

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.1.1 Definisi Asuhan Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020, asuhan kebidanan merupakan rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktinya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Asuhan kebidanan tidak hanya bersifat kuratif, tetapi juga mencakup upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif yang diberikan secara menyeluruh dan berkelanjutan sepanjang siklus reproduksi perempuan.

2.1.2 Prinsip Asuhan Kebidanan

Dalam pelaksanaannya, asuhan kebidanan berpedoman pada prinsip-prinsip fundamental yang menjamin kualitas dan keselamatan pelayanan. Prinsip pertama adalah women-centred care atau berpusat pada perempuan, dimana segala bentuk asuhan yang diberikan harus mempertimbangkan kebutuhan, keinginan, dan nilai-nilai yang dianut oleh klien. Prinsip kedua adalah midwifery partnership atau kemitraan kebidanan, yang menekankan pentingnya hubungan kolaboratif antara bidan dan klien dalam pengambilan keputusan terkait asuhan yang akan

diberikan. Prinsip ketiga adalah continuity of care atau kesinambungan asuhan, dimana pelayanan diberikan secara berkelanjutan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga pelayanan KB untuk memastikan tidak ada gap dalam pelayanan kesehatan. Prinsip keempat adalah evidence-based care atau asuhan berdasarkan bukti ilmiah, yang mengharuskan setiap tindakan kebidanan didukung oleh penelitian dan praktik terbaik yang telah terbukti efektif dan aman (Rizkiana, P., 2024). Selain itu, asuhan kebidanan juga harus bersifat holistik dan terpadu, memandang klien secara menyeluruh dari berbagai aspek baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual.

2.1.3 Tujuan Asuhan Kebidanan

Pemberian asuhan kebidanan komprehensif bertujuan untuk mendeteksi, mencegah, dan mengelola masalah kesehatan yang mungkin timbul selama kehamilan, sehingga dapat meningkatkan kelangsungan hidup dan kualitas hidup ibu dan janin (Rasmin, H.A.M., 2024). Melalui pengawasan yang intensif, setiap perubahan fisiologis yang dialami ibu dapat dievaluasi secara dini guna memastikan bahwa proses kehamilan tetap berjalan dalam batas normal. Selain itu, asuhan yang berkualitas juga berfungsi sebagai sarana pemberdayaan bagi ibu dan keluarga agar mampu mengenali tanda bahaya secara mandiri, sehingga rujukan yang tepat waktu dapat dilakukan jika ditemukan indikasi komplikasi.

2.2 Konsep Dasar Teori Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alami yang melibatkan perubahan fisiologis dan psikologis yang signifikan bagi ibu. Secara medis, kehamilan didefinisikan sebagai sebuah proses yang terjadi di dalam rahim seorang wanita selama 40 minggu sejak hari pertama haid terakhir, proses kehamilan dimulai dengan fertilisasi dan berlanjut dengan penanaman embrio di dalam rahim, lalu berkembang hingga janin tersebut siap untuk dilahirkan (Kasmiati, Purnamasari, D., 2023). Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester I umumnya didominasi oleh adaptasi hormonal dan perubahan sistem tubuh secara sistemik, di mana selama periode ini adaptasi tubuh terjadi secara menyeluruh mencakup sistem kardiovaskular, pernapasan, hormonal, gastrointestinal, dan muskuloskeletal.

2.2.2 Tanda-tanda Kehamilan

Mengetahui adanya kehamilan bukan sekedar didasarkan pada perasaan subjektif ibu, melainkan melalui evaluasi terhadap berbagai tanda klinis yang muncul bertahap. Tanda-tanda ini secara sistematis dibagi menjadi tiga, yaitu tanda tidak pasti hamil, tanda mungkin hamil, dan tanda pasti hamil (Yulia, H., 2024). Masing-masing memiliki karakteristik klinis sebagai berikut:

1. Tanda tidak pasti hamil

Tanda tidak pasti atau tanda dugaan (*presumptive*) adalah perubahan fisik yang dialami oleh calon ibu, namun belum dapat dijadikan dasar diagnosis pasti karena tidak spesifik dan bisa dipicu oleh faktor kesehatan lain. Sebagian besar tanda ini bersifat subjektif atau hanya dirasakan secara personal oleh wanita tersebut. Tanda-tanda yang masuk dalam kategori ini meliputi:

a. Amenorea

Terhentinya siklus menstruasi terjadi karena tubuh mempertahankan dinding rahim (endometrium) untuk proses kehamilan. Hal ini dipicu oleh aktivitas hormon yang mencegah terjadinya peluruhan selaput lendir rahim

b. Mual dan muntah

Umumnya dikenal sebagai *morning sickness*, kondisi ini sering muncul pada awal kehamilan hingga akhir trimester pertama. Hal ini terjadi akibat fluktuasi hormonal yang memengaruhi sistem pencernaan

c. Konstipasi

Penurunan tonus otot pada saluran pencernaan akibat pengaruh hormon steroid (khususnya progesteron) menyebabkan gerakan usus melambat, sehingga ibu hamil rentan mengalami konstipasi

d. Perubahan pada payudara

Peningkatan hormon estrogen dan progesteron merangsang pertumbuhan duktus serta alveoli payudara. Akibatnya, payudara terasa lebih besar, tegang, sensitif, atau sedikit nyeri (mastodinia)

e. Pingsan

Gangguan sirkulasi darah sementara atau berada di lingkungan yang padat dapat memicu pingsan. Hal ini berkaitan dengan redistribusi volume darah dan perubahan tekanan darah selama masa kehamilan

f. Kelelahan dan berkurangnya nafsu makan

Rasa lelah yang berlebihan serta berkurangnya minat terhadap makanan sering dialami pada trimester pertama akibat beban metabolisme tubuh yang meningkat secara mendadak

g. Sering buang air kecil

Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh desakan rahim yang mulai membesar terhadap kandung kemih. Gejala ini biasanya mereda pada trimester kedua, namun muncul kembali di akhir kehamilan saat kepala janin mulai turun ke rongga panggul

2. Tanda mungkin hamil

Tanda mungkin hamil (*probable signs*) merupakan sekumpulan perubahan fisiologis yang menunjukkan indikasi kuat adanya kehamilan, namun belum dapat dianggap sebagai bukti absolut. Berbeda dengan

tanda tidak pasti yang bersifat subjektif, tanda mungkin hamil umumnya bersifat objektif karena dapat diamati atau diraba oleh pemeriksa melalui pemeriksaan fisik. Meski demikian, tanda-tanda ini masih memiliki kemungkinan disebabkan oleh kondisi medis lain atau kelainan patologis di luar kehamilan. Tanda-tanda yang masuk dalam kategori ini meliputi:

a. Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal tubuh yang menetap selama lebih dari tiga minggu dalam rentang 37.2°C hingga 37.8°C merupakan indikasi kuat adanya aktivitas hormon progesteron yang mendukung kehamilan

b. Perubahan warna kulit

Munculnya bercak kecokelatan atau "topeng kehamilan" di area wajah (mata, hidung, pelipis) setelah minggu ke-16, yang dapat menggelap akibat paparan sinar matahari. Perubahan warna menjadi lebih gelap pada areola dan puting susu, munculnya *linea nigra* (garis gelap di perut), serta *striae gravidarum* (peregangan kulit pada dinding perut)

