

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Kehamilan**

##### **1. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan yang normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu ( dari minggu ke 13 sampai minggu ke 27 ), trimester ketiga berlangsung 13 minggu ( minggu ke 28 sampai minggu ke 40 ).<sup>12</sup>

Menurut Sarwono 2016 kehamilan adalah hasil dari proses pertemuan sel sperma dengan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi berlangsung selama 40 minggu.<sup>13</sup>

Sedangkan menurut Varney, kehamilan adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan.<sup>14</sup> Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan masa dimana janin dapat berkembang dan tumbuh di dalam rahim berlangsung selama 40 minggu dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

##### **2. Pengertian Antenatal Care**

*Antenatal Care* (ANC) adalah suatu pelayanan kesehatan pada ibu selama masa kehamilann yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar pelayanan.<sup>15</sup>

*Antenatal Care* (ANC) merupakan suatu pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada wanita selama hamil, seperti melakukan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses

persalinan dan kelahiran agar ibu siap dalam menghadapi peran baru sebagai orangtua.<sup>16</sup>

### **3. Tujuan Antenatal care**

Tujuan ANC adalah sebagai berikut :

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin
- b. Meningkatkan dan menjaga kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan janin
- c. Mendeteksi secara dini adanya kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan pada ibu, persalinan dengan selamat baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan sehat serta mendukung memberikan ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar bayi dapat tumbuh dan berkembang secara normal.<sup>17</sup>

### **4. Jadwal kunjungan Antenatal care**

Menurut Kemenkes 2020, Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan yaitu 2 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester II dan minimal 3 kali pada trimester III. Pemeriksaan Antenatal Care terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali Pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama ( kehamilan hingga 12 minggu ) , 1 kali pada trimester kedua ( kehamilan >12 minggu - 26 minggu ), 3 kali pada trimester ketiga ( kehamilan >24 minggu - 40 minggu ).<sup>4</sup>

Kunjungan pelayanan antenatal pada ibu hamil disingkat dengan huruf K pada buku KIA atau banyak orang yang menyebut buku pink yang diberikan pada saat pertama kali melakukan kunjungan. Pada kunjungan antenatal, ibu akan mendapatkan serangkaian pemeriksaan yang berkaitan

dengan upaya untuk memastikan apakah dirinya sedang hamil dan mengamati berbagai kemungkinan ada tidaknya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu kehamilan.<sup>4</sup>

### **5. Standar Pelayanan Antenatal Care**

Standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut (10T) menurut kemenkes 2020 :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)
- d. Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- e. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan
- g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan
- h. Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, Tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukosa-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalasemia dan pemeriksaan lainnya.
- i. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan
- j. Temu wicara (konseling) Informasi yang disampaikan saat konseling meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, dan ASI eksklusif.<sup>4</sup>

## **B. Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum**

### **1. Pengertian Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang terjadi pada kehamilan hingga usia 16 minggu. Pada keadaan muntah-muntah yang berat, dapat terjadi dehidrasi, gangguan asam-basa, elektrolit dan ketosis.<sup>18</sup>

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan selama masa hamil. Muntah yang membahayakan ini dibedakan dari morning sickness normal yang umum dialami wanita hamil karena intensitasnya melebihi muntah normal dan berlangsung selama trimester pertama kehamilan.<sup>19</sup>

Hiperemesis gravidarum merupakan mual muntah yang berlebihan sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umum menjadi buruk.<sup>6</sup>

Hiperemesis gravidarum yaitu mual dan muntah berlebihan yang terjadi pada ibu hamil dan menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar elektrolit, penurunan berat badan (lebih dari 5% berat badan awal), dehidrasi, ketosis, dan kekurangan nutrisi.<sup>20</sup>

### **2. Etiologi Hiperemesis Gravidarum**

Penyebab utamanya belum diketahui dengan pasti. Dahulu penyakit ini dikelompokkan ke dalam penyakit toksemia gravidarum karena diduga adanya semacam “racun” yang berasal dari janin/kehamilannya.<sup>21</sup>

Mual dan muntah disebabkan oleh kombinasi hormon estrogen dan progesteron, walaupun belum diketahui secara pasti dan hormon human chorionic gonadotropin juga berperan dalam menimbulkan mual dan muntah, menurunnya tekanan sfingter esofagus bagian bawah, meningkatnya tekanan interagastik, menurunnya kompetensi sfinger pilori dan kegagalan mengeluarkan asam lambung. Konstipasi tersebut disebabkan oleh efek hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos dan peningkatan waktu transit dari lambung dan usus apat meningkatkan absorpsi cairan.<sup>13</sup>

