

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Teori Medis

a. Kehamilan

1) Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan sebagai nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Ditinjau dari tuanya kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

Hiperemis gravidarum (HEG) adalah kondisi mual, muntah yang berlebihan pada kehamilan dan dapat meningkatkan kebutuhan perawatan di rumah sakit akibat dehidrasi yang diderita. Mual muntah pada kehamilan (*nausea and vomiting of pregnancy/NVP*) adalah keluhan yang umum ditemui pada wanita hamil di trimester awal kehamilan (Khan, 2019).

2) Diagnosa Kehamilan

Tanda pasti Kehamilan

- a) Teraba bagian-bagian janin dan dapat dikenal bagian bagian janin
- b) Terdengar dan dapat dicatat bunyi jantung bayi
- c) Dapat dirasakan gerakan janin
- d) Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin
- e) Dengan alat USG dapat diketahui kantung janin, panjang janin, dan dapat diperkirakan usia kehamilan serta dapat menilai pertumbuhan janin (Asrinah dkk, 2017).

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi Kehamilan

Menurut (Romauli, 2011) faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan antara lain:

a) Faktor Fisik

(1) Status Kesehatan

Status kesehatan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kondisi kesehatan ibu hamil. Pengaruh status kesehatan terhadap kehamilan antara lain:

- (a) Penyakit atau komplikasi akibat langsung dari kehamilan, seperti *hiperemesis gravidarum*, *preeklamsi*, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta, atau selaput janin, pendarahan antepartum, dan gamelli.
- (b) Penyakit atau kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan. Terdapat hubungan timbal balik dimana

penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan.

(2) Status Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi sangat dipengaruhi terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Keterbatasan gizi selama hamil sering berhubungan dengan faktor ekonomi, pendidikan, sosial atau keadaan lain yang dapat meningkatkan kebutuhan gizi ibu hamil.

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Pengaruh gizi terhadap kehamilan sangat penting. Berat badan ibu hamil harus memadai, bertambah sesuai dengan umur kehamilan. Berat badan normal akan menghasilkan anak yang normal.

Demikian juga sebaliknya kenaikan berat badan lebih dari normal, dapat menimbulkan komplikasi keracunan kehamilan (preeklamsi), anak yang terlalu besar sehingga menimbulkan kesulitan persalinan. Jika berat badan ibu hamil kurang dari normal kemungkinan ibu beresiko keguguran, anak lahir premature, berat badan lahir rendah, gangguan kekuatan rahim mengeluarkan anak, dan pendarahan sehabis persalinan.

(3) Gaya Hidup

Gaya hidup merupakan kebiasaan-kebiasaan yang ada pada masyarakat baik masyarakat yang bersifat positif maupun kebiasaan bersifat negatif yang dapat mempengaruhi kesehatan. Pengaruh gaya hidup yang mempengaruhi kehamilan seperti kebiasaan minum jamu, aktivitas seksual, pekerjaan atau aktivitas sehari-hari yang terlalu berat, senam hamil, konsumsi alkohol, merokok, dan kehamilan yang tidak diharapkan.

b) Faktor Psikologi

Faktor psikologi muncul karena ketidakmatangan di dalam perkembangan emosional dalam kesanggupan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan situasi tertentu termasuk kehamilan. Faktor psikologi ini mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhi kehamilan, antara lain stressor, dukungan keluarga, penyalahgunaan obat (*substance abuse*) dan kekerasan dalam suatu hubungan (*partner abuse*).

c) Gaya Hidup

Gaya hidup sehat adalah gaya yang digunakan ibu hamil. Ekonomi juga selalu menjadi faktor penentu dalam proses kehamilan yang cukup dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin. Dengan adanya perencanaan yang baik sejak awal, membuat tabungan bersalin, maka kehamilan dan proses persalinan dapat

berjalan dengan baik. Berikut ini adalah faktor yang mempengaruhi gaya hidup antara lain:

(1) Faktor lingkungan

Ada beberapa kebiasaan adat istiadat yang merugikan ibu hamil. Tenaga kesehatan harus dapat menyikapi hal ini secara bijaksana dan jangan sampai menyinggung kearifan lokal pada daerah tersebut. Penyampaian mengenai pengaruh adat dapat melalui beberapa teknik, misalnya media massa, pendekatan tokoh masyarakat, dan penyuluhan yang menggunakan media efektif.