c. Perubahan pada payudara

Memasuki usia 6–8 minggu, payudara mengalami pembesaran dan peningkatan vaskularisasi. Areola tampak melebar, dan kelenjar Montgomery menonjol akibat stimulasi hormon steroid. Pada minggu ke-16, kolostrum (cairan awal payudara) mulai

diproduksi sebagai respons terhadap kerja prolaktin dan progesteron

d. Pembesaran perut

Uterus yang terus tumbuh menyebabkan perut mulai tampak membesar, umumnya setelah minggu ke-16. Meskipun menjadi indikator fisik yang jelas, hal ini harus dikorelasikan dengan tanda klinis lain karena pada primigravida (kehamilan pertama), perubahan ini terkadang kurang menonjol dibandingkan multigravida

e. Epulis

Terjadi pembengkakan atau hiperplasia pada jaringan gusi. Meskipun sering dikaitkan dengan perubahan hormonal kehamilan, kondisi ini juga dapat dipicu oleh faktor lain seperti infeksi lokal, deposit karang gigi, atau defisiensi vitamin C

f. Balotement

Pada pemeriksaan palpasi di usia kehamilan 16–20 minggu, pemeriksa dapat merasakan sensasi massa keras yang mengapung dan memantul di dalam rahim. Penting untuk diingat bahwa fenomena ini juga bisa ditemukan pada kondisi non-kehamilan seperti mioma uteri, asites, atau kista ovarium

g. Kontraksi uterus

Merupakan kontraksi rahim tidak teratur dan tanpa rasa nyeri yang mulai dirasakan sekitar minggu ke-28. Frekuensi dan kekuatan kontraksi ini biasanya akan meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan sebagai bentuk persiapan rahim

h. Tanda chadwick dan goodell

Tanda Chadwick perubahan warna mukosa vagina dan serviks menjadi kebiruan atau ungu akibat kongesti (penumpukan) pembuluh darah. Tanda Goodell terjadinya pelunakan pada konsistensi serviks (leher rahim) akibat peningkatan vaskularisasi lokal

3. Tanda pasti hamil

Tanda pasti kehamilan (*positive signs*) merupakan sekumpulan indikator medis objektif yang memberikan bukti absolut atas keberadaan janin. Berbeda dengan tanda sebelumnya, kategori ini tidak bersifat spekulatif dan tidak dapat dipalsukan oleh kondisi medis lain. Penegakan diagnosis pada tahap ini dilakukan melalui observasi langsung terhadap aktivitas vital janin atau pemeriksaan penunjang yang memvisualisasikan struktur janin. Tanda-tanda yang masuk dalam kategori ini meliputi:

a. Teraba bagian-bagian janin

Identifikasi bagian tubuh janin melalui teknik palpasi (perabaan) mulai dapat dilakukan pada usia kehamilan 22 minggu, terutama

pada ibu dengan dinding perut yang relaks dan indeks massa tubuh yang rendah (kurus). Memasuki usia 28 minggu, struktur tubuh janin akan teraba jauh lebih jelas dan gerakan janin dapat dirasakan secara nyata oleh ibu

b. Gerakan janin

Pada usia kehamilan 20 minggu, gerakan aktif janin tidak hanya dirasakan oleh ibu, tetapi juga dapat dideteksi secara objektif oleh pemeriksa melalui perabaan pada dinding abdomen. Hal ini menjadi bukti kuat adanya aktivitas kehidupan di dalam rahim

c. Terdengar denyut jantung janin

Keberadaan denyut jantung janin dapat dikonfirmasi menggunakan berbagai instrumen medis sesuai dengan usia gestasi. Detak jantung janin yang sehat berkisar antara 120 hingga 160 kali per menit. Suara akan terdengar lebih optimal saat ibu dalam posisi berbaring dan punggung janin berada di posisi anterior (depan)

d. Pemeriksaan rontgen

Meskipun sinar-X dapat memperlihatkan bayangan tulang pada usia 6 minggu, kepastian mengenai gambaran kerangka janin yang utuh biasanya baru dapat diperoleh pada usia kehamilan 12–14 minggu. Namun, prosedur ini kini jarang dilakukan untuk diagnosis rutin demi menghindari paparan radiasi

e. Ultrasonografi

USG merupakan metode paling efektif dan dini untuk menegaskan kehamilan. Mulai usia 4–5 minggu, USG dapat mengonfirmasi keberadaan kantong gestasi (*gestational sac*), yang diikuti dengan visualisasi gerakan serta denyut jantung janin pada pemeriksaan selanjutnya

f. Elektrokardiografi jantung janin

Pemeriksaan EKG janin dapat mulai merekam aktivitas kelistrikan jantung janin pada usia kehamilan 12 minggu. Metode ini memberikan data tambahan yang lebih spesifik mengenai kondisi fisiologis jantung janin

2.2.3 Perubahan pada Kehamilan

Proses kehamilan memicu terjadinya adaptasi fisiologis yang signifikan pada berbagai sistem tubuh ibu guna memfasilitasi kebutuhan nutrisi, oksigen, dan ruang bagi perkembangan janin (Sendy, P.R., 2024). Perubahan ini melibatkan adaptasi pada struktur anatomi serta fungsi kerja organ yang terbagi ke dalam beberapa sistem utama antara lain:

1. Adaptasi sistem reproduksi dalam kehamilan

Selama masa gestasi, sistem reproduksi wanita mengalami transformasi yang luar biasa untuk memfasilitasi pertumbuhan janin, yang paling menonjol terjadi pada uterus. Rahim mengalami hipertrofi dan hiperplasia otot polos sehingga beratnya meningkat drastis dari 30 gram

menjadi sekitar 1 kg pada akhir kehamilan, dengan kapasitas mencapai lebih dari 4000 cc. Seiring bertambahnya usia kehamilan, bentuk uterus berubah secara bertahap dari menyerupai buah pir menjadi bulat, hingga berbentuk bujur telur pada usia aterm. Posisi uterus pun bergeser dari rongga pelvis menuju rongga perut, di mana puncaknya atau Tinggi Fundus Uteri (TFU) dapat diukur sebagai indikator usia kehamilan; mulai dari setinggi simfisis pada minggu ke-12, mencapai pusat pada minggu ke-24, hingga mendekati prosesus xifoideus pada minggu ke-36 sebelum akhirnya sedikit turun pada minggu ke-40 karena bagian bawah janin mulai masuk ke pintu atas panggul.

Perubahan signifikan juga terjadi pada serviks, vagina, dan vulva akibat peningkatan vaskularisasi dan pengaruh hormon estrogen serta progesteron. Kondisi ini ditandai dengan melunaknya konsistensi serviks (tanda Goodell) serta munculnya warna kebiruan atau livid pada mukosa vagina dan porsio (tanda Chadwick). Selain itu, peningkatan keasaman pH vagina (4 hingga 6,5) meningkatkan risiko infeksi jamur, sementara hipervaskularisasi dapat memicu hipersensitivitas seksual terutama pada trimester kedua. Di sisi lain, ovarium memasuki masa istirahat karena fungsi hormonalnya telah diambil alih oleh plasenta sejak minggu ke-16, sehingga proses ovulasi dan siklus menstruasi terhenti sepenuhnya.