Kelainan gastrointestinal tersebut bisa timbul pada saat kehamilan atau oleh kelainan yang sebelumnya sudah ada dan akan bertambah berat sewaktu hamil. Memahami adanya keluhan dan kondisi tersebut sangat bermanfaat untuk dapat memberikan perawatan yang sebaik-baiknya. Perubahan-perubahan fisiologik atau patologik umumnya tidak berbahaya dan dapat ditangani dengan mudah melalui peninjauan pada pasien serta pemberian obat-obatan yang relatif ringan.<sup>13</sup>

Etiologi hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti namun diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor :

- a. Faktor predisposisi seperti primigravida, mola hidatidosa dan kehamilan ganda. Frekuensi yang tinggi pada mola hidatidosa dan kehamilan ganda menimbulkan dugaan bahwa faktor hormon memegang peranan karena pada keadaan tersebut hormon chorionic gonadotropin dibentuk berlebihan.
- b. Faktor organik seperti masuknya vili khorialis dalam sirkulasi, perubahan metabolik akibat kehamilan, dan retensi ibu yang menurun. Alergi sebagai salah satu respon dari jaringan ibu terhadap anak termasuk dalam faktor organik.
- c. Faktor psikologi juga memiliki peran penting dalam kegawatdaruratan ini, seperti rumah tangga yang retak, kehilangan pekerjaan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab menjadi seorang ibu juga dapat menyebabkan konflik mental yang dapat memperberat keluhan mual dan muntah sebagai ekspresi tidak sadar terhadap keengganan menjadi hamil atau sebagai pelarian terhadap hidup.<sup>22</sup>

### **3. Gejala dan tingkatan Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum dapat dibagi ke dalam tiga tingkatan berat ringannya

- a. Hiperemesis gravidarum tingkat I

Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum. Pada tingkat ini ibu hamil merasa nyeri epigastrium. Nafsu makan menurun,

dan berat badan menurun. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistolik menurun, dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

b. Hiperemesis gravidarum tingkat II

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

c. Hiperemesis gravidarum tingkat III

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun dari somnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, dan suhu tubuh meningkat. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai Wernicke Ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nystagmus, diplopia, dan perubahan mental, keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin B kompleks ditimbulkan ikterus menunjukkan terjadinya payah hati, pada tingkatan ini juga terjadi pendarahan dari esophagus, lambung dan retina.<sup>19</sup>

#### **4. Komplikasi Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum dapat menjadi berbahaya pada kondisi ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Komplikasi yang mungkin terjadi yaitu ibu akan kekurangan nutrisi dan cairan sehingga keadaan fisik ibu menjadi lemah dan lelah serta dapat mengakibatkan gangguan asam basa, pneumoni aspirasi, robekan mukosa pada hubungan gastroesofagi yang menyebabkan ruptur esofagus, kerusakan hepar dan kerusakan ginjal. Semua ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin karena kurangnya atau tidak terpenuhinya nutrisi yang diberikan selama kehamilan, yang dapat mengurangi aliran darah ke janin. Hiperemesis gravidarum juga dapat berdampak pada janin seperti abortus, kelahiran prematur, BBLR, serta

malformasi pada bayi baru lahir, dan dapat menyebabkan pertumbuhan janin terhambat atau *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR).<sup>6</sup>

## 5. Penanganan Hiperemesis Gravidarum

Penatalaksanaan hiperemesis gravidarum tergantung pada beratnya atau ringannya gejala. Hiperemesis gravidarum yang paling ringan dapat diatasi dengan diet, pengobatan antiemetik, rawat inap dan pengobatan parenteral. Pengobatan terhadap hiperemesis gravidarum dapat berupa terapi farmakologis dan non farmakologis.<sup>23</sup>

