



JHAS: Journal of Health and Science

Vol. 08, No. 1, 2026, p. 38-57

Published by Lakpesdam PWN NTB; p-ISSN [3026-1090](https://doi.org/10.29885/3026-1090), e-ISSN [2988-7887](https://doi.org/10.29885/2988-7887),

<https://ypppm.or.id/index.php/jhas/en>

ASUHAN KEBIDANAN KOMUNITAS PADA KEHAMILAN TRIMESTER I DENGAN EMESIS GRAVIDARUM: LAPORAN KASUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BATU NYALA KABUPATEN LOMBOK TENGAH

Omiati Natalia^{1*}, Maya Nurmalasari²

¹Program Studi Profesi Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu, Lombok Tengah, Nusa Tenggara Barat, Indonesia

²Program Studi Profesi Kebidanan, Fakultas Kesehatan, Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu, Lombok Tengah, Nusa Tenggara Barat, Indonesia

*Penulis Korespondensi: Omiati Natalia; omynatalia27@gmail.com

ABSTRACT

Background: Nausea and vomiting of pregnancy (emesis gravidarum) affects most women in the first trimester and, when unmanaged, can progress to hyperemesis gravidarum with dehydration and nutritional deficiency. Case-level documentation of community midwifery management for first-trimester nausea and vomiting remains limited compared with population-level prevalence studies. Objective: This case report describes community midwifery care using the Subjective-Objective-Analysis-Planning (SOAP) framework for a primigravid woman with emesis gravidarum at Batu Nyale Primary Health Care Center, Central Lombok Regency. Method: A descriptive case-study design was used. Data were collected through interview, physical examination, vital signs, anthropometry, and laboratory testing at 10-11 weeks of gestation. Results: The client, a 21-year-old primigravida (G1P0A0H0), presented with morning nausea and vomiting three to four times daily, fatigue, dizziness, reduced appetite, and a 2-kg weight loss since before pregnancy. Examination and vital signs were normal with no dehydration; Hb was 12.4 g/dL. The client was diagnosed with physiological first-trimester pregnancy with mild emesis gravidarum and was managed through small frequent meals, avoidance of fatty/spicy/strong-smelling food, ginger-based herbal therapy, folic acid, danger-sign education, and a scheduled follow-up, with physician collaboration identified as a contingency should symptoms progress toward hyperemesis gravidarum. Conclusion:

This case illustrates how a holistic, evidence-informed SOAP-based midwifery approach can manage first-trimester emesis gravidarum at the primary-care level while maintaining vigilance for progression to hyperemesis gravidarum. Findings support strengthening early antenatal counselling on first-trimester discomforts as a complementary strategy to reduce complications of unmanaged nausea and vomiting in pregnancy.

Keywords: *emesis gravidarum; first trimester; community midwifery care; ginger therapy; case report.*

ABSTRAK

Latar Belakang: Mual dan muntah pada kehamilan (emesis gravidarum) dialami sebagian besar perempuan pada trimester pertama dan, bila tidak tertangani, dapat berkembang menjadi hiperemesis gravidarum disertai dehidrasi dan defisiensi nutrisi. Dokumentasi tingkat kasus mengenai asuhan kebidanan komunitas pada mual muntah trimester I masih terbatas dibandingkan studi prevalensi tingkat populasi. Tujuan: Laporan ini mendeskripsikan asuhan kebidanan komunitas dengan pendekatan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Penatalaksanaan) pada seorang ibu hamil primigravida dengan emesis gravidarum di UPTD Puskesmas Batu Nyale, Kabupaten Lombok Tengah. Metode: Desain yang digunakan adalah studi kasus deskriptif. Data dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, tanda vital, antropometri, dan laboratorium pada usia kehamilan 10-11 minggu. Hasil: Klien, Ny. F usia 21 tahun, primigravida (G1P0A0H0), mengeluh mual muntah pagi hari tiga hingga empat kali, lemas, pusing, tidak nafsu makan, disertai penurunan berat badan 2 kg dari sebelum hamil. Pemeriksaan dan tanda vital normal tanpa dehidrasi; Hb 12,4 g/dL. Klien didiagnosis kehamilan fisiologis trimester I dengan emesis gravidarum ringan dan ditatalaksana melalui makan porsi kecil sering, menghindari makanan berlemak/pedas/berbau menyengat, terapi herbal jahe, asam folat, edukasi tanda bahaya, serta kunjungan ulang, dengan kolaborasi dokter disiapkan sebagai kontingensi bila gejala memberat ke arah hiperemesis gravidarum. Simpulan: Kasus ini menggambarkan bagaimana pendekatan kebidanan holistik berbasis SOAP dan bukti ilmiah dapat menatalaksana emesis gravidarum trimester I di layanan primer sekaligus menjaga kewaspadaan terhadap perkembangan ke arah hiperemesis gravidarum. Temuan ini mendukung penguatan konseling antenatal dini mengenai ketidaknyamanan trimester I sebagai strategi komplementer untuk menurunkan komplikasi akibat mual muntah kehamilan yang tidak tertangani.

Kata Kunci: *emesis gravidarum; trimester I; asuhan kebidanan komunitas; terapi jahe; laporan kasus.*

1. PENDAHULUAN

Kehamilan adalah peristiwa fisiologis yang dimulai sejak fertilisasi hingga kelahiran bayi, berlangsung sekitar 280 hari atau 40 minggu (Nur'aini & Sarwinanti,

2019). Pada trimester pertama, hampir setiap ibu hamil mengalami mual dan muntah yang secara umum dikenal sebagai emesis gravidarum atau morning sickness, dengan keluhan yang biasanya muncul pada pagi hari namun dapat pula terjadi kapan saja, termasuk malam hari.

World Health Organization (2019) mencatat kejadian emesis gravidarum mencapai 12,5% dari seluruh kehamilan di dunia, dengan variasi yang cukup lebar antar negara: 0,3% di Swedia, 0,5% di Kanada, 10,8% di Tiongkok, 0,9% di Norwegia, 2,2% di Pakistan, dan 1,9% di Turki. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) mencatat dari 2.203 ibu hamil yang diamati, sebanyak 543 di antaranya mengalami emesis gravidarum pada awal kehamilan, dengan proporsi kejadian pada primigravida mencapai 60-80% dan pada multigravida sekitar 40-60%. Perbedaan proporsi ini relevan dengan kasus yang dibahas pada laporan ini, mengingat klien merupakan seorang primigravida yang secara epidemiologis termasuk kelompok dengan risiko lebih tinggi mengalami keluhan tersebut.