Pada bagian eksternal, dinding perut mengalami peregangan yang menyebabkan robeknya serabut elastis kulit berupa *striae gravidarum*, serta munculnya garis gelap vertikal yang disebut *linea nigra* akibat hiperpigmentasi. Selaras dengan itu, payudara mengalami pertumbuhan sistem saluran dan sel asinus yang dipengaruhi oleh estrogen, progesteron, dan somatomammotropin. Hal ini menyebabkan payudara menjadi lebih besar, tegang, dan areola menghitam dengan kelenjar Montgomery yang menonjol. Meskipun kolostrum sudah mulai diproduksi sejak minggu ke-12, pengeluaran ASI secara masif baru akan terjadi setelah persalinan, yakni saat pengaruh hormon plasenta menghilang dan hormon prolaktin mulai bekerja secara aktif untuk proses laktasi.

2. Adaptasi sistem kardiovaskular dalam kehamilan

Sistem kardiovaskular merupakan sistem transpor tertutup yang terdiri atas jantung sebagai pemompa, darah sebagai pembawa nutrisi, dan pembuluh darah sebagai medianya. Selama kehamilan, sistem ini mengalami adaptasi besar untuk memenuhi kebutuhan metabolisme ibu dan janin yang sedang berkembang. Perubahan dimulai sejak trimester pertama, di mana volume plasma meningkat rata-rata 50%, sementara massa sel darah merah (RBC) hanya meningkat sekitar 18–30%. Ketidakseimbangan peningkatan ini menyebabkan terjadinya hemodilusi atau penurunan hematokrit yang dikenal sebagai anemia

fisiologis. Selain itu, curah jantung (*cardiac output*) meningkat secara signifikan hingga 30–50%, yang terkadang memicu hipertropi atau dilatasi ringan pada jantung. Secara anatomis, desakan diafragma akibat pembesaran uterus menyebabkan posisi jantung terangkat dan berotasi ke atas serta ke kiri.

Memasuki trimester kedua, proses hemodilusi menjadi lebih jelas terlihat. Tekanan darah biasanya mengalami penurunan pada 24 minggu pertama akibat relaksasi otot polos pembuluh darah oleh hormon progesteron, dengan penurunan sistolik sekitar 5–10 mmHg dan diastolik 10–15 mmHg. Namun, setelah melewati masa tersebut, tekanan darah akan perlahan naik kembali ke level normal sebelum hamil. Peningkatan volume darah total ini terus berlangsung secara progresif hingga mencapai puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu, yang sering kali disertai dengan perubahan suara jantung saat dilakukan auskultasi akibat perubahan posisi dan beban kerja jantung yang meningkat.

Pada trimester ketiga, sistem pertahanan tubuh juga menunjukkan respons spesifik di mana jumlah leukosit meningkat hingga berkisar 5.000–12.000/mm³, bahkan dapat mencapai puncaknya saat persalinan. Peningkatan ini didominasi oleh jumlah granulosit dan limfosit untuk mendukung sistem regulasi tubuh. Seluruh mekanisme adaptasi ini, mulai dari peningkatan sirkulasi ke plasenta hingga perubahan

vaskularisasi akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron, berfungsi memastikan bahwa organ vital seperti jantung dan otak tetap menerima suplai oksigen serta nutrisi yang adekuat demi menjamin kesejahteraan ibu dan janin hingga masa persalinan tiba.

3. Adaptasi sistem hematologi dalam kehamilan

Sistem hematologi mengalami perubahan signifikan segera setelah fertilisasi sebagai bentuk adaptasi tubuh untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Perubahan utama ditandai dengan fenomena hipervolemia, yaitu peningkatan volume darah yang dimulai sejak minggu ke-6 hingga ke-8 dan mencapai puncaknya pada minggu ke-32 sampai ke-34. Secara fisiologis, volume plasma meningkat drastis sebesar 40–45% akibat stimulasi hormon progesteron dan estrogen pada ginjal melalui jalur renin-angiotensin-aldosteron. Meskipun produksi eritrosit juga meningkat sekitar 20–30% karena adanya stimulasi eritropoietin, kenaikan ini tidak sebanding dengan pesatnya peningkatan volume plasma. Ketidakseimbangan tersebut menyebabkan terjadinya hemodilusi, yang berimplikasi pada penurunan konsentrasi hemoglobin (dari rata-rata 15 gr/dl menjadi sekitar 12,5 gr/dl) dan hematokrit, yang secara klinis sering disebut sebagai anemia fisiologis kehamilan.

Kondisi hipervolemia ini memiliki peran krusial bagi keselamatan ibu dan janin, di antaranya untuk memenuhi kebutuhan metabolik uterus

yang membesar, menyediakan nutrisi bagi plasenta, serta menjaga stabilitas aliran balik vena saat ibu berada dalam posisi tegak atau terlentang. Selain itu, peningkatan volume darah berfungsi sebagai cadangan pelindung bagi ibu untuk mengantisipasi kehilangan darah saat proses persalinan. Namun, pemantauan ketat tetap diperlukan; jika kadar hemoglobin turun di bawah 11 gr/dl, kondisi tersebut tidak lagi dianggap sebagai dampak hipervolemia murni, melainkan indikasi abnormalitas yang umumnya berkaitan dengan defisiensi zat besi. Seluruh perubahan hematologis ini biasanya akan kembali ke kondisi normal dalam waktu 2 hingga 6 minggu pascapersalinan.

4. Adaptasi sistem respirasi dalam kehamilan

Adaptasi sistem respirasi selama kehamilan merupakan respons fisiologis terhadap peningkatan metabolisme tubuh dan kebutuhan oksigen yang naik hingga 20%. Secara anatomis, pembesaran uterus pada usia kehamilan di atas 32 minggu akan memberikan tekanan pada diafragma, menyebabkan posisinya terdorong ke atas setinggi kurang lebih 4 cm dan melebar ke arah samping sekitar 5–7 cm. Meskipun terjadi pergeseran posisi diafragma, kapasitas paru tetap terjaga berkat pengaruh hormonal yang menyebabkan relaksasi otot dan pengenduran ligamen pada kerangka dada, sehingga rongga dada dapat mengompensasi tekanan tersebut.

Peningkatan kadar hormon progesteron selama kehamilan memegang peranan penting dalam mengatur pola pernapasan. Progesteron memicu kondisi hiperventilasi ringan dengan cara meningkatkan sensitivitas pusat pernapasan terhadap karbondioksida. Akibatnya, ibu hamil cenderung bernapas lebih dalam dibandingkan saat tidak hamil (peningkatan volume tidal), dengan frekuensi respirasi normal berkisar antara 14–15 kali per menit. Perubahan ini sering kali menyebabkan ibu hamil merasa lebih cepat sesak atau sulit bernapas, terutama saat berada dalam posisi terlentang, karena tekanan rahim terhadap diafragma menjadi lebih maksimal pada posisi tersebut.