Ibu hamil biasanya melakukan pengobatan hiperemesis gravidarum dengan menggunakan terapi farmakologis yang mereka peroleh saat periksa baik di bidan maupun dokter. Obat yang diberikan bidan saat pemeriksaan berupa terapi anti muntah seperti vitamin B6, vosen, metoclopramide, atau primperan sirup dengan pertimbangan agar mudah diminum oleh ibu hamil. Ibu hamil yang dilakukan rawat inap mendapatkan ondansetron secara drip pada cairan infus dan injeksi ranitidin pada hari 1 dan 2 perawatan. Neurobion injeksi juga diberikan untuk meningkatkan stamina tubuh ibu hamil. Pada hari ketiga perawatan, ibu hamil masih diberikan cairan infus tanpa drip anti mual. Obat anti mual diberikan secara oral, apabila keluhan ibu hamil teratasi pada perawatan hari ketiga, maka ibu diperbolehkan pulang pada hari keempat. Ketika merasakan keluhan yang tidak mereda, ibu hamil kadang-kadang memilih beristirahat dan mengoleskan penghangat seperti minyak kayu putih, minyak aromaterapi atau minum air hangat.<sup>23</sup>

Hiperemesis gravidarum juga dapat diatasi dengan menggunakan terapi nonfarmakologis seperti konsumsi permen jahe, permen mint ataupun aromaterapi lemon. Permen jahe mampu menurunkan frekuensi hiperemesis gravidarum sebesar 2,6 kali sedangkan permen mint sebesar 1,67 kali. Dapat dikatakan permen jahe lebih efektif dibandingkan permen mint dalam mengatasi hiperemesis gravidarum dengan rata-rata mean permen jahe 19,57 lebih besar daripada permen mint yaitu 11,43.<sup>23</sup>

Selain itu, lemon inhalasi aromaterapi dapat mengurangi keluhan mual pada kehamilan. Terdapat perubahan rata-rata frekuensi mual antara

sebelum dan setelah diberikan inhalasi aromaterapi yaitu 4,53 menjadi 3,13 dalam sehari. Hal ini menandakan terdapat pengaruh pemberian lemon inhalasi aromaterapi terhadap mual pada kehamilan. Pemberian jahe instan dengan dosis 290 mg juga dapat menurunkan kejadian mual muntah pada ibu hamil trimester I sebesar 6 kali lipat dibandingkan plasebo. Pemberian jahe instan mampu meningkatkan asupan energi pada ibu hamil dengan mual muntah sebesar 24,5 kali lebih besar daripada plasebo.<sup>23</sup>

Selain itu, penanganan hiperemesis gravidarum juga dapat sebagai berikut :

- a. Rawat inap
- b. Stop makan dan minum dalam 24 jam pertama
- c. Obat-obatan diberikan secara parenteral
- d. Infus D10% (2000 ml) dan RL 5% (2000 ml) per hari
- e. Pemberian antiemetik (metokopramid hidroklorid)
- f. Roborantia/obat penyegar
- g. Diazepam 10 mg IM (jika perlu)
- h. Psikoterapi
- i. Lakukan evaluasi dalam 24 jam pertama
- j. Bila keadaan membaik, boleh diberikan makan dan minum secara bertahap
- k. Bila keadaan tidak berubah: stop makan/minum, ulangi penatalaksanaan seperti sebelumnya untuk 24 jam kedua
- l. Bila dalam 24 jam tidak membaik pertimbangkan untuk rujukan
- m. Infus dilepas setelah 24 jam bebas mual dan muntah
- n. Jika dehidrasi berhasil diatasi, anjurkan makan makanan lunak porsi kecil tapi sering, hindari makanan yang berminyak dan berlemak, kurangi karbohidrat, banyak makan makanan yang mengandung gula.<sup>24</sup>

## **C. Konsep Dasar Kurang Energi Kronik (KEK)**

### **1. Pengertian Kurang Energi Kronik (KEK)**

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana ibu mengalami malnutrisi yang disebabkan kekurangan satu atau lebih zat gizi makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan

timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut. Wanita Usia Subur (WUS) yang mempunyai usia 20 sampai 35 tahun merupakan kelompok usia yang paling berisiko mengalami kurang energi kronis (KEK) pada saat hamil.<sup>11</sup>

Kekurangan Energi Kronik (KEK) suatu keadaan dimana kondisi ibu hamil yang disebabkan adanya kekurangan asupan gizi (kalori dan protein) sehingga zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh tidak terpenuhi dapat berlangsung lama atau menahun, dengan diandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan Lingkar lengan atas (Lila) kurang dari 23,5 cm.<sup>25</sup>

## **2. Etiologi Kurang Energi Kronik (KEK)**

Faktor penyebab KEK pada ibu hamil yaitu :

### **a. Usia ibu**

Ibu yang berusia <20 tahun atau >35 tahun dianggap berisiko melahirkan bayi kecil. Ibu yang berusia di bawah 20 tahun sangat rentan mengalami KEK, tidak hanya meningkatkan risiko tetapi juga berdampak pada berbagai masalah kesehatan ibu lainnya. Usia ibu yang muda memerlukan tambahan gizi yang lebih banyak karena selain digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, ibu juga memerlukan tambahan gizi untuk dirinya sendiri.