Emesis gravidarum secara fisiologis dikaitkan dengan peningkatan kadar hormon estrogen dan human chorionic gonadotrophin (hCG) yang diproduksi plasenta selama kehamilan (Evi & Fatchiatur, 2015). Keluhan umumnya dimulai pada minggu-minggu awal kehamilan dan mereda pada usia kehamilan sekitar empat bulan (Farida & Lola, 2020). Apabila tidak tertangani dengan baik, emesis gravidarum berpotensi memburat menjadi hiperemesis gravidarum, yaitu kondisi muntah terus-menerus yang menyebabkan tubuh ibu lemah, wajah pucat, frekuensi berkemih menurun drastis, serta darah mengental akibat berkurangnya cairan tubuh, yang pada akhirnya dapat mengganggu suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh ibu dan janin (Ika, 2020).

Amiliano (2018) menegaskan bahwa emesis gravidarum yang tidak tertangani dapat berkembang menjadi mual muntah berat dan persisten yang berujung pada dehidrasi, gangguan elektrolit, atau defisiensi nutrisi, bahkan pada kondisi berat dapat mencapai frekuensi muntah hingga sepuluh kali dalam 24 jam yang mengganggu aktivitas sehari-hari ibu (Ani dkk., 2020). Deteksi dini dan tata laksana yang tepat pada fase emesis gravidarum, sebelum berkembang menjadi hiperemesis, karenanya menjadi kunci pencegahan komplikasi yang lebih berat.

Berdasarkan hasil Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) Puskesmas Batu Nyale bulan September 2025, dari 891 sasaran ibu hamil, cakupan kunjungan antenatal pertama (K1) sebesar 83,84% (774 orang), kunjungan keempat (K4) sebesar 80,05% (710 orang), dan kunjungan keenam (K6) sebesar 75,84% (655 orang), sementara deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat baru mencapai 49,38% (88 kasus dari target). Data ini menunjukkan bahwa meskipun cakupan K1 relatif tinggi, terdapat penurunan bertahap pada cakupan kunjungan

lanjutan dan deteksi risiko berbasis masyarakat, sebuah celah yang berpotensi menunda identifikasi dini keluhan trimester I seperti emesis gravidarum apabila ibu tidak segera memeriksakan diri.

Penatalaksanaan ketidaknyamanan mual muntah trimester I dapat dilakukan secara farmakologis melalui pemberian antiemetik, antihistamin, atau antikolinergik, maupun secara non-farmakologis melalui dukungan emosional, akupresur, aromaterapi, dan terapi herbal seperti air rebusan jahe (Lola & Sri, 2020). Aromaterapi lavender, misalnya, dilaporkan mampu menurunkan intensitas mual muntah tanpa efek samping yang membahayakan ibu maupun janin (Ani dkk., 2020; Rahayu, 2018), sementara jahe dipercaya bekerja melalui kandungan gingerol dan shogaol yang mempercepat pengosongan lambung. Ketersediaan pilihan non-farmakologis semacam ini penting bagi bidan komunitas karena dapat diterapkan pada pelayanan primer tanpa memerlukan resep dokter, sekaligus menjadi jembatan konseling sebelum kolaborasi rujukan diperlukan.

Berdasarkan hasil wawancara pada kunjungan, ibu hamil yang mengalami mual muntah merasa kondisinya tidak nyaman dan kurang memahami teknik meredakan keluhan tersebut, sehingga penulis tertarik melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan komunitas pada kasus ibu hamil trimester I dengan emesis gravidarum di Puskesmas Batu Nyale. Publikasi ilmiah mengenai emesis gravidarum di Indonesia sejauh ini didominasi studi kuantitatif tentang efektivitas intervensi tertentu (misalnya jahe atau aromaterapi) pada kelompok sampel yang lebih besar, sementara dokumentasi rinci proses klinis penegakan diagnosis dan pengambilan keputusan asuhan pada tingkat individu di layanan kebidanan komunitas pedesaan relatif jarang dipublikasikan pada jurnal ilmiah.

Tujuan laporan kasus ini adalah mendeskripsikan proses asuhan kebidanan komunitas secara komprehensif dengan pendekatan manajemen SOAP pada seorang ibu hamil trimester I dengan emesis gravidarum di wilayah kerja UPTD Puskesmas Batu Nyale, Kabupaten Lombok Tengah, serta membahas temuan tersebut dalam konteks bukti ilmiah terkini mengenai etiologi, klasifikasi keparahan, dan penatalaksanaan mual muntah pada kehamilan.

2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan Trimester I dan Ketidaknyamanan Fisiologis

Trimester I mencakup usia kehamilan 1 hingga 12 minggu, periode ketika embrio mengalami organogenesis dan tubuh ibu menjalani adaptasi hormonal yang besar dalam waktu relatif singkat (Tiran, 2014). Ketidaknyamanan yang lazim dialami pada periode ini meliputi mual dan muntah, mengidam, sering buang air kecil, hipersaliva, pusing, serta perubahan pada saluran pencernaan, rahim, serviks, vagina

dan vulva, payudara, traktus urinarius, saluran pernapasan, dan sistem kardiovaskuler (Tiran, 2014).

Perubahan rasa tidak nyaman pada perut disebabkan oleh perubahan posisi lambung serta refluks asam lambung ke bagian bawah esofagus. Produksi asam lambung menurun di bawah pengaruh hCG, sementara tonus dan motilitas otot saluran pencernaan turut menurun, sehingga mual dan muntah menjadi keluhan yang sering dijumpai pada trimester ini (Kusmiyati & Wahyuningsih, 2015).

2.2 Emesis Gravidarum dan Hiperemesis Gravidarum

Emesis gravidarum adalah istilah medis untuk keluhan mual disertai muntah pada kehamilan, umumnya muncul sekitar enam minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung hingga sekitar minggu ke-16 kehamilan (Wiknjosastro, 2014). Manuaba (2018) menjelaskan tanda dan gejala emesis gravidarum meliputi rasa mual dan muntah terutama pagi hari hingga usia kehamilan empat bulan, kepala pusing, nafsu makan berkurang, mudah lelah, dan emosi yang cenderung tidak stabil.