(2) Faktor sosial

Faktor sosial tergolong menjadi dua macam yaitu :

(a) Fasilitas kesehatan

Fasilitas kesehatan berfungsi sebagai menentukan kualitas pelayanan pada ibu hamil. Deteksi dini terhadap kemungkinan adanya penyulit akan lebih tepat, sehingga langkah antisipatif akan lebih cepat diambil serta adanya fasilitas kesehatan ini dapat menurunkan angka kematian ibu hamil (AKI).

(b) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Informasi yang berhubungan

dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan, sehingga akan meningkatkan pengetahuannya.

(c) Pekerjaan

Pekerjaan seseorang akan menggambarkan aktifitas dan tingkat kesejahteraan ekonomi yang didapatkan.

(3) Faktor budaya dan adat istiadat

Adat istiadat merupakan akar budaya masyarakat atau kebiasaan yang dilakukan. Banyak sekali kebiasaan adat istiadat yang masih dipertahankan di Indonesia untuk mencapai keturunan yang baik secara psikis maupun jasmani.

Faktor sosial budaya yang mempengaruhi kehamilan seperti larangan ibu hamil melihat orang menyembelih binatang, upacara tujuh bulan, kedekatan masyarakat pada dukun beranak, ibu hamil harus makan dua kali lipat, ibu hamil tidak boleh makan nanas, pisang ambon dan duren, minum es membuat janin besar, ibu hamil tidak boleh makan daging kambing, minum air kelapa, minum jamu-jamuan tradisional, minum air rebusan kacang hijau, peringatan 4 bulanan, ibu hamil tidak boleh makan cabe, ibu hamil tidak boleh memasak sambil jongkok.

(4) Faktor ekonomi

Faktor-faktor ekonomi yang mempengaruhi kehamilan antara lain:

- (a) Ekonomi rendah menyebabkan gangguan emosi ibu hamil
- (b) Ekonomi rendah mempengaruhi gizi yang disebabkan gangguan makanan
- (c) Ekonomi rendah mempengaruhi banyaknya jumlah anak
- (d) Ekonomi rendah mempengaruhi saat terjadi pendarahan
- (e) Ekonomi rendah mempengaruhi banyaknya anak yang disebabkan kurangnya penyuluhan keluarga berencana
- (f) Ekonomi rendah menyebabkan ibu yang sedang hamil dalam melakukan pemeriksaan mendapatkan fasilitas pelayanan pemeriksaan yang tidak efektif karena kurangnya biaya yang harus dikeluarkan
- (g) Ekonomi rendah menyebabkan ibu hamil yang pendidikannya rendah tidak mengetahui tentang pemeriksaan kehamilan yang baik
- (h) Ekonomi rendah menyebabkan masyarakat khususnya ibu hamil bertempat tinggal di daerah yang jauh dari pelayanan kesehatan
- (i) Ekonomi rendah menyebabkan ibu hamil berperan penting dalam masalah transportasi dan biaya lain yang mempengaruhi kehamilan

4) Perawatan Kehamilan

Antenatal care adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu selama masa kehamilannya yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. (Depkes RI, 2012).

Menurut Wagiyo dan Purnomo (2016), tujuan ANC yaitu sebagai berikut :

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, obstetric, dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu supaya masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi supaya dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

Jadwal Pemeriksaan Kehamilan (ANC) Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 6 kali selama kehamilan dan 2 Kali pemeriksaan oleh dokter pada TM I dan TM III, yang terbagi dalam (Buku KIA, 2020).

- a) 2 Kali pada TM I (Kehamilan 12 minggu)
- b) 1 Kali pada TM II (Kehamilan diatas 12-24 minggu)
- c) 3 Kali pada TM III (Kehamilan diatas 24-40 minggu)

Untuk lebih rincinya kunjungan antenatal terbagi menjadi 3 yaitu

- a) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke 8. Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses. K1 murni adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada kurun waktu trimester 1 kehamilan. Sedangkan K1 akses adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan pada usia kehamilan berapapun. Ibu hamil seharusnya melakukan K1 murni, sehingga apabila terdapat komplikasi atau factor risiko dapat ditemukan dan ditangani sedini mungkin.

b) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan).

c) Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan

terminasi kehamilannya. Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat :

- Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama

Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter.

- Kunjungan 5 di trimester 3

Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

Menurut Kemenkes RI (2020) Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) pada kehamilan normal minimal 6x dengan rincian 2x di trimester 1, 1x di trimester 2 dan 3x di trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di trimester 3. Berikut rincian standar kunjungan dan pelayanan ANC di masa pandemi Covid-19 dan era adaptasi kebiasaan baru menurut Kemenkes RI (2020).