5. Adaptasi sistem urinari dalam kehamilan

Sistem urinaria mengalami adaptasi anatomi dan fisiologi yang signifikan akibat pengaruh hormon estrogen, progesteron, serta perubahan sirkulasi dan mekanis akibat pembesaran rahim. Pada ginjal, ukuran rata-rata meningkat sekitar 1 cm yang disertai dengan hiperfiltrasi glomerulus sejak awal kehamilan. Laju filtrasi glomerulus (*Glomerular Filtration Rate*/GFR) meningkat pesat hingga 50% pada awal trimester kedua, sementara aliran plasma ginjal meningkat hingga 80%. Kondisi hipervolemia dan peningkatan GFR ini menyebabkan konsentrasi kreatinin serum pada wanita hamil menjadi lebih rendah dibandingkan kondisi normal. Pada akhir kehamilan, aktivitas ginjal ditemukan lebih optimal saat ibu tidur dalam posisi miring karena

berkurangnya tekanan rahim pada vena besar, yang pada gilirannya meningkatkan curah jantung dan aliran darah ke ginjal.

Perubahan pada ureter mulai tampak sejak minggu ke-10 kehamilan berupa dilatasi atau hidroureter, terutama pada sisi kanan. Hal ini terjadi karena uterus yang membesar cenderung berotasi ke arah kanan (dekstro-rotasi) dan menekan ureter saat melewati tepian panggul. Akibat pengaruh progesteron yang menghambat peristaltik ureter serta tekanan mekanis ini, risiko terjadinya infeksi ginjal atau pielonefritis meningkat pada sisi kanan. Selain itu, kandung kemih akan terdorong ke atas dan ke depan seiring pembesaran rahim, yang mengakibatkan uretra memanjang hingga sekitar 7,5 cm. Peningkatan vaskularisasi pada area panggul menyebabkan mukosa kandung kemih menjadi lebih sensitif, mudah terluka, dan hiperemik.

Pada aspek fungsional, tonus otot kandung kemih cenderung menurun sehingga kapasitas distensinya meningkat secara signifikan. Meski demikian, tekanan rahim yang terus bertambah menyebabkan ibu hamil sering merasakan dorongan untuk berkemih meskipun jumlah urin di dalam kandung kemih hanya sedikit. Memasuki akhir trimester ketiga, frekuensi berkemih akan semakin meningkat (sering kencing) akibat turunnya bagian terendah janin ke dalam rongga panggul yang memberikan tekanan langsung pada kandung kemih. Seluruh rangkaian adaptasi ini merupakan mekanisme homeostasis tubuh untuk

memastikan pembuangan sisa metabolisme ibu dan janin tetap berjalan dengan optimal.

2.2.4 Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester I

Ketidaknyamanan pada periode ini bersifat fisiologis, namun sering kali mengganggu kualitas hidup ibu jika tidak dikelola dengan baik. Beberapa ketidaknyamanan yang umum terjadi antara lain:

1. Mual muntah (emesis gravidarum)

Mual dan muntah diperkirakan dialami oleh 70% hingga 85% wanita hamil, di mana gejala ini biasanya muncul pada usia kehamilan 4-9 minggu dan mencapai puncaknya pada minggu ke-12. Kondisi ini dipicu oleh faktor hormonal, khususnya peningkatan *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) yang menstimulasi produksi estrogen sehingga memicu peningkatan asam lambung. Selain faktor fisiologis, mual muntah juga dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis seperti perasaan bersalah, marah, ketakutan, dan kecemasan, serta faktor keturunan yang meningkatkan risiko hingga terjadinya *Hyperemesis Gravidarum*.

2. Sering buang air kecil

Keluhan sering buang air kecil dilaporkan oleh sekitar 59% ibu hamil pada trimester pertama. Perubahan pada sistem perkemihan ini mulai terjadi sejak usia kehamilan 7 minggu, yang disebabkan oleh rahim yang mulai membesar sehingga menekan kandung kemih yang terletak tepat di depannya. Penekanan ini menyebabkan kapasitas atau daya tampung

kandung kemih berkurang, yang secara otomatis memicu peningkatan frekuensi berkemih pada ibu hamil.

3. Sembelit atau susah buang air besar

Sembelit memiliki prevalensi sekitar 35% sampai 39% pada ibu hamil trimester pertama. Kondisi ini disebabkan oleh pengaruh hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi pada otot halus, sehingga mobilitas organ pencernaan menjadi lambat dan waktu transit makanan di lambung meningkat. Selain itu, penurunan hormon motilin melemahkan gerakan peristaltik usus, yang diperburuk dengan penurunan aktivitas fisik ibu hamil, sehingga sisa makanan menumpuk lebih lama dan sulit dikeluarkan.

4. Pusing

Pusing dialami oleh lebih dari setengah populasi wanita hamil (sekitar 52,44%) dan paling sering terjadi pada trimester pertama dan kedua. Hal ini dipicu oleh hormon progesteron yang menyebabkan pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi) sehingga darah cenderung berkumpul di kaki dan mengurangi aliran darah ke otak secara sementara. Selain itu, pusing dapat disebabkan oleh anemia akibat peningkatan volume plasma yang tidak sebanding dengan kadar hemoglobin, serta penyesuaian tubuh terhadap kadar gula darah yang cenderung rendah.

5. Rasa panas pada bagian dada (heartburn)

Ketidaknyamanan berupa rasa panas pada dada atau *heartburn* dikeluarkan oleh sekitar 22% wanita pada awal kehamilan. Peningkatan hormon progesteron menyebabkan penurunan kerja lambung dan esofagus bagian bawah, sehingga makanan cenderung lambat dicerna dan menumpuk di dalam lambung. Proses ini menimbulkan rasa penuh, kembung, serta dorongan asam lambung ke arah dada, yang juga diperparah oleh tekanan dari rahim yang mulai membesar.

6. Mudah lelah (fatigue)

Kelelahan selama kehamilan paling umum dirasakan pada trimester pertama akibat perubahan hormonal yang signifikan. Tubuh ibu harus bekerja lebih keras memproduksi lebih banyak darah untuk menyalurkan nutrisi ke janin, yang berdampak pada penurunan kadar gula darah serta tekanan darah ibu. Peningkatan kadar hormon progesteron juga memiliki efek samping yang membuat ibu sering merasa mengantuk, sementara perubahan emosi turut berkontribusi terhadap penurunan energi secara keseluruhan.

7. Keputihan

Keputihan sering muncul pada awal kehamilan dengan angka kejadian pada trimester pertama sebesar 18,5%. Cairan yang keluar dari vagina ini umumnya bersifat normal karena dipicu oleh meningkatnya kadar hormon estrogen selama masa kehamilan. Namun, frekuensi dan

jumlah keputihan ini dapat meningkat apabila ibu mengalami kondisi stres yang tinggi atau kelelahan fisik yang sangat luar biasa (Dewita, R.A., 2024).