Secara epidemiologis, sekitar 60-80% wanita primipara melaporkan mengalami mual muntah, dibandingkan 40-60% pada multipara, dan sekitar 12% ibu hamil terus mengalami keluhan ini hingga usia kehamilan lanjut (Sarwono, 2019). Secara patofisiologis, mual muntah kehamilan berkaitan dengan lonjakan kadar hCG yang disekresikan sel trofoblas blastokista, yang menyerupai kerja hormon lutein dan mendorong korpus luteum terus memproduksi estrogen dan progesteron sebelum fungsi ini diambil alih plasenta (Tiran, 2014). Progesteron sendiri menurunkan kontraksi otot polos saluran cerna dan memperlambat pengosongan lambung, sehingga turut berkontribusi pada gejala mual dan muntah (Lee & Saha, 2016). Faktor psikologis, termasuk kecemasan dan adaptasi terhadap kehamilan pertama, juga disebut berkontribusi terhadap intensitas gejala pada sebagian perempuan (Wiraharja, 2016).

Apabila tidak tertangani, emesis gravidarum dapat berkembang menjadi hiperemesis gravidarum, yaitu mual muntah hebat lebih dari sepuluh kali sehari yang menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan bermakna, atau gangguan elektrolit, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan berpotensi membahayakan janin (Rasida, 2020). Pada kondisi yang terus-menerus, cadangan karbohidrat dan lemak tubuh dapat menipis, menyebabkan ibu sangat lemah, wajah pucat, frekuensi berkemih menurun drastis, dan pada kasus tertentu dapat timbul robekan kecil pada mukosa esofagus dan lambung akibat perdarahan gastrointestinal (Wiknjosastro, 2014). Klasifikasi keparahan mual muntah kehamilan yang lazim digunakan secara klinis, termasuk skor Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE), disajikan pada Tabel 1 di bagian Hasil sebagai acuan interpretasi temuan pada kasus ini. Skor PUQE-24 dihitung dari tiga komponen keluhan dalam 24 jam terakhir, yaitu durasi

rasa mual (dalam jam), frekuensi episode muntah, dan frekuensi retching kering (dry heaving), yang masing-masing diberi skor 1-5 sehingga total skor berkisar 3-15 (Koren et al., 2002); semakin tinggi skor total, semakin berat derajat mual muntah yang dialami.

2.3 Penatalaksanaan Farmakologis dan Non-Farmakologis

Penatalaksanaan emesis gravidarum ringan hingga sedang umumnya diawali pendekatan non-farmakologis sebelum mempertimbangkan terapi farmakologis seperti antiemetik, antihistamin, atau antikolinergik (Lola & Sri, 2020). Modifikasi pola makan berupa porsi kecil namun sering, penghindaran makanan berlemak, pedas, dan berbau menyengat, kecukupan cairan, serta penghindaran kafein merupakan lini pertama yang dapat diterapkan bidan komunitas tanpa memerlukan resep dokter (Rahmatullah dkk., 2016).

Air rebusan jahe merupakan salah satu terapi herbal yang banyak direkomendasikan untuk meredakan mual muntah kehamilan (Gunawan et al., 2016). Jahe bekerja melalui beberapa mekanisme: merangsang motilitas saluran cerna yang sebelumnya diperlambat progesteron serta merangsang sekresi saliva, empedu, dan sekresi lambung lainnya (Lee & Saha, 2016); menghambat aktivasi reseptor 5-HT₃ dengan efek yang menyerupai antagonis 5-HT₃ seperti ondansetron (Glare et al., 2016); serta melemaskan otot saluran pencernaan sehingga mengurangi rasa mual (Wiraharja, 2016). Kandungan gingerol, shogaol, zingerone, zingiberol, dan paradol dalam jahe diketahui memblokir reseptor serotonin dan menghasilkan efek antiemetik pada saluran cerna maupun sistem saraf pusat (Wiraharja, 2016). Selain sifat antiemetiknya, jahe juga memiliki sifat antioksidan, antiinflamasi, dan antimikroba (King & Murphy, 2019).

Selain jahe, aromaterapi essential oil lavender dilaporkan dapat menurunkan intensitas mual muntah tanpa efek samping bagi ibu maupun janin, dengan kandungan utama linalool dan linalyl asetat yang memberikan efek nyaman, tenang, dan meningkatkan relaksasi (Ani dkk., 2020; Rahayu, 2018). Pendekatan non-farmakologis lain yang turut dilaporkan bermanfaat mencakup dukungan emosional dan akupresur pada titik tertentu pergelangan tangan (Nur'aini & Sarwinanti, 2019). Kombinasi berbagai pendekatan non-farmakologis ini memberi bidan komunitas beberapa pilihan konseling yang dapat disesuaikan dengan preferensi dan respons masing-masing klien.

2.4 Manajemen Asuhan Kebidanan Komunitas

Asuhan kebidanan komunitas merupakan pelayanan kebidanan profesional yang berfokus pada individu, keluarga, dan masyarakat dengan penekanan pada upaya promotif dan preventif, termasuk deteksi dini ketidaknyamanan kehamilan yang berisiko berkembang menjadi komplikasi (Varney et al., 2004). Proses asuhan

didokumentasikan melalui manajemen SOAP yang terdiri atas empat langkah: (1) Subjektif, data dari sudut pandang klien mengenai keluhan dan riwayat kesehatan; (2) Objektif, data hasil pemeriksaan fisik, tanda vital, antropometri, dan penunjang laboratorium; (3) Analisis, interpretasi data menjadi diagnosis, masalah, dan kebutuhan termasuk diagnosis potensial; dan (4) Penatalaksanaan, perencanaan dan pelaksanaan tindakan asuhan, termasuk edukasi, terapi, kolaborasi, dan evaluasi tindak lanjut (Varney et al., 2004). Kerangka inilah yang menjadi dasar metodologis laporan kasus berikut, sekaligus menjadi acuan penyusunan kerangka pikir pada Gambar 1.

2.5 Bukti Global mengenai Terapi Non-Farmakologis Mual Muntah Kehamilan

Tinjauan sistematis dan meta-analisis oleh Viljoen et al. (2014) yang dipublikasikan pada *Nutrition Journal* menyimpulkan bahwa suplementasi jahe secara konsisten menurunkan derajat keparahan mual pada kehamilan dibandingkan plasebo, dengan profil keamanan yang baik pada dosis terapeutik yang lazim digunakan, meskipun bukti mengenai efeknya terhadap frekuensi muntah secara statistik lebih bervariasi antarstudi. Tinjauan Cochrane oleh Matthews et al. (2015) mengenai berbagai intervensi untuk mual muntah awal kehamilan turut menegaskan bahwa jahe menunjukkan bukti yang menjanjikan dibandingkan plasebo, meskipun kualitas metodologis studi yang tersedia bervariasi dan penelitian dengan desain lebih ketat masih diperlukan untuk memperkuat rekomendasi klinis.