- a) ANC ke-1 di trimester 1 : skrining faktor risiko dilakukan oleh dokter dengan menerapkan protokol kesehatan. Jika ibu datang pertama kali ke bidan, bidan tetap melakukan pelayanan

antenatal seperti biasa, kemudian ibu dirujuk ke dokter untuk dilakukan skrining. Sebelum ibu melakukan kunjungan antenatal secara tatap muka, dilakukan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi telepon/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.

- (1) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit untuk mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*. Pemeriksaan skrining faktor risiko kehamilan dilakukan di RS Rujukan.
 - (2) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan skrining oleh dokter di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- b) ANC ke-2 di trimester 1, ANC ke-3 di trimester 2, ANC ke-4 di trimester 3, dan ANC ke-6 di trimester 3 : Dilakukan tindak lanjut sesuai hasil skrining. Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi telepon/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19.
- (1) Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan swab atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.
 - (2) Jika tidak ada gejala COVID-19, maka dilakukan pelayanan antenatal di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

c) ANC ke-5 di trimester 3 skrining faktor risiko persalinan dilakukan oleh dokter dengan menerapkan protokol kesehatan.

Skrining dilakukan untuk menetapkan :

- (1) Faktor risiko persalinan,
- (2) Menentukan tempat persalinan, dan
- (3) Menentukan apakah diperlukan rujukan terencana atau tidak.

Tatap muka didahului dengan janji temu/teleregistrasi dengan skrining anamnesa melalui media komunikasi telepon/secara daring untuk mencari faktor risiko dan gejala COVID-19. Jika ada gejala COVID-19, ibu dirujuk ke RS untuk dilakukan *swab* atau jika sulit mengakses RS Rujukan maka dilakukan *Rapid Test*.

b. Hiperemesis Gravidarum

1) Definisi *Hiperemesis Gravidarum*

Hiperemesis gravidarum adalah keluhan mual dan muntah hebat lebih dari 10 kali sehari dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan, atau gangguan elektrolit, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin dalam kandungan (Ratnaningtyas, 2021).

2) Faktor yang mempengaruhi *Hiperemesis Gravidarum*

Penyebab kejadian *hiperemesis gravidarum* belum diketahui dengan pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomik pada otak, jantung, hati dan susunan saraf,

disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat gangguan nafsu makan (inanisi).

Tetapi beberapa faktor predisposisi dapat dijabarkan sebagai berikut:

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 hamil kembar dan *mola hidatidosa*, jumlah hormon yang dikeluarkan terlalu tinggi dan menyebabkan terjadi *hiperemesis gravidarum*.

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 invasi jaringan *villi koriaalis* yang masuk ke dalam peredaran darah ibu, maka faktor alergi dianggap dapat menyebabkan *hiperemesis gravidarum* (Manuaba, 2014).

3) Tanda dan Gejala *Hiperemesis Gravidarum*

Menurut Manuaba (2014) adapun gejala dan tanda sesuai *hiperemesis gravidarum* tingkatannya, yaitu :

a) *Hiperemesis gravidarum* tingkat pertama :

- (1) Muntah berlangsung terus
- (2) Nafsu makan berkurang
- (3) Berat badan menurun
- (4) Kulit dehidrasi-tonusnya lemah
- (5) Nyeri di daerah epigastrium
- (6) Tekanan darah turun dan nadi meningkat
- (7) Lidah kering
- (8) Mata tampak cekung

b) *Hiperemesis gravidarum* tingkat kedua :

- (1) Penderita tampak lebih lemah
- (2) Gejala dehidrasi makin tampak mata cekung, turgor kulit makin kurang, lidah kering dan kotor
- (3) Tekanan darah turun, nadi meningkat
- (4) Berat badan makin menurun

- (5) Mata ikterus
 - (6) Gejala hemokonsentrasi makin tampak: urine berkurang, badan aseton dalam urine meningkat
 - (7) Terjadinya gangguan buang air besar
 - (8) Mulai tampak gejala gangguan kesadaran, menjadi apatis
 - (9) Napas berbau aseton
- c) *Hiperemesis gravidarum* tingkat ketiga :
- (1) Muntah berkurang
 - (2) Keadaan umum wanita hamil makin menurun: tekanan darah turun, nadi meningkat, dan suhu naik disertai keadaan dehidrasi makin jelas
 - (3) Gangguan faal hati terjadi dengan manifestasi ikterus
 - (4) Gangguan kesadaran dalam bentuk: somnolen sampai koma dengan komplikasi susunan saraf pusat (*ensefalopati wernicke*), perubahan arah bola mata (*nistagmus*), gambar tampak ganda (*diplopia*), dan perubahan mental.

