usia kehamilan 13 minggu. Manuver Leopold membantu menentukan posisi dan presentasi janin melalui palpasi abdomen secara sistematis yang terdiri dari Leopold I, Leopold II, Leopold III dan Leopold IV.

Pada kasus Ny. E tidak dilakukan pemeriksaan/palpasi Leopold I sampai Leopold I karena menurut teori pemeriksaan/palpasi abdomen dilakukan pada usia kehamilan 13 minggu untuk menentukan posisi janin. Dalam hal ini tidak terdapat

perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

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. Untuk melakukan pemeriksaan panggul, pada usia kehamilan 36 minggu. (Rukiyah, Ai Yeyeh, 2014)

Pada kasus Ny. E tidak dilakukan pemeriksaan panggul karena menurut teori 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 yang dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaan panggul pada Ny. E tidak perlu dilakukan karena ini merupakan kehamilan yang ketiga dan sebelumnya sudah pernah melahirkan. Namun apabila dilakukan usia kehamilan ibu saat ini 12 minggu 3 hari, sementara menurut teori pemeriksaan panggul dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dalam hal ini tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

Pada saat pemeriksaan fisik, tidak dilakukannya pemeriksaan HB pada Ny. E karena pada pola makan dan minum, pola istirahat, tanda-tanda vital dan pemeriksaan mata tidak dalam batas normal. Hal ini mendukung bahwa Ny. E mengalami anemia. Jadi tidak perlu dilakukan pemeriksaan HB. Dalam hal ini tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

2. Interpretasi Data Dasar

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 sebagian kecil primigravida belum mampu beradaptasi terhadap 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 (Mochtar, 2011)

Berdasarkan data diatas dirumuskan diagnosa/masalah aktual sebagai berikut: GIII PII A0 usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum Tingkat I dengan masalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan diagnosa pada Ny. E 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 praktek.

3. Identifikasi Diagnosa Masalah Potensial

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 (Rukiyah dan Yulianti, 2010)

Pada kasus Ny. E 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. Pada kasus Ny. E tidak potensial terjadi hiperemesis gravidarum II karena langsung diberikan penanganan. Pada langkah ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan praktek.

4. Tindakan Segera, Kolaborasi, Rujukan

Menurut peraturan Menkes Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 pasal 16 poin 1 D bahwa pelayanan kebidanan kepada ibu meliputi penyuluhan konseling, pemeriksaan fisik, pelayanan antenatal, pertolongan pada kehamilan abnormal

yang mencakup ibu hamil dengan abortus iminens, hiperemesis gravidarum tingkat I, preeklampsia ringan dan anemia ringan. Penanganan hiperemesis gravidarum tingkat I termasuk kedalam wewenang bidan.

Pada kasus Ny. E asuhan kebidanan dilakukan secara mandiri dan tidak ada kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain maupun tindakan rujukan ke fasilitas kesehatan. Pada langkah ini penulis menyimpulkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

5. Perencanaan/Intervensi

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 kasus Ny. E rencana asuhan kebidanan yang diberikan yaitu beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang dilakukan, penkes nutrisi sesuai dengan hiperemesis gravidarum tingkat I, pasang cairan infus intravena yaitu Ringer Laktat, anjurkan ibu untuk beristirahat, batasi pengunjung. Isolasi ibu di ruangan kamar rawat inap, ciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau, berikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan keluhannya, berikan ibu terapi obat yang telah dianjurkan dan anjurkan ibu untuk mendapatkan imunisasi TT1 pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT2 diberikan 4 minggu kemudian setelah pemberian TT1. Pada langkah ini perencanaan pada kasus Ny. E sudah sesuai dengan teori pada tinjauan pustaka sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

6. 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.