Instrumen standar untuk mengklasifikasikan keparahan mual muntah kehamilan yang banyak digunakan dalam literatur klinis internasional adalah skor *Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE)*, yang menilai durasi mual, frekuensi muntah, dan frekuensi retching kering dalam 24 jam terakhir untuk mengelompokkan derajat ringan, sedang, atau berat (Koren et al., 2002). Penggunaan instrumen terstandarisasi semacam ini pada praktik kebidanan komunitas Indonesia masih terbatas, dan sebagian besar penegakan derajat keparahan mual muntah pada layanan primer masih bertumpu pada penilaian klinis kualitatif bidan, sebagaimana juga tercermin pada laporan kasus ini.

3. METODE

Desain studi ini adalah laporan kasus (case report) dengan pendekatan deskriptif-kualitatif menggunakan manajemen asuhan kebidanan yang didokumentasikan dalam format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, dan Penatalaksanaan) sebagaimana dikembangkan dalam kerangka manajemen kebidanan Varney (Varney et al., 2004). Subjek laporan adalah seorang ibu hamil berinisial Ny. “F”, usia 21 tahun, primigravida, menikah selama dua bulan, dan tinggal serumah

dengan suami di wilayah kerja UPTD Puskesmas Batu Nyale, Kabupaten Lombok Tengah. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 3 November 2025 pada usia kehamilan 10-11 minggu.

Teknik pengumpulan data meliputi: (1) wawancara mendalam (anamnesis) untuk menggali data subjektif berupa identitas, keluhan utama, riwayat perkawinan dan obstetri, riwayat psikososial-spiritual, serta pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari (nutrisi, eliminasi, istirahat, aktivitas, seksualitas, dan personal hygiene) sebelum dan selama kehamilan trimester I; (2) pemeriksaan fisik head-to-toe dan pengukuran tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan); (3) pengukuran antropometri berupa berat badan sebelum dan selama hamil, tinggi badan, lingkaran lengan atas (LILA), dan indeks massa tubuh (IMT); serta (4) pemeriksaan penunjang laboratorium berupa kadar hemoglobin (Hb), gula darah sewaktu (GDS), golongan darah, status hepatitis, HIV, sifilis, dan protein urine.

Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif dengan mencocokkan (matching) temuan klinis terhadap kriteria diagnosis emesis gravidarum dan tanda bahaya yang mengarah pada hiperemesis gravidarum, kemudian diinterpretasikan menjadi diagnosis kebidanan, masalah, diagnosis potensial, dan kebutuhan asuhan segera. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan dilaksanakan pada hari kunjungan yang sama, mencakup edukasi kesehatan mengenai ketidaknyamanan trimester I, konseling modifikasi diet, terapi herbal air rebusan jahe, suplementasi asam folat, edukasi tanda bahaya kehamilan, anjuran pemeriksaan USG awal, serta rencana kunjungan ulang satu bulan kemudian atau lebih awal apabila keluhan tidak membaik.

Keabsahan data pada laporan kasus ini diupayakan melalui triangulasi sumber, yaitu membandingkan hasil wawancara (data subjektif) dengan hasil pemeriksaan fisik, antropometri, dan laboratorium (data objektif), sehingga interpretasi klinis tidak hanya bertumpu pada satu jenis data. Instrumen yang digunakan meliputi format pengkajian asuhan kebidanan komunitas standar institusi pendidikan, tensimeter dan stetoskop untuk pengukuran tanda vital, timbangan dan pita LILA untuk antropometri, serta pemeriksaan laboratorium sederhana di puskesmas. Seluruh proses pengkajian, analisis, dan penatalaksanaan dilakukan di bawah supervisi pembimbing lahan (bidan koordinator Puskesmas Batu Nyale) dan pembimbing akademik guna menjamin ketepatan interpretasi klinis dan kesesuaian tindakan dengan standar praktik kebidanan yang berlaku.

Pertimbangan etik dalam penyusunan laporan kasus ini meliputi: persetujuan tindakan (*informed consent*) yang telah diperoleh secara lisan dan tertulis dari klien sebelum pemeriksaan dan intervensi dilakukan; kerahasiaan identitas klien dijaga dengan hanya mencantumkan inisial; serta laporan telah melalui proses bimbingan

dan persetujuan oleh pembimbing akademik dan pembimbing lahan sesuai prosedur Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu dan UPTD Puskesmas Batu Nyala.

4. HASIL

4.1 Data Subjektif

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 November 2025 pukul 10.00 WITA. Klien Ny. "F", usia 21 tahun, datang untuk memeriksakan kehamilannya yang pertama, dengan usia kehamilan saat kunjungan sekitar 2,5 bulan (10-11 minggu) dan hari perkiraan lahir (HPL) 22 Mei 2026. Keluhan utama yang disampaikan adalah mual dan muntah pada pagi hari sebanyak kurang lebih tiga hingga empat kali, disertai badan terasa lemas, pusing, dan tidak nafsu makan.

Riwayat perkawinan menunjukkan klien menikah pada usia 21 tahun, merupakan pernikahan pertama yang telah berlangsung dua bulan, dengan hubungan suami-istri yang dilaporkan baik. Klien dan keluarga menyambut kehamilan ini dengan senang dan mendukung penuh. Skrining kesehatan mental menunjukkan kondisi baik tanpa tanda depresi atau kekerasan, meskipun klien melaporkan belum memahami banyak hal tentang kehamilan dan kondisi yang dialaminya saat ini, sehingga ingin mengetahui cara penatalaksanaan keluhanannya.

Perbandingan pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari sebelum dan selama kehamilan trimester I menunjukkan beberapa perubahan yang relevan secara klinis: frekuensi berkemih meningkat dari 5-6 kali menjadi 6-7 kali sehari, frekuensi hubungan seksual menurun dari tiga kali menjadi satu kali seminggu, dan aktivitas fisik berubah dari mengerjakan pekerjaan rumah tangga penuh disertai senam/yoga menjadi hanya membantu pekerjaan ringan dan berjalan kaki sore hari, karena klien belum berani terlalu aktif bergerak selama hamil. Tabel 2 merangkum perbandingan pola kebutuhan sehari-hari klien secara lebih lengkap.