4) Diagnosis *Hiperemesis Gravidarum*

Hiperemesis gravidarum adalah diagnosis eksklusif yang membutuhkan penilaian klinis secara menyeluruh. *Hiperemesis gravidarum* cenderung berulang pada kehamilan berikutnya, sehingga tidak adanya riwayat mual dan muntah dalam kehamilan sebelumnya membuat diagnosa kurang mungkin (Jarvis dan Nelson, 2011).

Penegakan diagnosis *hiperemesis gravidarum* dapat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

a) Anamnesis

Dari anamnesis didapatkan amenorea, tanda kehamilan muda, mual, dan muntah. Kemudian diperdalam lagi apakah mual dan muntah terjadi terus menerus, dirangsang oleh jenis makanan tertentu, dan mengganggu aktivitas pasien sehari-hari. Selain itu dari anamnesis juga dapat diperoleh informasi mengenai hal-hal yang berhubungan dengan terjadinya *hiperemesis gravidarum* seperti stres, lingkungan sosial pasien, asupan nutrisi dan riwayat penyakit sebelumnya (hipertiroid, gastritis, penyakit hati, diabetes mellitus, dan tumor serebri). (Widayana, Megadhana & Kemara, 2013).

b) Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik perhatikan keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, tanda dehidrasi, dan besarnya kehamilan. Selain itu perlu juga dilakukan pemeriksaan tiroid dan abdominal untuk menyingkirkan diagnosis banding. Kemungkinan penyakit lain yang menyertai kehamilan harus berkonsultasi dengan dokter tentang penyakit hati, ginjal, dan penyakit tukak lambung (Manuaba, 2014).

c) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis dan menyingkirkan diagnosis banding. Pemeriksaan yang dilakukan adalah darah lengkap, urinalisis, gula darah, elektrolit, USG (pemeriksaan penunjang dasar), analisis gas darah, tes fungsi hati dan ginjal (Widayana, Megadhana & Kemara, 2013).

5) Penanganan *Hiperemesis Gravidarum*

Penatalaksanaan utama *hiperemesis gravidarum* adalah rehidrasi dan penghentian makanan peroral. Pemberian antiemetik dan vitamin secara intravena dapat dipertimbangkan sebagai terapi tambahan. Penatalaksanaan farmakologi *emesis gravidarum* dapat juga diterapkan pada kasus *hiperemesis gravidarum* (Gunawan, Manengkei dan Ocviyanti, 2011).

a) Tata Laksana Awal

Pasien *hiperemesis gravidarum* harus dirawat inap di rumah sakit dan dilakukan rehidrasi dengan cairan natrium klorida atau ringer laktat, penghentian pemberian makanan per oral selama 24-48 jam, serta pemberian antiemetik jika dibutuhkan. Penambahan glukosa, multivitamin, magnesium, pyridoxine, atau tiamin perlu dipertimbangkan. Cairan dektrosa dapat menghentikan pemecahan lemak. Untuk pasien dengan defisiensi vitamin, tiamin 100 mg diberikan sebelum pemberian cairan dektrosa. Penatalaksanaan

dianjutkan sampai pasien dapat mentoleransi cairan peroral dan didapatkan perbaikan hasil laboratorium.

b) Pengaturan Diet

Untuk pasien *hiperemesis gravidarum* tingkat III, diberikan diet hiperemesis I. Makanan yang diberikan berupa roti kering dan buah-buahan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam setelah makan. Diet hiperemesis kurang mengandung zat gizi, kecuali vitamin C, sehingga hanya diberikan beberapa hari. Jika rasa mual dan muntah berkurang, pasien diberikan diet hiperemesis II. Pemberian dilakukan secara bertahap untuk makanan yang bernilai gizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan. Diet hiperemesis II rendah dan semua zat gizi, kecuali vitamin A dan D. Diet hiperemesis III diberikan kepada penderita dengan hiperemesis ringan. Pemberian minuman dapat diberikan bersama makanan. Diet ini cukup dalam semua zat gizi, kecuali kalsium.