### **b. Status Anemia**

Terjadinya anemia pada ibu hamil dipengaruhi oleh konsumsi makanan yang rendah zat besi, yang menyebabkan berkurangnya kadar hemoglobin (Hb). Kekurangan ini pada ibu hamil dapat mengakibatkan KEK. Ibu hamil yang mengalami KEK lebih berisiko mengalami anemia dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami KEK.

### **c. Jumlah asupan makanan**

Ibu hamil membutuhkan jumlah makanan yang lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak hamil. Membangun gizi masyarakat yang baik dimulai dengan memastikan ketersediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan dalam mencakup kegiatan pertanian yang bertujuan untuk menghasilkan makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, dan buah-

buah. Melakukan pemantauan konsumsi makanan sangat penting untuk memahami kebiasaan makan, membantu penilaian gizi, dan mengidentifikasi faktor-faktor makanan yang berpengaruh terhadap kekurangan gizi.

d. Beban kerja/aktivitas

Kebutuhan energi setiap orang berbeda berdasarkan aktivitas dan gerakan mereka. Pada ibu hamil, kebutuhan nutrisi berbeda karena nutrisi yang dikonsumsi tidak hanya untuk aktivitas ibu, tetapi juga berpengaruh pada perkembangan janin di dalam rahim. Kebutuhan energi rata-rata pada saat hamil dapat sebesar 203 sampai 263 kkal/hari, yang mengasumsikan penambahan berat badan sekitar 10-12 kg.

e. Penyakit/infeksi

Malnutrisi dapat mempermudah tubuh terpapar infeksi dan akan mempermudah ibu mengalami malnutrisi, dengan mekanisme yaitu :

- a. Berkurangnya asupan nutrisi terjadi karena faktor-faktor seperti hilangnya nafsu makan, menurunnya absorpsi, dan kecenderungan untuk makan lebih sedikit selama sakit.
- b. Terjadi peningkatan kehilangan cairan dan nutrisi yang disebabkan oleh diare, mual, muntah, dan perdarahan yang terus menerus.
- c. Peningkatan kebutuhan nutrisi, baik dari kebutuhan tubuh yang meningkat selama sakit atau karena adanya parasit di dalam tubuh.

f. Pengetahuan ibu tentang gizi

Pemilihan makanan dan kebiasaan makan dapat dibentuk oleh faktor seperti pengetahuan, sikap terhadap makanan, serta praktik dan perilaku individu. Pengetahuan yang kuat tentang nutrisi menjadi dasar untuk membuat pilihan makanan bergizi. Latar belakang pendidikan ibu juga dikaitkan dengan pembentukan pola makan dalam keluarga. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi berhubungan dengan peningkatan pengetahuan gizi dan praktik pola makan yang lebih baik.

g. Pendapatan keluarga

Pendapatan berperan penting dalam menentukan kualitas dan kuantitas makanan yang dapat diakses oleh individu dan rumah tangga. Pada keluarga yang berpenghasilan rendah, berkisar antara 60 hingga 80 persen dari pendapatan riilnya biasanya dialokasikan untuk pengeluaran pangan. Pendapatan keluarga yang semakin meningkat akan menyebabkan semakin meningkatnya total pengeluaran termasuk pengeluaran untuk pangan akan semakin besar.<sup>26</sup>

### 3. Indikator Kurang Energi Kronik (KEK)

Di Indonesia, ambang batas LILA yang mengindikasikan ibu hamil berisiko melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) ditetapkan sebesar 23,5 cm. Jika pengukuran LILA seorang ibu berada di bawah 23,5 cm atau berada di dalam zona merah pada pita LILA, maka hal ini menandakan adanya risiko BBLR yang tinggi, yang mengindikasikan adanya kemungkinan untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. BBLR memiliki risiko seperti kematian, malnutrisi, pertumbuhan yang terhambat, dan gangguan tumbuh kembang anak.<sup>26</sup>