4.2 Data Objektif

Pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum baik dan kesadaran composmentis. Hasil pengukuran antropometri: berat badan sebelum hamil 52 kg, berat badan saat kunjungan 50 kg (penurunan 2 kg), tinggi badan 153 cm, LILA 25 cm, dan IMT 21,4 (kategori normal). Tanda vital: tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali/menit, suhu 36,6°C, dan pernapasan 18 kali/menit — seluruhnya berada dalam rentang normal tanpa tanda dehidrasi seperti takikardia atau hipotensi ortostatik.

Pemeriksaan fisik menunjukkan wajah tidak pucat dan tidak ada edema, konjungtiva kemerahan dengan sklera tidak ikterik, mukosa bibir lembab, serta lidah mengalami hipersaliva tanpa stomatitis. Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri belum teraba dan ballotement negatif, konsisten dengan usia kehamilan

10-11 minggu. Tidak ditemukan kelainan bermakna pada pemeriksaan kepala, leher, payudara, maupun ekstremitas.

Pemeriksaan penunjang laboratorium tanggal 3 November 2025 menunjukkan kadar hemoglobin (Hb) 12,4 g/dL, gula darah sewaktu (GDS) 93 mg/dL, golongan darah A, dengan hasil hepatitis, HIV, dan sifilis negatif, serta protein urine negatif. Seluruh hasil laboratorium berada dalam batas normal dan tidak menunjukkan tanda dehidrasi maupun gangguan metabolik yang mengarah pada hiperemesis gravidarum.

Tabel 1 menyajikan klasifikasi keparahan mual muntah kehamilan yang digunakan sebagai acuan interpretasi derajat keluhan Ny. F pada laporan kasus ini, diadaptasi dari kriteria klinis konvensional serta instrumen Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE) yang banyak digunakan dalam literatur internasional (Koren et al., 2002).

Tabel 1. Klasifikasi Keparahan Mual Muntah pada Kehamilan

Derajat	Frekuensi Muntah/24 Jam	Tanda Penyerta	Skor PUQE-24 (Perkiraan)*
Ringan (Emesis Gravidarum)	1 - 4 kali	Nafsu makan menurun, lemas ringan, tanpa tanda dehidrasi	≤ 6
Sedang	5 - 9 kali	Lemas nyata, asupan makan menurun bermakna	7 - 12
Berat (Hiperemesis Gravidarum)	≥ 10 kali	Dehidrasi, gangguan elektrolit, penurunan berat badan signifikan	13 - 15

*Sumber: Diadaptasi dari Wikenjosastro (2014), Rasida (2020), dan Koren et al. (2002). *Skor merupakan estimasi berdasarkan penilaian klinis kualitatif terhadap frekuensi muntah dan tanda penyerta, bukan hasil pengukuran langsung menggunakan instrumen PUQE-24 baku (lihat bagian Keterbatasan Studi)*

Berdasarkan Tabel 1, keluhan Ny. F dengan frekuensi muntah tiga hingga empat kali per 24 jam, tanpa tanda dehidrasi dan tanda vital dalam batas normal, sesuai dengan kategori mual muntah derajat ringan atau emesis gravidarum, belum mencapai ambang hiperemesis gravidarum.

4.3 Analisis

Berdasarkan sintesis data subjektif dan objektif, ditegakkan diagnosis kebidanan: “Ny. F, G1P0A0H0, usia kehamilan 10-11 minggu, kehamilan fisiologis trimester I dengan emesis gravidarum.” Masalah yang menyertai meliputi keluhan mual muntah pagi hari, lemas, pusing, dan penurunan nafsu makan. Diagnosis potensial yang diantisipasi adalah perkembangan menjadi hiperemesis gravidarum apabila keluhan tidak tertangani. Kebutuhan tindakan segera secara mandiri tidak diperlukan; namun kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi obat disiapkan sebagai kontingensi apabila gejala memberat, sementara rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut belum diperlukan pada kunjungan ini. Ambang klinis yang menjadi dasar pertimbangan kolaborasi atau rujukan pada kasus serupa meliputi salah satu dari: frekuensi muntah ≥ 10 kali dalam 24 jam, tanda dehidrasi klinis (mata cekung, turgor kulit menurun, produksi urine berkurang nyata), penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan sebelum hamil, atau ditemukannya ketonuria pada pemeriksaan urine; pada kunjungan ini tidak satu pun kriteria tersebut terpenuhi sehingga tata laksana mandiri oleh bidan dinilai memadai.

4.4 Penatalaksanaan dan Perkembangan Kasus

Penatalaksanaan dilakukan pada hari kunjungan yang sama (3 November 2025, pukul 10.25 WITA) dan meliputi sebelas langkah asuhan: (1) memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga, meliputi tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali/menit, pernapasan 18 kali/menit, suhu 36,6°C, LILA 25 cm, IMT normal, dan tinggi fundus uteri yang belum teraba; (2) menjelaskan kebutuhan ibu hamil trimester I meliputi nutrisi, personal hygiene, eliminasi, istirahat dan tidur, seksualitas, serta dukungan keluarga; (3) menjelaskan ketidaknyamanan kehamilan trimester I yaitu mual muntah, mual, sering berkemih, hipersaliva, dan pusing; (4) memberikan KIE mengenai emesis gravidarum dan cara mengatasinya, yaitu makan dengan porsi kecil namun sering, menghindari makanan berminyak, pedas, dan berbau menyengat, mengonsumsi makanan ringan, minum air rebusan jahe, memastikan asupan cairan cukup untuk mencegah dehidrasi, dan menghindari minuman berkafein; (5) menganjurkan konsumsi air rebusan jahe secara rutin karena kandungan gingerol dan shogaol dapat mempercepat pengosongan lambung sehingga meredakan mual muntah; (6) menjelaskan perubahan fisiologis trimester I pada saluran pencernaan, rahim, serviks, vagina dan vulva, payudara, traktus urinarius, saluran pernapasan, dan sistem kardiovaskuler; (7) memberikan penjelasan tanda bahaya trimester I, yaitu perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, perubahan penglihatan mendadak, nyeri abdomen hebat, dan bengkak pada wajah dan tangan; (8) memberikan terapi asam folat diminum satu kali sehari untuk mencegah kecacatan janin; (9) menganjurkan ibu melakukan USG pertama pada awal kehamilan; (10)

