

LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Kegiatan Bimbingan

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Nadia Firnandya
NIM : P17310221003
Nama Pembimbing : Afnani Toyibah, A.Per.Pen,M.Kes
Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSIA Puri Bunda Kota. Malang

TGL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
		PEMBIMBING
6 / 5 25	Penjabaran Bab 1-3	h
16 / 5 25	Penjelasan Bab 3	h
23 / 5 25	Penambahan Lampiran, Acc	h
18 / 7 25	Konrol Bab 4-5	h
28 / 7 25	Acc, Mencari jurnal semhas	h

Lampiran 2. Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Penelitian

LAMPIRAN

Lampiran 1. 2 Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Penelitian

NO	KEGIATAN	MEI (2025)				JUNI (2025)			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Tahap Persiapan								
	a. Pengajuan Judul	■							
	b. Study Pendahuluan		■						
	c. Penyusunan Proposal			■					
	d. Konsultasi Proposal			■	■				
	e. Perbaikan Proposal				■	■			
2	Tahap Pelaksanaan								
	a. Penguurusan Izin Penelitian					■	■		
	b. Pengumpulan Data					■	■		
	c. Pengolahan Data					■	■		
	d. Analisa Data								
3	Tahap Pengakhiran Penelitian								
	a. Penyusunan Laporan							■	
	b. Seminar Hasil Penelitian							■	
	c. Perbaikan							■	
	d. Publikasi Hasil Penelitian							■	■

Lampiran 3. Informed Consent

**PERSETUJUAN MENJADI KLIEN
(INFROMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Zalindah Hamilul M

Alamat : Perum paku permata auri , Blok M/01

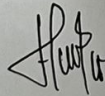
No. HP: 081336271961

Menyatakan bersedia untuk berperan serta dalam asuhan kebidanan yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang yang berjudul "Studi Kasus Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSIA Puri Bunda Kota. Malang" dengan melakukan kunjungan rumah guna melakukan asuhan di Puskesmas Tajinan yang tujuan, sifat, biaya, resiko yang dapat ditimbulkan dari tindakan medis sudah dijelaskan oleh yang bersangkutan dan saya mengerti sepenuhnya.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari siapapun.

Malang, ¹⁶ Juni 2024

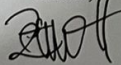
Mahasiswa,



Nadia Firnandya

NIM. P17310221003

Klien,



Zalindah

Lampiran 4. Lembar Permohonan Menjadi Klien

**LEMBAR PERMOHONAN
MENJADI KLIEN**

Kepada
Yth ibu Zelinda Hamilul M.
Di Tempat

Untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII
Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, maka saya :

Nama : Nadia Firnandya
NIM : P17310221003

Akan melakukan studi kasus tentang Kehamilan dengan Hiperemesis Gravidarum
di RSIA Puri Bunda pada ibu Zelinda Hamilul M.

Sehubungan dengan hal tersebut maka saya mohon kesediaan ibu untuk
menjadi klien asuhan kebidanan serta pengambilan data guna menyelesaikan tugas
akhir di program studi DIII Kebidanan Malang. Adapun data tidak akan kami
sebarakan dan hanya untuk keperluan kami dalam membuat penyusunan studi kasus.

Atas kesediaan, bantuan, dan partisipasi ibu, saya sampaikan terimakasih.