Menurut Rukiyah dan Yulianti, 2014 penanganan terhadap hiperemesis gravidarum dimulai dengan pencegahan, obat-obatan, isolasi dan terapi psikologik dan diet. Menurut Sarwono, 2010 penanganan terhadap hiperemesis gravidarum dimulai dengan hiperemesis yang berat pasien dianjurkan untuk dirawat di rumah sakit dan membatasi penunjang, stop makanan per oral 24-48 jam, infus glukosa 10 % atau 5 % RL = 2:1, 40 tetes per menit, obat, diet sebaiknya meminta advis ahli gizi, rehidrasi dan suplemen vitamin, antiemesis . Penatalaksanaan yang diberikan pada kasus Ny. E dengan hiperemesis gravidarum tingkat I memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan yang dilakukan, memberi penkes nutrisi sesuai dengan hiperemesis gravidarum tingkat I, memasang infus dengan cairan Ringer Laktat, pemberian terapi yaitu Inj. Ranitidin, vitamin B6 dan sirup antasida, menganjurkan ibu untuk beristirahat, membatasi pengunjung, isolasikan ibu di ruangan kamar rawat inap, menciptakan ruangan yang bersih, nyaman dan kurangi rangsangan bau, memberikan dukungan psikologis pada ibu dan memberi kesempatan untuk mengungkapkan keluhannya, dan menganjurkan ibu untuk mendapatkan imunisasi TT1 pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT2 diberikan 4 minggu kemudian setelah pemberian TT1. Pada kasus Ny. E penanganan masalah yang dialami yaitu hiperemesis gravidarum tingkat I

sudah sesuai dengan teori kepustakaan. Sehingga penulis menyimpulkan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Menurut Rukiyah, Ai Yeyeh, 2014 pemberian imunisasi TT pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja. Imunisasi TT1 diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT2 diberikan 4 minggu kemudian setelah pemberian TT1. Pada kasus Ny. E pemberian imunisasi TT yang terdapat dalam intervensi tidak dilaksanakan karena bidan fokus dalam penanganan masalah yang dialami Ny. E. Selain itu usia kehamilan Ny. E masih 12 minggu 3 hari dan belum melewati waktu pemberian imunisasi TT1 yaitu 16 minggu. Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

7. Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan 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. E 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. E berhasil. Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny. E.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian pada kasus ibu hamil Ny .E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa 17 Maret 2017 diperoleh gejala yaitu mual-muntah 6-7 x/hari, nyeri epigastrium menyebabkan penderita tampak lemah, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, terjadi dehidrasi ditandai dengan turgor kulit berkurang, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, mata cekung dan sedikit ikterus.
2. Interpretasi Data Dasar, masalah, serta menentukan kebutuhan pasien berdasarkan data-data yang telah dikumpulkan pada kasus Ny. E G_{III}P_{II}A₀ usia 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum di Klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017. Adapun diagnosa yang ditegakkan adalah Ny. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat 1. 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 mungkin akan terjadi pada kasus Ny. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017 adalah hiperemesis gravidarum grade II

dan pada bayi terganggunya pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan.

4. Tindakan dan kolaborasi yang mungkin akan terjadi pada kasus Ny. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis tingkat I di Klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017.
5. Rencana asuhan sesuai dengan diagnosa, masalah dan kebutuhan klien pada kasus Ny. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017. Asuhan yang diberikan pada Ny. E adalah diet hiperemesis gravidarum tingkat I diberikan secara bertahap, obat-obatan, 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. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017. Ibu telah melakukan diet hiperemesis gravidarum tingkat 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. E G_{III}P_{II}A₀ usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di klinik Bunda Tessa tanggal 17 Maret 2017. Pada kunjungan terakhir tanggal 19 Maret 2017 keadaan umum ibu membaik, TTV dalam batas normal dan frekuensi mual dan muntah ibu $\pm 3x$.

B. Saran

1. Bagi Penulis

Agar penulis selanjutnya dapat meningkatkan keterampilan dalam melakukan pengkajian yang dilakukan untuk melakukan asuhan kebidanan 7 langkah varney pada ibu hamil sesuai standar profesi kebidanan sehingga pada saat penegakan diagnosa tidak terjadi kesalahan.

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 pendagnosaan tidak terjadi kesalahan.