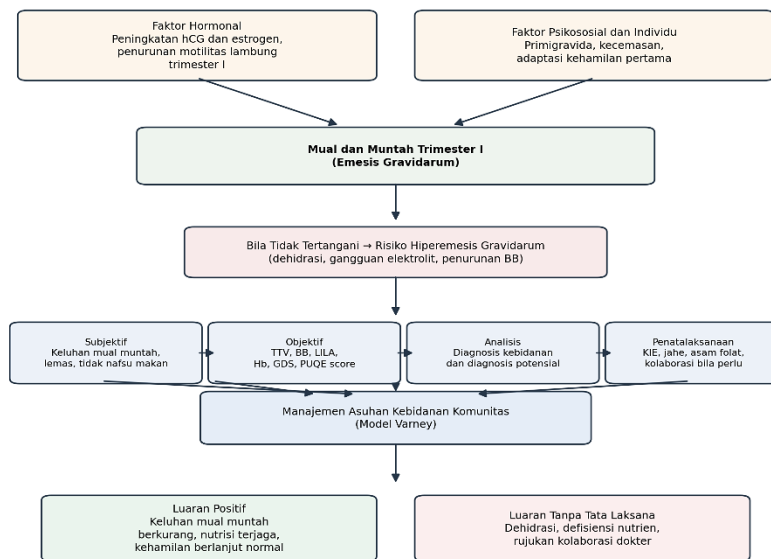
menganjurkan kunjungan ulang satu bulan kemudian, yaitu tanggal 3 Desember 2025, atau lebih awal apabila keluhan mual muntah tidak membaik; dan (11) melakukan pendokumentasian asuhan. Klien dan keluarga menunjukkan pemahaman terhadap seluruh penjelasan yang diberikan dan bersedia melaksanakan rencana asuhan serta kunjungan ulang.

Tabel 2. Perbandingan Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari Ny. F
Sebelum dan Selama Kehamilan Trimester I

Aspek	Sebelum Hamil	Selama Hamil Trimester I
Berat badan	52 kg	50 kg
Frekuensi BAK	5 - 6 kali/hari	6 - 7 kali/hari
Frekuensi BAB	1 kali/hari	1 kali/hari
Hubungan seksual	3 kali/minggu	1 kali/minggu
Tidur siang	1 - 2 jam	Kadang-kadang, 1 - 2 jam
Aktivitas fisik	Pekerjaan rumah tangga penuh	Membantu pekerjaan ringan (menyapu, mencuci piring)
Olahraga	Senam, yoga (1-2 kali/minggu)	Jalan kaki sore hari (1-2 kali/minggu)
Catatan	-	Belum berani terlalu aktif secara fisik

Gambar 1 merangkum kerangka pikir yang menghubungkan faktor hormonal dan psikososial pemicu emesis gravidarum, proses manajemen asuhan kebidanan berbasis SOAP, hingga dua kemungkinan luaran yang perlu dipantau bidan komunitas: perbaikan keluhan atau perkembangan ke arah hiperemesis gravidarum.

Gambar 1. Kerangka Pikir Asuhan Kebidanan Komunitas pada Emesis Gravidarum Trimester I



Sumber: Disusun oleh penulis berdasarkan hasil pengkajian kasus dan tinjauan pustaka (2026)

5. PEMBAHASAN

5.1 Data Subjektif: Profil Risiko Primigravida dan Penurunan Berat Badan Awal

Keluhan mual muntah pagi hari, lemas, pusing, dan tidak nafsu makan yang disampaikan Ny. F merupakan manifestasi khas emesis gravidarum trimester I (Manuaba, 2018). Status primigravida pada klien relevan untuk dicermati mengingat literatur menunjukkan proporsi kejadian mual muntah pada primipara mencapai 60-80%, lebih tinggi dibandingkan multipara yang berkisar 40-60% (Sarwono, 2019), sehingga profil risiko Ny. F secara epidemiologis memang tergolong lebih rentan mengalami keluhan ini dibandingkan ibu hamil dengan kehamilan berulang.

Penurunan berat badan sebesar 2 kg dari 52 kg menjadi 50 kg sejak sebelum hamil merupakan temuan yang perlu dicermati secara cermat, meskipun IMT klien masih berada dalam kategori normal (21,4). Penurunan berat badan pada awal kehamilan akibat mual muntah tergolong wajar sepanjang tidak disertai tanda dehidrasi atau ketidakseimbangan elektrolit (Rasida, 2020), namun tren penurunan ini tetap perlu dipantau pada kunjungan berikutnya untuk memastikan tidak berlanjut menjadi penurunan yang lebih signifikan, yang dapat menjadi salah satu indikator dini pergeseran ke arah hiperemesis gravidarum (Amiliano, 2018).

5.2 Data Objektif: Ketiadaan Tanda Dehidrasi sebagai Penanda Derajat Ringan

Tanda vital Ny. F seluruhnya berada dalam rentang normal, tanpa takikardia maupun hipotensi yang biasanya menyertai dehidrasi bermakna akibat muntah berulang. Pemeriksaan fisik turut mengonfirmasi ketiadaan tanda dehidrasi klinis: wajah tidak pucat, mukosa bibir lembab, dan tidak ditemukan tanda-tanda kekurangan cairan pada pemeriksaan fisik menyeluruh. Kadar hemoglobin 12,4 g/dL yang berada dalam rentang normal turut mengindikasikan bahwa hemokonsentrasi akibat dehidrasi, yang lazim menyertai hiperemesis gravidarum berat, belum terjadi pada kasus ini (Wiknjosastro, 2014).

Bila dipetakan pada klasifikasi keparahan mual muntah kehamilan (Tabel 1), frekuensi muntah Ny. F sebanyak tiga hingga empat kali per 24 jam bersama profil klinis dan laboratoris yang normal secara konsisten menempatkan kasus ini pada kategori emesis gravidarum ringan, bukan hiperemesis gravidarum. Kesesuaian antara data subjektif (keluhan, pola makan) dan data objektif (tanda vital, pemeriksaan fisik, laboratorium) ini memperkuat validitas diagnosis, sejalan dengan prinsip manajemen kebidanan Varney yang menekankan interpretasi data dasar menjadi diagnosis spesifik (Varney et al., 2004). Meskipun demikian, penggunaan instrumen terstandarisasi seperti skor PUQE-24 (Koren et al., 2002) pada praktik sehari-hari, dibandingkan penilaian klinis kualitatif semata, berpotensi meningkatkan konsistensi penegakan derajat keparahan mual muntah antarbidan dan antarfasilitas kesehatan.