2.3 Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum

2.3.1 Definisi Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi mual dan muntah berlebihan pada ibu hamil yang terjadi terus-menerus dan dapat menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan sebelum hamil, serta ketonuria (Jennings & Mahdy, 2023). Kondisi ini berbeda dengan emesis gravidarum biasa yang masih dalam batas fisiologis normal. Hiperemesis gravidarum biasanya dimulai pada usia kehamilan 4-8 minggu, mencapai puncaknya pada minggu ke-9 hingga ke-12, dan umumnya mereda pada usia kehamilan 20 minggu. Namun, sekitar 10% kasus dapat berlanjut hingga trimester ketiga bahkan sampai akhir kehamilan (Suryani, 2023). Diagnosis hiperemesis gravidarum ditegakkan berdasarkan kriteria klinis yang meliputi mual muntah persisten lebih dari 3 kali per hari, penurunan berat badan lebih dari 5%, tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit menurun, mata cekung, mukosa kering), serta hasil laboratorium yang menunjukkan ketonuria, peningkatan hematokrit, dan gangguan elektrolit.

2.3.2 Etiologi Hiperemesis Gravidarum

Etiologi hiperemesis gravidarum bersifat multifaktorial dan belum sepenuhnya dipahami. Beberapa teori yang dikemukakan meliputi faktor hormonal, dimana peningkatan kadar hormon Human Chorionic Gonadotropin (hCG) dan estrogen pada trimester pertama diduga menjadi penyebab utama. Kadar hCG yang tinggi menstimulasi pusat muntah di medulla oblongata dan menyebabkan relaksasi sfingter esofagus bagian bawah (Caron & Markusen, 2024).

Faktor gastrointestinal juga berperan, dimana terjadi penurunan motilitas lambung dan pengosongan lambung yang lambat akibat peningkatan progesteron. Beberapa penelitian juga menghubungkan infeksi *Helicobacter pylori* dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Faktor psikologis seperti stres, kecemasan, dan penolakan terhadap kehamilan dapat memperburuk kondisi. Faktor risiko lain meliputi kehamilan mola hidatidosa, kehamilan ganda, riwayat hiperemesis pada kehamilan sebelumnya, primigravida, obesitas (IMT >30), serta riwayat intoleransi terhadap kontrasepsi berbasis estrogen (Husna et al., 2023).

2.3.3 Manifestasi Klinis dan Klasifikasi Hiperemesis Gravidarum

Manifestasi klinis hiperemesis gravidarum bervariasi tergantung tingkat keparahannya. Gejala umum meliputi mual dan muntah yang hebat (lebih dari 3-4 kali per hari), anoreksia, penurunan berat badan progresif, lemah, pusing, dehidrasi (turgor kulit menurun, mata cekung, mukosa bibir

kering), oliguria (produksi urin <500 ml/24 jam), konstipasi, nyeri epigastrium, dan ikterus pada kasus berat.

Hiperemesis gravidarum diklasifikasikan menjadi tiga tingkat berdasarkan keparahan gejala. Tingkat I (ringan) ditandai dengan muntah terus menerus, nafsu makan menurun, berat badan turun, nyeri epigastrium, nadi meningkat hingga 100 kali/menit, dan tekanan darah menurun. Tingkat II (sedang) menunjukkan gejala yang lebih berat dengan muntah lebih sering, lemah hebat, apatis, turgor kulit menurun, lidah kering, nadi kecil dan cepat, mata cekung, oliguria dengan berat jenis urin tinggi, serta konstipasi. Tingkat III (berat/berbahaya) merupakan kondisi yang mengancam jiwa dengan kesadaran menurun (somnia hingga koma), nadi kecil dan cepat, suhu meningkat, tekanan darah turun drastis, ikterus, oliguria hingga anuria, serta timbul gejala neurologis seperti nistagmus dan diplopia (Munisah et al., 2023).

2.3.4 Patofisiologi Hiperemesis Gravidarum

Patofisiologi hiperemesis gravidarum dimulai dari peningkatan kadar hormon hCG dan estrogen yang menstimulasi Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ) di area postrema medulla oblongata. Stimulasi ini kemudian mengaktifkan pusat muntah (vomiting center) yang memicu kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen sehingga terjadi muntah. Muntah yang terus-menerus menyebabkan deplesi cadangan karbohidrat dan lemak tubuh yang digunakan untuk energi. Oksidasi lemak yang tidak sempurna

menghasilkan benda keton (asam asetoasetat, asam hidroksibutirat, dan aseton) yang tertimbun dalam darah (ketosis) dan dikeluarkan melalui urin (ketonuria).

Kehilangan cairan dan elektrolit akibat muntah menyebabkan dehidrasi, penurunan volume plasma, dan hemokonsentrasi. Natrium, kalium, dan klorida dalam darah menurun drastis, pH darah turun (asidosis metabolik), dan terjadi gangguan keseimbangan asam basa. Pada kondisi berat, dapat terjadi gangguan fungsi hati (peningkatan enzim transaminase), gagal ginjal akut, serta defisiensi vitamin B kompleks terutama tiamin yang dapat menyebabkan ensefalopati Wernicke.

2.3.5 Dampak Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum memberikan dampak signifikan baik pada ibu maupun janin. Dampak pada ibu meliputi dehidrasi berat dengan gangguan keseimbangan elektrolit, defisiensi nutrisi dan vitamin (terutama vitamin B1, B6, dan B12), penurunan kualitas hidup akibat mual muntah yang mengganggu aktivitas sehari-hari, gangguan psikologis (depresi, kecemasan, stres), robekan mukosa esofagus (sindrom Mallory-Weiss) akibat muntah hebat, ensefalopati Wernicke pada defisiensi tiamin berat, gangguan fungsi hati dan ginjal, serta dalam kasus ekstrem dapat menyebabkan kematian maternal. Dampak pada janin tidak kalah serius, meliputi gangguan pertumbuhan janin intrauterin (IUGR), berat badan lahir rendah (BBLR <2500 gram), kelahiran prematur, malformasi kongenital pada kasus berat,

serta peningkatan risiko kematian janin intrauterin. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa ibu dengan hiperemesis gravidarum memiliki risiko 2-3 kali lebih tinggi melahirkan bayi dengan BBLR dan 1,5 kali lebih tinggi mengalami persalinan prematur dibandingkan ibu normal (Suyuti et al., 2021).

2.3.6 Diagnosis Hiperemesis Gravidarum

Diagnosis hiperemesis gravidarum ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis, didapatkan keluhan mual muntah hebat lebih dari 3 kali per hari, tidak dapat makan dan minum, penurunan berat badan, lemas, dan pusing. Pemeriksaan fisik menunjukkan tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit menurun, mata cekung, mukosa kering), berat badan turun >5% dari berat sebelum hamil, takikardia, hipotensi, dan pada kasus berat dapat ditemukan ikterus serta gangguan kesadaran. Pemeriksaan penunjang meliputi urinalisis (untuk mendeteksi ketonuria, proteinuria, peningkatan berat jenis urin), pemeriksaan darah lengkap (peningkatan hematokrit >40%, leukositosis), kimia darah (hiponatremia, hipokalemia, hipokloremia, peningkatan ureum dan kreatinin), fungsi hati (peningkatan SGOT/SGPT, bilirubin), dan pemeriksaan kadar hCG. Untuk menilai tingkat keparahan mual muntah, dapat digunakan instrumen PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis) yang mengukur frekuensi mual, muntah, dan retching dalam 24

jam. Skor PUQE ≤ 6 menunjukkan gejala ringan, 7-12 sedang, dan ≥ 13 berat.