3. 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

4. Bagi Klien

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

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziyah, Yulia. 2016. *Obstetri patologis*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hutahaean, Serri. 2013. *Perawatan Antenatal*. Jakarta: Salemba Medika
- Lockart, Anita & Saputra, Lyndon. 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologis & Patologis*. Palembang-Indonesia: Binarupa Aksara
- Manuaba, Chandranita, dkk. 2012. *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Mochtar, Rustam. 2010. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Prawiroharjo, Sarwono. 2009. *Pelayanan Kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Prawiroharjo, Sarwono. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Edisi ketiga. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Rukiyah, Ai Yeyeh & Yulianti, Lia. 2013. *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Runiari, Nengah. 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Hiperemesis Gravidarum*. Jakarta: Salemba Medika
- Walyani, Siwi Elisabeth. 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*. Yogyakarta: Pustaka Barupres
- http://digilib.unila.ac.id/20690/14/BAB%20I/karyailmiah/angka_kematian_ibu_menurut_WHO/document.pdf: diunduh tanggal : 05 Mei 2017
- <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>/angka kematian ibu menurut SDG s: diunduh tanggal 05 mei 2017
- http://www.perpusnwu.web.id/karyailmiah/hubungan_dukungan_suami_dengan_hiperemesis_gravidarum/documents/4728.pdf : diunduh tanggal 05 Mei 2017
- <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf>/profil kesehatan sumatera utara: di unduh tanggal : 05 Mei 2017

<http://jurnal.asuhan.kebidanan.hiperemesis.gravidarum.com/pdf>: di unduh tanggal 10 mei 2017

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

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Persetujuan Judul LTA
2. *Informed Consent* (Lembar persetujuan Pasien)
3. Surat Rekomendasi dari Klinik/Puskesmas/RS
4. Daftar Hadir Observasi
5. Lembar Konsultasi

STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

SURAT PERSETUJUAN LTA

Medan, 28 April 2017

Kepada Yth:

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

di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Viskha Situmorang

Nim : 022014067

Program Studi : D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Mengajukan Judul dengan topik : Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Klinik/Puskesmas/RS Ruangan : Klinik Bunda Tessa

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada Ny.E G_{III}P_{II}A0 Usia Kehamilan 12

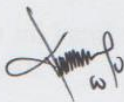
Minggu 3 Hari Dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat I di Klinik Bunda Tessa
Tahun 2017

Hormat saya,



(Viskha Situmorang)

Disetujui oleh
Dosen Pembimbing



(Meriati B.A.P, S.ST)

Diketahui oleh
Koordinator LTA



(Flora Naibaho FSE, Oktapiana M)

LEMBAR INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama : Ny. E

Umur : 28 tahun

Alamat : Jln.Mesjid II

Dengan ini menyatakan setuju dan bersedia dijadikan pasien laporan akhir oleh mahasiswa Prodi D-III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth.

Medan, Maret 2017

Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan



(Viskha Tumiar Situmorang)

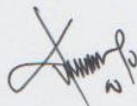
Klien



(Ny. E)

Mengetahui

Dosen Pembimbing LTA



(Meriati BAP, SST)

Bidan Lahan Praktek



(Martine Augustine Meha, SST.,M.Kes)

SURAT REKOMENDASI

Yang bertanda tangan dibawah ini saya sebagai bidan dilahan praktek
PKK Mahasiswa Diploma III Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan di Klinik
Helen Tahun 2017

Nama : Martine Agustine Meha, SST.,M.Kes

Jabatan : Ibu Klinik

Nama Klinik :Bunda Tessa

Alamat : Ds.Sidourip, Kec.Beringin, Kab.Deli Serdang

Menyatakan bahwa mahasiswa dibawah ini

Nama : Viskha Tumiar Situmorang

NIM : 022014067

Tingkat III : DIII- kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

Benar telah melakukan "Asuhan Kebidanan Ibu Hamil Pada Ny.E Usia 28
Tahun GIII PII A0 Usia Kehamilan 12 Minggu 3 Hari Dengan Hiperemesis
Gravidarum Tingkat I Di Klinik Pratama Bunda Tessa Tahun 2017.

Demikianlah surat ini direkomendasikan untuk laporan tugas akhir (LTA).