5.3 Analisis: Kewaspadaan terhadap Diagnosis Potensial Hiperemesis Gravidarum

Penetapan diagnosis potensial hiperemesis gravidarum pada kasus ini, meski belum menunjukkan tanda ke arah tersebut, mencerminkan prinsip kewaspadaan dini yang menjadi inti manajemen kebidanan Varney: mengantisipasi kemungkinan perburukan kondisi sebelum benar-benar terjadi, sehingga rencana kolaborasi dengan dokter telah disiapkan sebagai kontingensi tanpa harus menunggu gejala memburuk (Varney et al., 2004). Keputusan untuk tidak melakukan rujukan maupun tindakan segera pada kunjungan ini konsisten dengan derajat keparahan ringan yang teridentifikasi, dan sejalan dengan prinsip bahwa kondisi yang masih dapat ditangani mandiri oleh bidan sebaiknya tidak serta-merta dirujuk tanpa indikasi klinis yang jelas.

5.4 Penatalaksanaan: Kombinasi Modifikasi Diet, Terapi Jahe, dan Asam Folat

Konseling modifikasi diet berupa porsi makan kecil namun sering, penghindaran makanan berlemak, pedas, dan berbau menyengat merupakan lini pertama tata laksana emesis gravidarum yang telah lama direkomendasikan (Rahmatullah dkk., 2016) dan konsisten dengan mekanisme fisiologis penurunan

motilitas lambung akibat progesteron (Kusmiyati & Wahyuningsih, 2015). Penambahan terapi air rebusan jahe pada kasus ini selaras dengan bukti tinjauan sistematis Viljoen et al. (2014) yang menunjukkan efektivitas jahe dalam menurunkan derajat mual kehamilan dengan profil keamanan yang baik, serta tinjauan Cochrane oleh Matthews et al. (2015) yang turut mendukung jahe sebagai salah satu intervensi non-farmakologis yang menjanjikan untuk mual muntah awal kehamilan. Literatur umumnya merekomendasikan dosis jahe untuk mual muntah kehamilan sekitar 1 gram per hari yang terbagi dalam tiga hingga empat kali konsumsi (misalnya melalui air rebusan jahe segar atau kapsul ekstrak setara), dengan durasi pemberian 4 hari hingga beberapa minggu tergantung respons klinis (Viljoen et al., 2014; Wiwin, 2023). Dokumentasi kasus ini tidak mencantumkan takaran dan frekuensi pemberian air rebusan jahe secara spesifik kepada Ny. F, sebuah kekurangan pencatatan yang perlu diperbaiki pada praktik pendokumentasian asuhan berikutnya agar dosis yang diberikan dapat dibandingkan dengan rekomendasi berbasis bukti di atas.

Mekanisme kerja jahe yang melibatkan stimulasi motilitas lambung, penghambatan reseptor 5-HT₃, dan efek relaksasi otot polos saluran cerna (Lee & Saha, 2016; Glare et al., 2016) memberikan dasar biologis yang masuk akal atas manfaat klinis yang dilaporkan berbagai penelitian, termasuk studi Wiwin (2023) dan Aini (2015) yang menemukan pengaruh signifikan air rebusan jahe terhadap penurunan mual muntah pada ibu hamil trimester I. Meskipun demikian, sebagai laporan kasus tunggal tanpa pengukuran keparahan mual muntah sebelum dan sesudah terapi secara terstandarisasi, laporan ini tidak dapat memastikan secara kuantitatif seberapa besar kontribusi terapi jahe dibandingkan komponen konseling gizi lain terhadap perbaikan subjektif yang dilaporkan klien pascaedukasi.

Pemberian asam folat satu kali sehari sebagai bagian rutin asuhan trimester I sejalan dengan rekomendasi pencegahan cacat tabung saraf janin, dan pemilihan waktu pemberian bersamaan dengan konseling emesis gravidarum penting agar ibu memahami cara mengonsumsi suplemen tanpa memperberat rasa mual, misalnya dengan mengonsumsinya bersama makanan ringan alih-alih saat perut kosong. Pendekatan asuhan yang menggabungkan edukasi ketidaknyamanan trimester I, terapi non-farmakologis, dan suplementasi standar ini mencerminkan prinsip family/client-centered care yang menyeluruh, bukan sekadar respons simptomatik terhadap keluhan mual muntah semata.

5.5 Implikasi bagi Praktik Kebidanan Komunitas dan Kebijakan Kesehatan

Kasus ini menggambarkan peran penting bidan komunitas dalam mengidentifikasi dan menatalaksana emesis gravidarum secara dini di layanan primer, sebelum kondisi berkembang menjadi hiperemesis gravidarum yang memerlukan penanganan lebih intensif. Data PWS KIA Puskesmas Batu Nyale yang menunjukkan

penurunan bertahap cakupan kunjungan ANC lanjutan (K1 83,84% menurun menjadi K6 75,84%) serta rendahnya deteksi faktor risiko berbasis masyarakat (49,38%) mengindikasikan perlunya penguatan sistem pengingat kunjungan ANC dan pelatihan kader untuk deteksi dini ketidaknyamanan kehamilan trimester I, termasuk emesis gravidarum, agar ibu hamil primigravida seperti Ny. F dapat memperoleh konseling lebih awal.

Integrasi edukasi tentang terapi non-farmakologis berbasis bukti, seperti air rebusan jahe dan aromaterapi lavender, ke dalam kelas ibu hamil dan konseling ANC rutin berpotensi menurunkan ketergantungan pada terapi farmakologis untuk kasus emesis gravidarum ringan hingga sedang, sekaligus memberdayakan ibu hamil untuk mengelola keluhannya secara mandiri di rumah. Standardisasi instrumen penilaian derajat keparahan mual muntah, misalnya melalui adopsi skor PUQE-24 dalam format pengkajian ANC puskesmas, juga dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan konsistensi pengambilan keputusan klinis bidan komunitas di wilayah dengan keterbatasan akses ke layanan spesialistik.

5.6 Keterbatasan Studi

Laporan kasus ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menginterpretasikan temuannya. Pertama, sebagai laporan kasus tunggal, hasil dan proses asuhan yang dideskripsikan tidak dapat digeneralisasikan pada populasi ibu hamil dengan emesis gravidarum secara luas. Kedua, derajat keparahan mual muntah pada laporan ini dinilai secara kualitatif berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, tanpa menggunakan instrumen skor terstandarisasi seperti PUQE-24 secara formal, sehingga pemetaan pada Tabel 1 bersifat estimasi berdasarkan kesesuaian kriteria klinis. Ketiga, laporan ini hanya mencakup satu kali kunjungan tanpa data evaluasi hasil intervensi pada kunjungan ulang, sehingga efektivitas kombinasi terapi jahe, modifikasi diet, dan asam folat terhadap perbaikan keluhan mual muntah Ny. F belum dapat dipastikan berdasarkan data objektif lanjutan. Kelima, kepatuhan klien terhadap anjuran modifikasi diet dan konsumsi air rebusan jahe dinilai melalui pelaporan mandiri (self-report) pada kunjungan ulang yang direncanakan, sehingga berpotensi mengalami bias pelaporan (social desirability bias) yang dapat melebih-lebihkan kepatuhan sesungguhnya. Penelitian lanjutan dengan desain observasional yang mencakup evaluasi terstandarisasi pada beberapa titik waktu, termasuk pengukuran obyektif kepatuhan bila memungkinkan, diperlukan untuk mengonfirmasi efektivitas kombinasi intervensi yang diterapkan pada kasus serupa di layanan primer.