Hormat Saya,



Nadia Firnandya
NIM. P17310221003

Malang, 16 Juni 2021

Lampiran 5. Formulir Kunjungan Rumah Ke-1

FORMULIR KUNJUNGAN RUMAH		FORMULIR KUNJUNGAN RUMAH	
Ibu Hamil Pasca Hiperemesis Gravidarum		Ibu Hamil Pasca Hiperemesis Gravidarum	
A. IDENTITAS IBU - Nama: <u>Hj. Zeldah</u> - Umur: <u>27 tahun</u> - Gravid / Paritas / Abortus (G/P/A): <u>G₁P₁A₀</u> - Usia Kehamilan Saat Ini: <u>0.446</u> - Alamat: <u>P45</u> - No. HP: _____ - Tanggal Kunjungan: <u>29 Juni 2025</u>		- <input checked="" type="checkbox"/> Menjelaskan pentingnya nutrisi kecil tapi sering - <input checked="" type="checkbox"/> Anjuran makanan mudah dicerna - <input checked="" type="checkbox"/> Edukasi tanda bahaya kambuh - <input checked="" type="checkbox"/> Edukasi hidrasi yang cukup - <input checked="" type="checkbox"/> Konseling psikologis singkat - <input type="checkbox"/> Libatkan suami/keluarga - <input type="checkbox"/> Anjurkan kontrol ulang	
B. PENGKAJIAN KONDISI KESEHATAN Komponen Temuan ----- ----- Tanda Vital (TD, Nadi, RR, Suhu) <u>100/68, 78, 20, 36,2</u> Berat Badan Saat Ini <u>52 kg</u> Nafsu Makan dan Asupan Cairan <u>Baik / Kurang / Tidak Ada</u> Keluhan Mual atau Muntah <u>Tidak / Kadang / Sering</u> Tanda Dehidrasi <u>Ada / Tidak</u> Kesehatan Psikologis <u>Stabil / Perlu perhatian</u> Istirahat & Aktivitas Harian <u>tidur 7-8 jam</u>		E. RENCANA TINDAK LANJUT - Kontrol ke faskes berikutnya: Tanggal: _____ - Kunjungan rumah ulang: <u>Ya / Tidak</u> , Tanggal: <u>3/7/2025</u> - Rujukan jika perlu: <u>Ya / Tidak</u> , Alasan: _____	
C. RIWAYAT PENGOBATAN Pertanyaan Keterangan ----- ----- Riwayat dirawat atau infus? <u>Ya / Tidak / Kapan</u> Obat yang masih dikonsumsi <u>Obat antiemetik C klti meron mual 2x1</u> Efek samping obat? <u>Ya / Tidak</u>		F. CATATAN TAMBAHAN Nama Petugas: <u>Nabie Firdausy</u> Tanda Tangan: _____ Tanggal: <u>29/06/2025</u>	
D. EDUKASI DAN TINDAKAN YANG DILAKUKAN			

Lampiran 6. Formulir Kunjungan Rumah Ke-2

FORMULIR KUNJUNGAN RUMAH		FORMULIR KUNJUNGAN RUMAH	
Ibu Hamil Pasca Hiperemesis Gravidarum		Ibu Hamil Pasca Hiperemesis Gravidarum	
B. PENGKAJIAN KONDISI KESEHATAN Komponen Temuan <u>02/07/2025</u> ----- ----- Tanda Vital (TD, Nadi, RR, Suhu) <u>100/68, 78, 20, 36,1</u> Berat Badan Saat Ini <u>52,3 kg</u> Nafsu Makan dan Asupan Cairan <u>Baik / Kurang / Tidak Ada</u> Keluhan Mual atau Muntah <u>Tidak / Kadang / Sering</u> Tanda Dehidrasi <u>Ada / Tidak</u> Kesehatan Psikologis <u>Stabil / Perlu perhatian</u> Istirahat & Aktivitas Harian <u>tidur 7-8 jam</u>		- <input type="checkbox"/> Menjelaskan pentingnya nutrisi kecil tapi sering - <input type="checkbox"/> Anjuran makanan mudah dicerna - <input checked="" type="checkbox"/> Edukasi tanda bahaya kambuh - <input type="checkbox"/> Edukasi hidrasi yang cukup - <input checked="" type="checkbox"/> Konseling psikologis singkat - <input type="checkbox"/> Libatkan suami/keluarga - <input type="checkbox"/> Anjurkan kontrol ulang	
C. RIWAYAT PENGOBATAN Pertanyaan Keterangan ----- ----- Riwayat dirawat atau infus? <u>Ya / Tidak / Kapan</u> Obat yang masih dikonsumsi <u>-</u> Efek samping obat? <u>Ya / Tidak</u>		E. RENCANA TINDAK LANJUT - Kontrol ke faskes berikutnya: Tanggal: _____ - Kunjungan rumah ulang: <u>Ya / Tidak</u> , Tanggal: _____ - Rujukan jika perlu: <u>Ya / Tidak</u> , Alasan: _____	
D. EDUKASI DAN TINDAKAN YANG DILAKUKAN		F. CATATAN TAMBAHAN Nama Petugas: <u>Nabie Firdausy</u> Tanda Tangan: _____ Tanggal: <u>02/07/2025</u>	

Lampiran 7. Salinan Buku KIA

Identitas (Diisi oleh ibu)