Medan, April 2016

Bidan Lahan Praktek

(Martine Agustine Meha, SST.,M.Kes)



DAFTAR HADIR OBSERVASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : viskha Tumigar Situmorang

NIM : 022014067

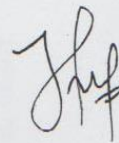
Nama Klinik : Bunda Tessa

Judul LTA : Asuhan Kebidanan pada ibu hamil NY.E usia 28 tahun G III P II A0 usia kehamilan 12 minggu 3 hari dengan hiperemesis gravidarum tingkat I di Klinik Bunda Tessa Tahun 2017

NO	Tanggal	Kegiatan	Tanda tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Pembimbing Klinik di Lahan
1	17 Maret 2017	- melakukan pengkajian pada ibu. - Penkes hiperemesis gravidarum	Chutis	
2	18 Maret 2017	- Anamnesa perkembangan - Memberikan therapy	Chutis	
3	19 Maret 2017	- Anamnesa perkembangan kunjungan ke rumah	Chutis	

Medan, 2017






Ka. Klinik








(Martine Agustine Meka)

III. KEGIATAN KONSULTASI






1. Konsultasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / KTI)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1	Rabu, 26 April 2017	Meniti BAP, SST	- Pengisian Judul Laporan Tugas Akhir ;	 Meniti BAP, SST
2	Jumat, 28 April 2017	Meniti BAP, SST	- Konsultasi BAB I dan BAB II - (Perambatan Teori pada BAB II) - (Perbaikan BAB I - II)	 Meniti BAP, SST
3	Sabtu, 29 April 2017	Meniti BAP, SST	- Konsultasi perbaikan BAB I dan BAB II	 Meniti BAP, SST
4	Senin, 08 Mei 2017	Meniti BAP, SST	- Konsultasi BAB III dan BAB IV	 Meniti BAP, SST
5	Senin, 13 Mei 2017	Meniti BAP, SST	- Konsultasi perbaikan BAB III dan BAB IV - II - Acc ulang	 Meniti BAP, SST

1. Konsultasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / KTI)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
6	Senin, 15 Mei 2017	Merati Bap, SST	- Konsultasi BAB I sampai BAB V dan meminta tanda tangan lembar persetujuan laporan tugas akhir.	 Merati Bap, SST
7	Jumat, 19 Mei 2017	Merati Bap, SST	- Konsultasi BAB I sampai BAB V perbaikan. - melengkapi lampiran kelengkapan. - perbaikan penulisan.	 Merati Bap, SST
8	Sabtu, 27 Mei 2017	Merati Bap, SST	- Konsultasi BAB I - BAB IV	 Merati Bap, SST
9	Senin, 29 Mei 2017	Merati Bap, SST	- Konsultasi perbaikan BAB IV	 Merati Bap, SST
10	Rabu, 31 Mei 2017	Merati Bap, SST	ACC	 Merati Bap, SST

1. Konsultasi Penyelesaian Tugas Akhir (Proposal / Skripsi / KTI)

No.	Hari/Tanggal	Dosen	Pembahasan	Paraf Dosen
1.	Jumat, 19 Mei 2017	R. Oktaviana, SST. M.KES	- Konsultasi BAB IV - BAB V perbaikan penulisan dan BAB IV - V	
2	Sabtu, 20 Mei 2017	R. Oktaviana, SST. M.KES	- konsultasi perbaikan BAB IV - BAB V perbaikan penulisan dan BAB IV	
3	Senin, 22 Mei 2017	R. Oktaviana, SST. M.KES	- Konsultasi perbaikan penulisan dan BAB IV	
4	Selasa, 23 Mei 2017	R. Oktaviana, SST. M.KES	Konsultasi penulisan dan materi BAB IV - V	
5	Rabu, 24 Mei 2017	R. Oktaviana, SST. M.KES	Konsultasi perbaikan BAB IV dan BAB V Ace lanjut Pembimbing	

2	24-05-2017	SST, Mikes		
3	26-05-2017	Flora Haibaho SST, Mikes	<ul style="list-style-type: none"> Konsul perbaikan BAB 3 - Y - Lengkapi dokumen - Acc 	