c) Terapi Alternatif

Terapi alternatif seperti akupunktur dan jahe telah diteliti untuk penatalaksanaan mual dan muntah dalam kehamilan. Akar jahe (*Zingiber officinale Roscoe*) adalah salah satu pilihan nonfarmakologik dengan efek yang cukup baik. Bahan aktifnya, gingerol, dapat menghambat pertumbuhan seluruh galur *H. pylori*, terutama galur *Cytotoxin associated gene (Cag) A+* yang sering menyebabkan infeksi. Empat *randomized trials* menunjukkan

bahwa ekstrak jahe lebih efektif dibandingkan plasebo dan efektivitasnya sama dengan vitamin B₆. Efek samping berupa refluks gastroesofageal dilaporkan pada beberapa penelitian, tetapi tidak ditemukan efek samping signifikan terhadap keluaran kehamilan. Dosisnya adalah 250 mg/kapsul akar jahe bubuk peroral, empat kali sehari.

Penggunaan *acupressure* pada titik akupunktur Neiguan P6 dipergelangan lengan menunjukkan hasil yang tidak konsisten dan penelitiannya masih terbatas karena kurangnya uji yang tersamar. Dalam sebuah studi yang besar didapatkan tidak terdapat efek yang menguntungkan dari penggunaan *acupressure*, namun *The SystematicCochrane Review* mendukung penggunaan stimulasi akupunktur P6 pada pasien tanpa profilaksis antiemetik. Stimulasi ini dapat mengurangi risiko mual. Terapi stimulasi saraf tingkat rendah pada aspek volar pergelangan tangan juga dapat menurunkan mual dan muntah serta merangsang kenaikan berat badan (Harahap, Alamanda dan Harefa, 2020).

2. Teori Manajemen Kebidanan

a. Definisi Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan

dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Mulyati, 2017).

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidnan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan secara tepat (Handayani, 2017).

b. Langkah Manajemen Kebidanan

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

Ada tujuh langkah dalam manajemen kebidanan menurut Varney yang akan dijelaskan sebagai berikut.

1) Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani, 2017).

Langkah ini menentukan pengambilan keputusan yang akan dibuat pada langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tindakan dalam tahap selanjutnya, pendekatan harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan yang dapat menggambarkan/ menilai kondisi klien yang sebenarnya dan pasti (Yanti, 2015).

Menurut Handayani (2017) dibukunya disebutkan bahwa kriteria pengkajian sebagai berikut.

- a) Data tepat, akurat dan lengkap
 - b) Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya)
 - c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang)
- 2) Langkah II : Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnosis” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai

diagnosa. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu (Mulyati, 2017).

Menurut Yanti (2015), interpretasi data dasar meliputi:

a. Diagnosa

Rumusan diagnosa merupakan kesimpulan dari kondisi klien, apakah klien dalam kondisi hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir dan apakah kondisinya dalam keadaan normal.

b. Masalah

Masalah dirumuskan bila bidan menemukan kesenjangan yang terjadi pada respon ibu terhadap kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir. Masalah ini terjadi pada ibu tetapi belum termasuk dalam rumusan diagnosa yang ada, tetapi masalah tersebut membutuhkan penanganan/intervensi bidan, maka masalah dirumuskan setelah diagnosa.

3) Langkah III : Identifikasi diagnosa/ masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Mulyati, 2017).

4) Langkah IV : Tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien (Handayani, 2017).

Pada langkah ini, ada kemungkinan data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi (Mangkuji, 2012).

5) Langkah V : Rencana asuhan

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Handayani, 2017).

Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga melaksanakan rencana tersebut (*informed consent*). Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan sesuai dengan hasil pembahasan bersama klien baik lisan ataupun tertulis, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Yanti, 2015).

6) Langkah VI : Pelaksanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. (Handayani, 2017).

Pada langkah ke enam ini, bisa dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Pada situasi seperti ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut (Mangkuji, 2012).

7) Langkah VII : Evaluasi

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 diagnosa (Handayani, 2017).

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan adalah:

- a) Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/ terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.

b) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif (Mangkuji, 2012).

c. Data Perkembangan SOAP

Catatan perkembangan pasien adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien berupa kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan (Novianty, 2017).