	Ibu	Suami/Keluarga	Anak
Nama	[Redacted]	[Redacted]	
NIK	[Redacted]		
No. JKN			
Fasilitas Kesehatan TK1	Puskesmas Pakis		
Fasilitas Kesehatan Rujukan			
Tempat/Tanggal Lahir	Malang / 28-06-1998		
Pendidikan	S1		
Pekerjaan			
Alamat Rumah	Perum Pakis Permata Asri Blok M/01		
Telepon	081336271961		
Anak ke-	1	2	
Nomor Akta Kelahiran			
Golongan Darah	AB		
Pembiayaan Lain			
Asuransi Lain			
Nomor			
Tanggal Berlaku			
Fasilitas Pelayanan Kesehatan			
Primer			
Puskesmas Domisili	Pakis		
No. Reg. Kohort Ibu			
No. Reg. Kohort Bayi			
No. Reg. Kohort Balita dan anak Pra-Sekolah			
Sekunder			
No. Catatan Medik RS			

Riwayat Singkat Kesehatan Ibu

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Usia Ibu	
Kehamilan ke-	
Jumlah Anak Lahir Hidup	
Riwayat Keguguran	
Riwayat Penyakit Ibu	

Lihat selengkapnya di halaman 98.

Evaluasi Kesehatan Ibu Hamil

Diisi oleh Dokter

Nama Dokter Tanggal Periksa
 Fasilitas Kesehatan

152 cm
 55 kg
 29 cm

Kondisi Kesehatan Ibu

TB	cm	IMT			
BB	kg	Kurus	Normal	Gemuk	Obesitas
LiLa	cm		24.1		

Status Imunisasi TD

TT	Selang Waktu	Perlindungan	✓
1		Awal	
2	1 bulan	3 tahun	
3	6 bulan	5 tahun	
4	12 bulan	10 tahun	
5	12 bulan	> 25 tahun	

Kesimpulan: Status imunisasi TS
 Imunisasi lainnya: COVID-19/

Pemeriksaan Khusus

Inspeksi/ Inspekulo	Porsio	Normal	Tidak normal
	Uretra	Normal	Tidak normal
	Vagina	Normal	Tidak normal
	Vulva	Normal	Tidak normal
	Fluksus	+ / --	+ / --
	Fluor	+ / --	+ / --

Lingkari pilihan yang sesuai.

Riwayat Kesehatan Ibu Sekarang

Alergi	X	Asma	X
Autoimun	X	Diabetes	X
Hepatitis B	X	Hipertensi	X
Jantung	X	Jiwa	X
Sifilis	X	TB	X
Lainnya:			X

Lingkari pilihan yang sesuai.

Riwayat Perilaku Berisiko 1 Bulan Sebelum Hamil

Aktivitas fisik kurang	Alkohol
Kosmetik yang mengandung zat berbahaya	Merokok
Obat Teratogenik	Pola makan berisiko
Lainnya:	

Lingkari pilihan yang sesuai.

Riwayat Penyakit Keluarga

Alergi	X	Asma	X
Autoimun	X	Diabetes	X
Hepatitis B	X	Hipertensi	X
Jantung	X	Jiwa	X
Sifilis	X	TB	X
Lainnya:			X

Lingkari pilihan yang sesuai.

Riwayat Kehamilan dan Proses Melahirkan

Termasuk keguguran, kembar, dan lahir mati.

No	Tahun	BB gram	Proses Melahirkan	Penolong Proses Melahirkan	Masalah
1	2024	2700	Normal	Bidan	-
2					
3					

Hasil USG

[Empty space for USG results]

Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 18 / 06 / 20 25

Pemeriksaan	Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Hemoglobin	<u>12,9</u> g/dL	
Golongan Darah & Rhesus	<u>AB</u>	
Gula Darah Sewaktu	<u>96</u> Mg/dL	
Tripel Eliminasi		
H	Reaktif <u>Non reaktif</u>	
S	Reaktif <u>Non reaktif</u>	
Hepatitis B	Reaktif <u>Non reaktif</u>	

Skrining Kesehatan Jiwa

Tanggal ___ / ___ / 20 ___

Skrining Kesehatan Jiwa	<u>Ya</u>	<u>Tidak</u>
Tindak Lanjut Hasil Skrining Kesehatan Jiwa	Edukasi	<u>Konseling</u>
Perlu Rujukan	<u>Ya</u>	<u>Tidak</u>

Lingkari jawaban yang sesuai.