### 4. Dampak Kurang Energi Kronik (KEK)

Ibu hamil yang terkena Kekurangan Energi Kronis (KEK) mendapatkan risiko yang lebih tinggi, termasuk keguguran, kenaikan berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan kerentanan terhadap penyakit infeksi. Selain itu, komplikasi selama persalinan akibat Kekurangan Energi Kronis (KEK) dapat mencakup persalinan yang sulit atau lama, persalinan prematur atau proses persalinan yang lebih cepat dari waktu yang seharusnya, dan perdarahan pasca persalinan.<sup>11</sup>

Selain berisiko terhadap kesehatan dan persalinan, KEK selama kehamilan dapat berdampak pada janin dan bayi baru lahir, dengan akan berlanjut sampai usia dewasa, seperti:

- a. Gangguan pertumbuhan janin (Intrauterin Growth Retardation)
- b. Risiko bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

- c. Risiko bayi lahir dengan kelainan kongenital (Defect Neural Tube, bibir sumbing, celah langit-langit, dll)
- d. Risiko bayi lahir stunting sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM) pada usia dewasa seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner.
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan sel otak yang akan berpengaruh pada kecerdasan anak.

Wanita hamil yang terkena Kekurangan Energi Kronis (KEK) memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami anemia, karena KEK mencerminkan status gizi yang kurang selama kehamilan. Ibu hamil KEK disebabkan karena pola konsumsi dan absorpsi makanan yang tidak seimbang. Sebaliknya, ibu hamil idealnya harus mempunyai status gizi yang baik, karena nutrisi dalam tubuh ibu hamil sangat penting untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang sedang berkembang. Kebutuhan gizi yang cukup selama kehamilan memiliki peran penting dalam mendukung perkembangan dan pertumbuhan bayi.<sup>11</sup>

## **5. Penanganan Kurang Energi Kronik (KEK)**

Penanggulangan KEK pada ibu hamil dimulai sejak sebelum hamil bahkan sejak usia remaja putri. Upaya penanggulangan tersebut membutuhkan koordinasi lintas program dan perlu dukungan lintas sektor, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) dan institusi lainnya.<sup>27</sup>

- a. Pemberian Makanan Tambahan (MT) kepada kelompok yang rentan adalah salah satu strategi suplementasi untuk mengatasi masalah gizi. Makanan tambahan berfokus pada gizi makro maupun zat gizi mikro bagi ibu hamil sangat diperlukan dalam rangka pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan balita pendek (stunting). Pemberian makanan tambahan dilakukan untuk memastikan terpenuhinya kecukupan gizi ibu hamil KEK dan tetap mengonsumsi makanan keluarga sesuai gizi seimbang.

Ketentuan pemberian Makanan Tambahan yaitu (Kemenkes, 2018b)

- 1) Makanan tambahan diberikan pada ibu hamil KEK yaitu ibu hamil yang memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) dibawah 23,5 cm.
- 2) Pemberian MT pada ibu hamil terintegrasi dengan pelayanan Antenatal Care(ANC).
- 3) Tiap bungkus MT ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis (60 gram).
- 4) Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari.
- 5) Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis perhari.
- 6) Pemantauan pertambahan berat badan sesuai standar kenaikan berat badan ibu hamil dan atau LiLA. Apabila berat badan sudah sesuai standar kenaikan berat badan dan atau ibu hamil tidak lagi dalam kategori KEK sesuai pemeriksaan LiLA, selanjutnya mengkonsumsi makanan keluarga gizi seimbang.

b. PMT ibu hamil serta kandungan gizi

PMT ibu hamil merupakan suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan diformulasikan dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil dengan kategori KEK untuk mencukupi kebutuhan gizi. PMT ditujukan untuk ibu hamil yang berisiko KEK dengan hasil pengukuran LiLA < 23,5 cm.<sup>27</sup>

Kandungan zat gizi biskuit PMT ibu hamil menurut (Kemenkes, 2018b) sebagai berikut:

- 1) Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil adalah suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan diformulasikan dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil dengan kategori KEK untuk mencukupi kebutuhan gizi.
- 2) Tiap kemasan primer (dua keping)
- 3) MT Ibu hamil diperkaya 11 macam vitamin (A, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B12, C, Asam Folat) dan tujuh macam mineral (Besi, Kalsium, Natrium, Seng, Iodium, Fosfor, Selenium).
- 4) Takaran saji 100 gram
- 5) Jumlah persajian 500 kkal, terdiri dari energi dan lemak 230 kkal
- 6) Presentase AKG (Angka Kecukupan Gizi) lemak total 25 gram (42%), Protein 15 gram (19%), karbohidrat total 53 gram (16%), natrium 390 mg (26%).M29

#### **D. Kewenangan Bidan**

Kewenangan bidan sesuai undang-undang No.4 tahun 2019 yang dimana dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 49 ayat (1) huruf a, yakni bidan berwenang<sup>28</sup> :

1. Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil
2. Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal
3. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas
4. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan
5. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Bidan memiliki kewenangan berdasarkan kepmenkes nomor :

HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang standar profesi bidan dalam penanganan kasus hiperemesis gravidarum yang disebutkan dalam komponen kompetensi bidan ke-5 yaitu “Memiliki keterampilan untuk memberikan pelayanan ANC komprehensif untuk memaksimalkan, kesehatan ibu hamil dan janin serta asuhan kegawatdaruratan.”

#### **E. Aplikasi manajemen kebidanan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dan KEK**

##### **a. Data Subjektif**

Dalam wawancara klien, bidan menanyakan atau mengkaji

- a. Mengumpulkan biodata ibu mengenai nama, usia, pekerjaan dan paritas
- b. Menanyakan riwayat HPHT dan menentukan tafsiran persalinan
- c. Menanyakan keluhan kepada ibu
- d. Menanyakan apakah keluhan mual muntah ibu dialami terus menerus, merasa lemah, nafsu makan menurun, berat badan menurun, nyeri pada epigastrium dan mengganggu aktivitas

- e. Menanyakan riwayat penyakit yang lalu, termasuk riwayat KEK sebelum hamil
- f. Menanyakan pola aktivitas ibu sehari-hari sebelum dan sesudah mengalami mual dan muntah
- g. Menanyakan tentang dukungan suami terhadap ibu

**b. Data Objektif**

Dalam mengumpulkan data melakukan perlengkapan data diagnosa, melakukan pemeriksaan secara tersusun. Berikut langkah pemeriksaan dalam asuhan kebidanan :

- a. Keadaan umum
- b. Kesadaran
- c. Pemeriksaan tanda-tanda vital
- d. Pemeriksaan antropometri seperti pemeriksaan LILA dan IMT
- e. Pemeriksaan fisik
  - 1) Wajah
  - 2) Mata
  - 3) Mulut, termasuk pemeriksaan keadaan lidah
  - 4) Abdomen, termasuk pemeriksaan epigastrium
  - 5) Kulit, termasuk pemeriksaan turgor kulit
- f. Pemeriksaan penunjang, termasuk pemeriksaan USG, Keton urin dan Hemoglobin

**c. Analisa**

Ny... usia... G..P..A.. usia kehamilan... minggu, dengan hipermesis gravidarum dan KEK. Janin ... hidup/tidak hidup, janin dengan keadaan baik/tidak.

**d. Penatalaksanaan**

- a. Melakukan informed consent
- b. Melakukan pendekatan kepada ibu dan keluarga
- c. Memberikan dukungan emosional agar ibu merasa nyaman
- d. Menganjurkan ibu untuk makan sedikit-sedikit namun sering dan kurangi makan-makanan yang berlemak, pedas dan berkafein

- e. Menjelaskan kepada ibu mengenai pemenuhan gizi seimbang pada ibu hamil
- f. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi

## F. PROSEDUR TETAP HIPEREMESIS GRAVIDARUM

	<p style="text-align: center;"><b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATALAKSANA KASUSKSM OBSTETRI DAN GINEKOLOGI RSUD SEKARWANGI KABUPATEN SUKABUMI 2022-2025</b></p>
<b>HIPEREMESIS GRAVIDARUM</b>	
1. Pengertian (Definisi)	Mual dan muntah hebat yang mungkin diikuti terjadinya dehidrasi.
2. Anamnesis	Muntah persisten menyebabkan hipotensi postural, takikardi, gangguan elektrolit, ketosis, dan kehilangan berat badan. Hiperemesis gravidarum berat merupakan keadaan darurat yang harus segera ditangani.
3. Pemeriksaan Fisik	<p>Pemeriksaan fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala dehidrasi</li> <li>• Gejala muscle wasting</li> </ul> <p>Jika terdapat riwayat rawat inap dan kunjungan berulang, lakukan pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tes fungsi tiroid: hipertiroid/hipotiroid</li> <li>• Tes fungsi hati: eksklusi penyakit hati lain</li> <li>• Kalsium dan fosfat</li> <li>• Amylase: eksklusi pankreatitis</li> <li>• AGD: eksklusi gangguan metabolic untuk memonitor tingkat keparahan</li> <li>• Esophageal gastroduoendoskopy jika terdapat keluhan nyeri perut/epigastrik yang berat.</li> </ul>
4. Kriteria Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehamilan muda (<math>\leq 16</math> minggu) disertai</li> <li>• Mual dan muntah berulang</li> <li>• Tidak ada makanan dan minuman yang masuk</li> <li>• Terdapat tanda dehidrasi ringan sampai berat</li> <li>• Ketonuria (++)</li> </ul>
5. Diagnosis Kerja	Hiperemesis gravidarum
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsia</li> <li>• Migrain-vertigo</li> <li>• Iritasi peritoneal, mis: pada Kehamilan Ektopik Terganggu</li> <li>• Pseudogavid</li> <li>• Penyakit saluran pencernaan: gastroenteritis, hepatitis, pankreatitis</li> <li>• Infeksi saluran kemih, pyelonephritis</li> </ul>
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>1. Laboratorium</p> <p>Pemeriksaan darah lengkap:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematokrit</li> <li>• Tanda infeksi</li> <li>• Anemia</li> </ul> <p>Pemeriksaan elektrolit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipokalemia/hiperkalemia</li> <li>• Hiponatremia</li> <li>• Dehidrasi</li> <li>• Gangguan ginjal</li> </ul>

	<p>Pemeriksaan urin: Ketonuria ++ atau lebih Pemeriksaan monitoring gula darah: mengeksklusi ketoasidosis pada penderita diabetes</p> <p>2. USG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfirmasi kantung kehamilan intrauterine yang viable</li> <li>• Menyingkirkan kemungkinan penyakit trofoblast</li> <li>• Menentukan usia kehamilan</li> </ul>
8. Tatalaksana	<p>Pasien dilakukan rawat inap jika terdapat salah satu dari berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mual dan muntah yang terus menerus dan tidak mampu menelan obat antiemetik oral</li> <li>• Mual dan muntah yang terus menerus disertai ketonuria dan penurunan berat badan (lebih dari 5% berat badan) walaupun sudah mengkonsumsi obat antiemetik oral</li> <li>• Ditemukan atau dicurigai memiliki komorbid (contoh: infeksi saluran kemih)</li> </ul> <p>Pilihan antiemetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistamin: H-1 reseptor antagonis sebagai terapi lini pertama</li> <li>• Metoklopramid aman dan efektif digunakan namun memiliki efek ekstrapiramidal sehingga digunakan sebagai terapi lini kedua</li> <li>• Ondancentron sebagai terapi lini kedua</li> </ul> <p>Cairan NaCL 0,9% atau RL sebagai pilihan cairan infus. Memonitoring kadar elektrolit darah setiap hari. Cairan D10% dapat diberikan bersama metoklopramide 1 ampul.</p> <p>Terapi tambahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vit B6 dan asam folat</li> </ul>
9. Penyulit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mal nutrisi</li> <li>• PJT (pertumbuhan janin terhambat).</li> </ul>
10. Edukasi (Hospital Health Promotion)	Cara makan dan minum: porsi kecil dan sering, hindari makanan lebih lemak
11. Indikator Medis	Dehidrasi teratasi
12. Lama Perawatan	2 hari
13. Prognosis	Dubia ad bonam
14. Penelaah Kritis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dr. Hendrawan Dwijanto, SpOG</li> <li>2. dr. Nilakusuma, SpOG</li> </ol>
15. Konsultasi	-
16. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PNPk dan POGI</li> <li>2. William Obstetric 24<sup>th</sup> edition.</li> </ol>

**Tabel 2. 1 Prosedur Tetap Hiperemesis Gravidarum**

*Sumber : RSUD Sekarwangi*