6. SIMPULAN

Laporan kasus ini mendeskripsikan proses asuhan kebidanan komunitas yang komprehensif pada seorang ibu hamil primigravida usia 21 tahun dengan emesis gravidarum pada usia kehamilan 10-11 minggu di wilayah kerja UPTD Puskesmas Batu Nyale. Proses pengkajian data subjektif dan objektif berhasil mengidentifikasi emesis gravidarum derajat ringan tanpa tanda dehidrasi, dikonfirmasi melalui pemeriksaan klinis dan laboratoris yang seluruhnya berada dalam batas normal. Penatalaksanaan berupa kombinasi konseling modifikasi diet, terapi air rebusan jahe, suplementasi asam folat, dan edukasi tanda bahaya kehamilan menunjukkan kesesuaian dengan bukti ilmiah terkini mengenai penatalaksanaan mual muntah trimester I, dengan kewaspadaan yang tetap dijaga terhadap kemungkinan perkembangan ke arah hiperemesis gravidarum.

Secara lebih luas, laporan kasus ini berkontribusi pada literatur kebidanan berbasis kasus dengan menunjukkan bagaimana kerangka manajemen SOAP dapat diintegrasikan dengan bukti ilmiah mengenai patofisiologi hormonal emesis gravidarum, klasifikasi keparahan berbasis skor PUQE, dan efektivitas terapi non-farmakologis seperti jahe. Model dokumentasi dan analisis semacam ini berpotensi direplikasi oleh tenaga kesehatan primer lain di wilayah dengan karakteristik geografis dan sosial-budaya yang serupa, sekaligus membuka peluang penelitian multi-kasus untuk memperkuat generalisasi temuan pada populasi ibu hamil trimester I di Nusa Tenggara Barat maupun wilayah lain di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiliano, R. (2018). Dampak emesis gravidarum yang tidak tertangani pada kehamilan. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*, 6(1), 12–18.
- Ani, S., Rahmawati, D., & Susanti, E. (2020). Pengaruh aromaterapi lavender terhadap intensitas mual muntah pada ibu hamil trimester I. *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan*, 12(2), 88–95.
- Evi, N., & Fatchiatur, R. (2015). Perubahan hormonal dan keluhan mual muntah pada kehamilan trimester I. *Jurnal Kebidanan*, 4(2), 55–61.
- Farida, L., & Lola, S. (2020). Ketidaknyamanan kehamilan trimester I dan penatalaksanaannya. *Nuha Medika*.
- Glare, P., Miller, J., Nikolova, T., & Tickoo, R. (2016). Treating nausea and vomiting in palliative care: A review. *Clinical Interventions in Aging*, 6, 243–259. <https://doi.org/10.2147/CIA.S13109>
- Gunawan, S., Prabowo, E., & Rahayu, D. (2016). Efektivitas air rebusan jahe terhadap penurunan mual muntah pada ibu hamil trimester I. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 4(1), 21–27.
- Ika, P. (2020). Hiperemesis gravidarum: Patofisiologi dan penatalaksanaan. *Nuha Medika*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Profil kesehatan ibu dan anak Indonesia tahun 2019. Kemenkes RI.
- King, A., & Murphy, K. (2019). Nausea and vomiting in pregnancy: A review of nonpharmacologic and pharmacologic interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12921>
- Koren, G., Boskovic, R., Hard, M., Maltepe, C., Navioz, Y., & Einarson, A. (2002). Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy.

- American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5), S228–S231.
<https://doi.org/10.1067/mob.2002.123054>
- Kusmiyati, Y., & Wahyuningsih, H. P. (2015). Asuhan kebidanan kehamilan. Fitramaya.
- Lee, N. M., & Saha, S. (2016). Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterology Clinics of North America*, 40(2), 309–334.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2011.03.009>
- Lola, S., & Sri, W. (2020). Terapi farmakologis dan non-farmakologis pada emesis gravidarum. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 40–47.
- Manuaba, I. B. G. (2018). Ilmu kebidanan, penyakit kandungan, dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan (3rd ed.). EGC.
- Matthews, A., Haas, D. M., O'Mathúna, D. P., & Dowswell, T. (2015). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(9), CD007575.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007575.pub4>
- Nur'aini, & Sarwinanti. (2019). Efektivitas aromaterapi terhadap mual muntah pada ibu hamil trimester I. *Jurnal Kesehatan Samodra Ilmu*, 10(2), 101–108.
- Puskesmas Batu Nyale. (2025). Laporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) bulan September 2025. UPTD Puskesmas Batu Nyale, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Tengah.
- Rahayu, S. (2018). Pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan mual muntah ibu hamil trimester I. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 9(1), 15–22.
- Rahmatullah, I., Handayani, S., & Kurniawati, D. (2016). Manajemen nutrisi pada ibu hamil dengan emesis gravidarum. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 13(1), 30–36.

- Rasida, S. (2020). Hiperemesis gravidarum dan komplikasinya pada kehamilan. Nuha Medika.
- Sarwono, P. (2019). Ilmu kebidanan (5th ed.). Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Tiran, D. (2014). Mual dan muntah kehamilan: Penyebab dan penatalaksanaan (alih bahasa). EGC.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2004). Varney's midwifery (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Viljoen, E., Visser, J., Koen, N., & Musekiwa, A. (2014). A systematic review and meta-analysis of the effect and safety of ginger in the treatment of pregnancy-associated nausea and vomiting. *Nutrition Journal*, 13, 20. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-20>
- Wiknjosastro, H. (2014). Ilmu kebidanan (4th ed.). Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiraharja, R. S. (2016). Manajemen mual muntah kehamilan: Faktor psikologis dan farmakologis. *Jurnal Kedokteran*, 5(2), 77–84.
- World Health Organization. (2019). Global report on maternal morbidity: Nausea and vomiting in pregnancy. WHO.