Kesimpulan

Rekomendasi

Pencatatan Pelayanan Kesehatan Ibu yang Sudah Diterima

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

HPHT : 29-3-2025

HPL : 31-12-20

Tenaga kesehatan mengisi data dan paraf sesuai layanan yang diberikan.

HPHT/Trimester	I 12 Minggu Pertama		II 13 - 28 Minggu		III Gestasi 28 Minggu	
	1	2	3	4	5	6
Kunjungan ke-						
Tanggal dan Tempat						
Tanggal periksa	28-9-2025					
Tempat periksa	PMB GHI R					
Catatan Pemeriksaan						
Berat Badan	55,8					
Tinggi Badan	152					
Lingkar Lengan Atas	28					
Tekanan Darah	100/70					
Tinggi Rahim						
Letak dan Denyut Jantung bayi						
Status dan Imunisasi Tetanus	T6					
Konseling	+					
Skrining Dokter	-					
Tablet Tambah Darah						
Tes Lab Hemoglobin (Hb)						
Tes Golongan Darah						
Tes Lab Protein Urine						
Tes Lab Gula Darah						
USG						
Tripel Eliminasi (H/S/Hep B)						
Tata Laksana Kasus						

Catatan Pelayanan Kesehatan Ibu Trimester 1

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Tanggal Periksa,
Stamp dan Paraf

Keluhan, Pemeriksaan, Tindakan dan Saran

Tanggal Kembali

03/05/2025

51 kg
97/83

cek II
V&S

rdn baw
- ke
w/w dng

~~01/05/25~~

5/6/25

49
97/70

Kel : mup was
dan BB 2kg.

MD 157 19 - U9
Aur

03/07/25

Lampiran 8. Lembar Observasi

Nama Klien : Ny. Z

Usia : 27 Tahun

Gravida : G2P1A0

UK : 11-12 Minggu

Lokasi : RSIA Puri Bunda

Waktu Asuhan : 16 Juni 2025 – 2 Juli 2025

Frekuensi Pertemuan : 5 kali

Tanggal	Pertemuan Ke-	Kegiatan yang dilakukan	Respon Ibu	Keterangan
16/06/2025	1	Pengkajian lengkap subjektif-objektif, pemeriksaan fisik, edukasi porsi makan, edukasi istirahat (bedrest) dan mobilisasi, pemberian terapi sesuai advice dokter.	Ibu tetap kooperatif meskipun kondisinya lemah dan tetap mengikuti intervensi yang disarankan	Ibu merasa lebih bertenaga setelah diberikan terapi obat oleh dokter, namun masih susah makan
17/06/2025	2	Observasi TTV, BB, BAK ibu, menganjurkan ibu makan porsi kecil tapi sering, pemberian terapi sesuai advice dokter.	Ibu mengerti dan bersedia mengikuti intervensi yang diberikan	Ibu masih mual muntah tetapi tidak sering dan tetap mencoba makan sedikit tapi sering,
18/06/2025	3	Observasi sampai sore, pemberian terapi oral sesuai advice dokter, edukasi ulang pola makan, istirahat dan tanda bahaya, persiapan pulang.	Ibu merasa sudah lebih segar dan bisa makan dengan porsi kecil tapi sering	Ibu merasa lebih segar dan bertenaga, sudah ada selera makan, mual muntah jarang
24/06/2025	4	Pemeriksaan TTV dan penimbangan BB ibu,	Ibu mengatakan	Ibu masih bingung

		mengkaji keluhan ibu, edukasi pola makan sehat, memberi motivasi dan dukungan psikologis ibu, menentukan rencana kunjungan ulang.	kadang masih mual muntah, ibu bersedia mengikuti intervensi yang diberikan	mengenai menu makan
02/07/2025	5	Pemeriksaan TTV dan BB ibu, mengkaji ulang keluhan ibu, mengevaluasi hasil edukasi sebelumnya, berikan dukungan psikologis.	Ibu mengatakan sudah tidak pernah mual muntah, dan berkomitmen tetap mengikuti pola makan sehat	Ibu sudah melakukan intervensi yang disarankan, asuhan ditutup sesuai rencana

Lampiran 9. Leaflet Edukasi

Apa itu Hiperemesis Gravidarum?