Tabel 2.1 Skor Pregnany-Unique Qunification Of Emesis (PUQE)

Pertanyaan	Skor				
	1	2	3	4	5
Pertanyaan 1: Dalam 24 jam terakhir, untuk berapa lama anda merasa mual atau tidak nyaman pada perut?	Tidak sama sekali	1 jam atau kurang	2-3 jam	4-6 jam	>6 jam
Score	1	2	3	4	5
Pertanyaan 2: Dalam 24 jam terakhir, anda muntah-muntah?	Tidak muntah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
Score	1	2	3	4	5
Pertanyaan 3: Dalam 24 jam terakhir, berapa kali anda telah mengalami muntah kering?	Tidak pernah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	≥ 7 kali
Score	1	2	3	4	5

Sumber: Lutfatul Latifah, 2017

2.3.7 Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil

Berdasarkan UU Kebidanan dan KMK No. HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, penatalaksanaan *hiperemesis gravidarum* oleh bidan difokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar, intervensi nonfarmakologis, dan penanganan awal sebelum dilakukan rujukan atau kolaborasi. Sebagai lini pertama asuhan kebidanan, bidan berwenang memberikan edukasi mengenai modifikasi diet dengan prinsip porsi kecil namun sering, menghindari makanan pemicu yang berlemak dan pedas, konsumsi makanan kering di pagi hari, serta menjaga asupan cairan minimal 2 liter per hari. Selain itu, bidan dapat menerapkan terapi komplementer berbasis bukti seperti

akupresur pada titik Perikardium 6 (P6) dan pemberian inhalasi aromaterapi minyak esensial *peppermint* atau lemon yang efektif menurunkan frekuensi mual.

Dalam ruang lingkup farmakologi dasar, bidan dapat memberikan suplementasi Vitamin B6 (Piridoksin) dengan dosis 10–25 mg secara oral sebanyak 3–4 kali sehari. Namun, bidan tidak memiliki kewenangan mandiri untuk memberikan obat-obatan lini kedua seperti antihistamin, antagonis dopamin (metoklopramid), atau antagonis serotonin (ondansetron) tanpa adanya kolaborasi atau delegasi dari dokter. Apabila ditemukan kasus berat yang disertai tanda-tanda dehidrasi, peran bidan adalah melakukan penatalaksanaan awal berupa pemberian cairan intravena seperti Ringer Laktat sebagai prosedur stabilisasi pasien sebelum segera dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Seluruh rangkaian asuhan ini juga harus disertai dengan pendekatan psikologis melalui konseling untuk mendukung kesiapan mental ibu dalam menjalani masa kehamilan.

2.4 Aromaterapi Peppermint untuk Hiperemesis Gravidarum

2.4.1 Pengertian Aromaterapi Peppermint

Aromaterapi peppermint adalah terapi komplementer yang menggunakan minyak esensial dari tanaman *Mentha piperita* untuk tujuan terapeutik, khususnya dalam mengatasi mual dan muntah. Peppermint (*Mentha piperita*) merupakan tanaman herbal dari famili Lamiaceae yang telah lama digunakan dalam pengobatan tradisional. Minyak esensial peppermint

diperoleh melalui proses distilasi uap dari daun dan batang tanaman peppermint. Kandungan utama minyak peppermint adalah menthol (30-55%), menthone (14-32%), menthyl acetate (2,8-10%), 1,8-cineole (3,5-14%), limonene, pulegone, dan caryophyllene. Menthol merupakan komponen bioaktif utama yang bertanggung jawab terhadap efek antiemetik peppermint (Kholifa et al., 2023). Aromaterapi peppermint dapat diberikan melalui beberapa metode, antara lain inhalasi langsung (menghirup aroma langsung dari botol), inhalasi tidak langsung (meneteskan 2-3 tetes minyak esensial pada kapas atau tisu), diffuser (alat yang mengubah minyak esensial menjadi uap), serta topikal (diencerkan dengan minyak pembawa dan dioleskan pada area tertentu). Untuk ibu hamil, metode inhalasi merupakan cara yang paling aman dan efektif.

2.4.2 Mekanisme Kerja Aromaterapi Peppermint

Mekanisme kerja aromaterapi peppermint dalam mengatasi mual muntah bekerja melalui beberapa jalur. Pertama, melalui jalur olfaktori, molekul aromaterapi yang dihirup akan terikat pada reseptor olfaktori di hidung, kemudian sinyal diteruskan ke sistem limbik otak (amygdala dan hippocampus) yang mengatur emosi, memori, dan respons otonom. Stimulasi sistem limbik menghasilkan efek relaksasi, menurunkan kecemasan, dan menekan aktivitas pusat muntah di medulla oblongata. Kedua, menthol dalam peppermint bekerja sebagai antagonis reseptor serotonin 5-HT₃ yang berperan dalam reflex muntah, sehingga dapat

menghambat aktivasi Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ). Ketiga, peppermint memiliki efek karminatif dan antispasmodik pada saluran gastrointestinal, menthol dan menthone bekerja dengan cara menghambat kontraksi otot polos lambung dan usus melalui blockade kanal kalsium, sehingga mengurangi spasme dan meningkatkan pengosongan lambung. Keempat, peppermint juga memiliki efek analgesik ringan yang dapat mengurangi nyeri epigastrium yang sering menyertai hiperemesis gravidarum. Penelitian Hires et al. (2022) menunjukkan bahwa aromaterapi peppermint secara signifikan menurunkan aktivitas saraf vagus yang berperan dalam reflex muntah, serta meningkatkan perasaan nyaman dan subjective well-being pada ibu hamil.

2.4.3 Prosedur Pemberian Aromaterapi Peppermint Inhalasi

Pemberian aromaterapi peppermint untuk mengatasi hiperemesis gravidarum dilakukan dengan prosedur sebagai berikut. Pertama, siapkan alat dan bahan yang diperlukan yaitu minyak esensial peppermint murni 100%, kapas atau tissue, botol kecil untuk tempat kapas (opsional), dan lembar observasi PUQE untuk evaluasi. Kedua, jelaskan prosedur kepada ibu hamil dengan bahasa yang mudah dipahami, termasuk manfaat, cara penggunaan, dan efek samping yang mungkin timbul. Ketiga, teteskan 2-3 tetes minyak esensial peppermint pada kapas atau tissue. Keempat, instruksikan ibu untuk menghirup aroma peppermint secara perlahan dengan jarak sekitar 2-3 cm dari hidung, lakukan inhalasi dalam-dalam sebanyak 3-

5 kali dengan durasi 10-15 detik per inhalasi. Kelima, ulangi inhalasi setiap kali ibu merasa mual atau setidaknya 3-4 kali sehari (pagi, siang, sore, malam sebelum tidur). Keenam, kapas yang telah diberi minyak peppermint dapat disimpan dalam botol kecil dan dibawa kemana-mana untuk memudahkan penggunaan. Ketujuh, lakukan evaluasi menggunakan kuesioner PUQE sebelum dan setelah pemberian aromaterapi untuk mengukur efektivitas. Durasi pemberian aromaterapi adalah 3-7 hari atau hingga keluhan mual muntah berkurang. Kontraindikasi pemberian aromaterapi peppermint meliputi alergi terhadap peppermint, asma bronkial yang tidak terkontrol, dan ibu dengan keluhan refluks gastroesofageal berat (Marliani, 2024).