Menurut (Mangkuji, 2012) tujuh langkah varney dibagi menjadi 4 langkah yaitu SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). SOAP disarikan dari proses pemikiran penatalaksanaan perkembangan kebidanan sebagai perkembangan catatan kemajuan keadaan klien:

1) Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya)

2) Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostik lain, serta informasi dari keluarga atau orang lain

3) Assesment

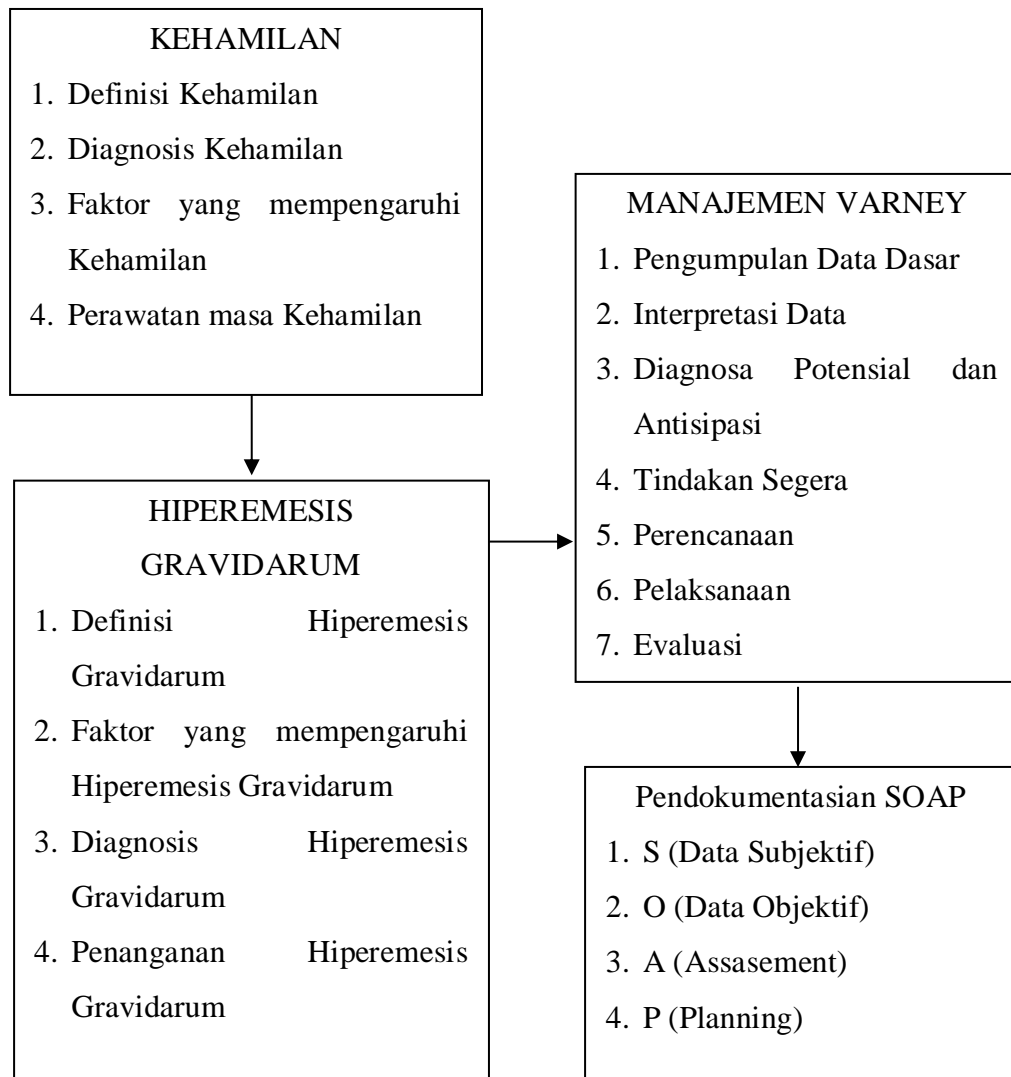
Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif, yang meliputi:

- a) Diagnosis/ masalah
- b) Diagnosis/ masalah potensial
- c) Antisipasi diagnosis/ masalah potensial/ tindakan segera

4) Planning

Menggambarkan pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostik/ laboratorium, konseling, dan tindaklanjut (follow up).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 : Kerangka Teori

Sumber : Walyani (2015), Yuliana (2015), Arsinah dkk (2010), Romauli (2011), Depkes RI (2012), Wagiyo dan Purnomo (2016), Dewi (2011), Depkes RI (2011), Wiknjosastro (2015), Joseph (2010), Manuaba (2014), Jarvis dan Nelson, (2011), Widayana, Megadhana dan Kemara (2013), Gunawan, Manengkei dan Ocviyanti (2011), Mangkuji (2014), Handayani (2017), Yanti (2015)