- Hiperemesis gravidarum adalah kondisi mual dan muntah berlebihan pada kehamilan yang dapat menyebabkan dehidrasi, kekurangan nutrisi, dan penurunan berat badan.

Apa saja penyebab hiperemesis?

- Hormon Kehamilan
- Kehamilan Ganda
- Riwayat HG sebelumnya
- Masalah psikologis atau stres

Faktor Risiko Lain:

- Usia muda (< 30 tahun)
- Kehamilan pertama
- Obesitas
- Riwayat migrain
- Kehamilan molar (hanya jaringan plasenta abnormal tanpa janin)



Prinsip Menu Sehat untuk Ibu Hamil dengan Hiperemesis

- Porsi kecil, sering (5-6 kali/hari)
- Hindari makanan berlemak, pedas, dan berminyak
- Fokus pada makanan tinggi karbohidrat kompleks & protein ringan
- Pilih makanan dingin atau suhu ruang (bau makanan panas bisa memicu mual)
- Minum cairan secara bertahap sepanjang hari

✓ Tips Tambahan

- Simpan biskuit atau roti tawar di dekat tempat tidur untuk dikonsumsi sebelum bangun
- Tambahkan jahe alami dalam bentuk irisan atau teh (jika cocok)
- Hindari makanan yang beraroma kuat
- Konsumsi suplemen vitamin prenatal sesuai anjuran bidan/dokter

Contoh Menu Sehat

🌅 Pagi (Setelah Bangun Tidur)

- 2 keping biskuit tawar atau roti panggang polos
- Air hangat + irisan jahe / teh jahe (tanpa kafein)

🌞 Sarapan

- Bubur nasi dengan ayam suwir & wortel
- Pepaya potong
- Air putih hangat

🌟 Snack Pagi

- Pisang matang atau smoothies pisang+oat+sedikit madu
- Segelas air kelapa muda

🌆 Makan Siang

- Nasi putih
- Sup bening ayam + labu + wortel
- Tahu kukus
- Jeruk manis atau apel
- Air putih dingin

🍌 Snack Sore

- Biskuit gandum atau crackers
- Jus semangka atau buah melon dingin

🌃 Makan Malam

- Kentang rebus atau nasi tim
- Tumis sayur bening (bayam, labu siam, dll)
- Telur rebus
- Air hangat

🌙 Sebelum Tidur


- Susu hamil rasa vanilla dingin (hindari coklat bila memicu mual)
- Roti panggang ringan

PENGERTIAN

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah dimasa kehamilan dengan frekuensi serta gejala yang jauh lebih parah daripada morning sickness


Penyebab Hiperemesis

- Pernah mengalami hiperemesis gravidarum dikehamilan sebelumnya
- Memiliki keluarga dekat yang pernah menderita hiperemesis gravidarum
- Mengandung anak perempuan atau anak kembar
- Menderita mola hidatidosa atau kegagalan pembentukan janin akibat kehamilan abnormal




GEJALA HIPEREMESIS

- Mual dan muntah parah secara berkepanjangan
- pusing
- sakit kepala
- jantung berdebar
- sulit menelan makanan atau Minuman
- mengeluarkan air liur secara berlebihan
- sangat sensitif terhadap aroma



DIAGNOSIS

Gejala hiperemesis gravidarum berupa intensitas mual dan muntah yang sangat tinggi memang mudah dikenali. Namun dokter terkadang perlu melakukan pemeriksaan detil seperti tes darah, urine, atau usg untuk memastikan pasien benar-benar menderita HEG



KOMPLIKASI HIPEREMESIS

- Kehilangan berat badan
- Dehidrasi
- Konstipasi
- Ketosis/ peningkatan asam keton
- Hipotensi atau tekanan dalam rendah
- Pengumpulan darah didalam pembuluh vena
- Pinasan

PENGOBATAN HIPEREMESIS

Pengobatan gejala hiperemesis gravidarum harus dilakukan sedini mungkin agar hasil efektif

Obat-obat berikut ini untuk dikonsumsi di rumah

- Obat-obat steroid
- Vitamin B6 dan B12
- Obat antiemetik atau antimual

Lampiran 10. Dokumentasi

Pengkajian Awal Tanggal 16/06/2025



Kunjungan Rumah Pertama 24/06/2025



Kunjungan Rumah Kedua 02/07/2025