2.4.4 Efektivitas Aromaterapi Peppermint Berdasarkan Penelitian Terkini

Efektivitas aromaterapi peppermint dalam mengurangi hiperemesis gravidarum telah dibuktikan melalui berbagai penelitian terkini. Penelitian Wilanda et al. (2024) terhadap 25 ibu hamil trimester I dengan hiperemesis gravidarum menunjukkan bahwa pemberian aromaterapi peppermint selama 3 hari secara signifikan menurunkan skor PUQE dengan rata-rata penurunan 4,88 poin ($p=0,000 < 0,05$). Penelitian serupa oleh Esin et al. (2023) di RSUD Embung Fatimah Batam menunjukkan penurunan intensitas mual muntah yang signifikan dengan nilai $p=0,001$. Penelitian komparatif oleh Oktaviarini & Dewi (2025) yang membandingkan aromaterapi lemon, peppermint, dan vitamin B6 pada 36 ibu hamil menunjukkan bahwa baik

lemon maupun peppermint memiliki efektivitas yang setara dengan vitamin B6 dalam menurunkan skor PUQE ($p < 0,05$), dengan rata-rata penurunan frekuensi mual muntah dari 9 kali menjadi 6 kali per hari. Penelitian Lubis et al. (2019) juga menunjukkan hasil serupa dimana pemberian aromaterapi peppermint secara inhalasi selama 7 hari menurunkan skor mual muntah secara bermakna ($p = 0,000$). Meta-analisis oleh Oktavia (2023) yang mengkaji 15 penelitian tentang aromaterapi peppermint menyimpulkan bahwa peppermint efektif menurunkan mual muntah pada ibu hamil trimester I dengan effect size yang besar (Cohen's $d = 1,2$), dan tidak menimbulkan efek samping yang bermakna. Keunggulan aromaterapi peppermint dibandingkan terapi farmakologis adalah keamanan penggunaan pada ibu hamil, biaya yang terjangkau, mudah diaplikasikan secara mandiri, tidak menimbulkan efek samping sistemik, serta dapat dikombinasikan dengan terapi lain.

2.5 Hubungan Penerapan Inhalasi Aromaterapi Peppermint dengan Hiperemesis Gravidarum

Hubungan kehamilan trimester I dengan kejadian hiperemesis gravidarum tercermin dari perubahan fisiologis dan hormonal yang signifikan pada awal masa gestasi. Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi patologis dengan mual muntah berlebihan (>5 kali/hari), penurunan berat badan $>5\%$, dehidrasi, dan ketidakseimbangan elektrolit. Gejala muncul bersamaan dengan produksi hormon Human Chorionic

Gonadotropin (hCG) yang mencapai puncaknya pada usia kehamilan 9-12 minggu. Hormon hCG yang dihasilkan plasenta menjadi pemicu utama dengan bekerja pada chemoreceptor trigger zone (CTZ) di pusat muntah (Wilanda et al., 2024).

Sekitar 50-90% ibu hamil trimester I mengalami emesis gravidarum dan 1-3% berkembang menjadi hiperemesis gravidarum. Kondisi ini menyebabkan pusing, perut kembung, lemas, anoreksia, dan dehidrasi yang tidak hanya berdampak pada kualitas hidup ibu tetapi juga mengancam kesehatan ibu dan janin (Munisah et al., 2023). Faktor hormonal diperkuat oleh peningkatan progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos lambung dan penurunan motilitas saluran cerna, sehingga pengosongan lambung lebih lambat dan meningkatkan risiko refluks gastroesofageal. Faktor lain meliputi hiperosmia, stres, kecemasan, primigravida, riwayat hiperemesis sebelumnya, dan kehamilan ganda (Husna et al., 2023).

Aromaterapi peppermint terbukti efektif dan aman sebagai terapi komplementer. Mekanisme kerjanya melalui: (1) jalur olfaktori yang mengikat reseptor di hidung dan mengirim sinyal ke sistem limbik untuk memberikan efek relaksasi dan menekan pusat muntah; (2) menthol sebagai antagonis reseptor serotonin 5-HT₃ yang menghambat chemoreceptor trigger zone; (3) efek karminatif dan antispasmodik melalui

blockade kanal kalsium yang mengurangi spasme dan meningkatkan pengosongan lambung (Kholifa et al., 2023).

Penelitian Wilanda et al. (2024) menunjukkan aromaterapi peppermint selama 3 hari menurunkan skor PUQE rata-rata 4,88 poin ($p=0,000$). Penelitian Oktaviarini & Dewi (2025) membuktikan efektivitas setara dengan vitamin B6, menurunkan frekuensi mual muntah dari 9 kali menjadi 6 kali per hari. Keunggulan aromaterapi peppermint meliputi keamanan pada fase organogenesis janin, biaya terjangkau, mudah diaplikasikan, tidak menimbulkan efek samping sistemik, dan dapat dikombinasikan dengan terapi lain. Integrasi aromaterapi peppermint dalam asuhan kebidanan sangat direkomendasikan sebagai terapi lini pertama sebelum pemberian terapi farmakologis (Oktavia, 2023).

2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan Varney

Manajemen asuhan kebidanan merupakan pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan terstruktur. Manajemen asuhan kebidanan terdiri dari 7 langkah sistematis yang dirancang untuk mengumpulkan data, mengidentifikasi diagnosa atau masalah, merencanakan tindakan, melaksanakan, dan mengevaluasi hasilnya. Ketujuh langkah tersebut merupakan suatu siklus yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain dalam memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif.

Langkah I : Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang tepat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, dimana hal tersebut dilakukan melalui proses anamnesa. Anamnesa tersebut dibagi menjadi 2, yaitu *auto-anamnesa* (anamnesa yang dilakukan secara langsung kepada pasien) dan *allo-anamnesa* (anamnesa yang dilakukan kepada keluarga pasien atau melalui catatan rekam medik pasien).

Pengkajian data meliputi nomor registrasi, kapan, dimana, dan oleh siapa pengkajian dilakukan. Adapun pengkajian data meliputi pengkajian data subyektif dan obyektif yang akan dijelaskan sebagai berikut.

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama suami/istri

Digunakan untuk mengetahui dan lebih mengenal ibu dan suami, lebih baik menggunakan nama panggilan.

b) Umur

Digunakan untuk mengetahui usia ibu dan kemungkinan adanya komplikasi karena faktor predisposisi usia. Wanita dengan usia 20-35 tahun merupakan usia dimana wanita dianjurkan untuk hamil. Karena kehamilan pada usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun, bisa meningkatkan risiko wanita terhadap sejumlah komplikasi. Kehamilan dengan usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklampsia dan

usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes mellitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada ibu yang belum pernah melahirkan, seksio sesarea, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

c) Suku atau bangsa

Asal daerah atau bangsa seseorang akan mempengaruhi pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi, dan adat istiadat yang dianut.

d) Agama

Digunakan untuk mengetahui keyakinan ibu, sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.

e) Pendidikan

Digunakan untuk mengetahui tingkat intelektual ibu, sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

f) Pekerjaan

Digunakan untuk mengetahui status ekonomi seseorang karena dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Status ekonomi dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbuh kembang janin dalam kandungan.

g) Alamat

Digunakan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu serta mengetahui jarak antara rumah ibu dengan fasilitas kesehatan (Sih, R.H & Triwik, 2017).

2) Keluhan Utama

Keluhan yang muncul pada kehamilan trimester I meliputi mual dan muntah (*morning sickness*), kelelahan atau rasa lelah yang berlebihan, serta sensitivitas pada payudara yang terasa lebih kencang atau nyeri.

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami

Dijadikan sebagai penanda terhadap kemungkinan penyulit yang akan terjadi pada masa kehamilan. Anemia dapat menyebabkan kematian janin dalam kandungan, persalinan prematur, persalinan lama, dan perdarahan pasca persalinan. Malaria dapat menyebabkan keguguran, kematian janin dalam kandungan, dan persalinan prematur. Tuberkulosis paru dapat menyebabkan keguguran, kematian janin dalam kandungan, dan persalinan prematur. Diabetes mellitus dapat menyebabkan persalinan prematur, hydramnion, kelahiran bayi dengan berat badan lahir lebih dari 4000 gram, dan kematian perinatal. HIV/AIDS dapat menyebabkan gangguan pada sistem kekebalan tubuh.

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Digunakan untuk membantu mengidentifikasi gangguan genetik dan familial atau kondisi-kondisi yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin (Sih, R.H & Triwik, 2017).

c) Riwayat Kebidanan

(1) Menstruasi

Digunakan untuk mengkaji menarche atau hari pertama menstruasi yang biasanya pada usia 12-16 tahun, siklus atau jarak antar menstruasi biasanya 23-32 hari, volume yakni banyaknya darah menstruasi yang dikeluarkan, dan keluhan yang mengarah pada diagnosis kelainan tertentu.

(2) Riwayat Obstetri yang Lalu

Kehamilan, persalinan, dan nifas yang bertujuan untuk mengetahui kejadian lalu yang terjadi pada masa-masa tersebut yang dapat mempengaruhi kondisi kehamilan sekarang dan proses persalinan yang akan dilalui

(3) Riwayat Kehamilan Sekarang

Digunakan untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan taksiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin. Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20

kehamilan.

(4) Riwayat Kontrasepsi

Digunakan untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas (Sih, R.H & Triwik, 2017).

4) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Digunakan untuk mengetahui apakah ibu hamil telah mendapat nutrisi yang sesuai dengan Pedoman Gizi Seimbang, sehingga bidan dapat memberikan anjuran yang tepat pada perencanaan asuhan. Ditanyakan mengenai menu (nasi, sayur, lauk, buah, makanan selingan), frekuensi, jumlah per hari, dan juga pantangan makanan. Pola minum ditanyakan mengenai frekuensi, jumlah per hari, dan jenis minuman.

b) Eliminasi

Digunakan untuk mengetahui adanya ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil, sehingga bidan dapat memberikan upaya penanggulangannya.

c) Istirahat

Digunakan untuk mengkaji apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup atau tidak, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai. Normalnya 6-8 jam.

d) Personal Hygiene

Digunakan untuk mengkaji pengaruhnya terhadap kesehatan pasien dan janin. Ditanyakan berapa kali mandi, keramas, ganti baju serta celana dalam, dan juga kebersihan kuku (Sih, R.H & Triwik, 2017).

5) Riwayat Psikososial

Digunakan untuk mengetahui hubungan ibu hamil dengan keluarga, pemegang keputusan utama yang berhubungan dengan tindakan yang akan diberikan selama asuhan, serta kesiapan dan persc)alanan (Sih, R.H & Triwik, 2017).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

Meliputi baik, cukup atau lemah. Baik jika memperlihatkan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Composmentis jika pasien sadar sepenuhnya dan dapat menjawab pertanyaan dengan baik. Apatis jika pasien sadar tetapi abai terhadap keadaan sekitarnya. Somnolen jika pasien selalu ingin tidur atau terbangun saat terasa nyeri saja. Delirium jika pasien mengalami gangguan motorik sehingga memberontak. Sopor jika pasien hampir tidak sadar secara penuh. Koma jika pasien hilang sadar sepenuhnya (Sih, R.H & Triwik, 2017).

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan Darah

Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60-140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variabel lainnya. WHO menetapkan hipertensi jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg.

b) Nadi

Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit, dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit.

c) Suhu

Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C.

d) Nafas

Pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit (Sih, R.H & Triwik, 2017).

3) Pengukuran Antropometri

a) Berat Badan

Digunakan untuk mengukur penambahan berat badan ideal selama hamil.

Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan Normal Ibu Hamil

Klasifikasi Berat Badan	BMI	Penambahan Berat Badan
Berat badan Kurang	18,5	12—15 kg
Berat badan Normal	18,5—24,99	9—12 kg
Berat badan Lebih	25	6—9 kg
Preobes	25—29	6 kg
Obesitas	30	6 kg

Sumber: Sutanto dan Fitriana, 2019

b) Tinggi Badan

Digunakan untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal.

Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm.

c) LILA

Digunakan untuk mengetahui status gizi ibu sebelum dan selama hamil.

Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Sih, R.H & Triwik, 2017).

4) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Cloasma gravidarum*) akibat Melanocyte Stimulating Hormone.

Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah.

b) Mata

Pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan

normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia, konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

c) Mulut

Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.

d) Gigi/gusi

Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya, sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini. Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan

e) Leher

Untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfe, dan ada tidaknya bendungan pada vena jugularis.

f) Payudara

Payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara.

Untuk mendeteksi adanya benjolan atau tidak, karena kelenjar susu pada ibu hamil akan mempersiapkan diri untuk menghasilkan air susu.

g) Abdomen

Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon. Normalnya tidak ditemukan bekas operasi.

h) Genetalia

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah, sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut.

i) Anus

Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.

j) Ekstremitas

Tidak ada edema, tidak ada varises, dan refleks patella menunjukkan respons positif (Sih, R.H & Triwik, 2017).

5) Pemeriksaan Khusus

a) Leopold I

Pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus.

b) Leopold II

Menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi.

c) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

d) Leopold IV

Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul.

e) DJJ

Denyut jantung janin dihitung selama 1 menit, yang hasil normalnya adalah antara 120-160 x/menit (Sih, R.H & Triwik, 2017).

f) TFU

Mengukur TFU dengan menggunakan jari tangan dari awal kehamilan sampai usia kehamilan 22 minggu, dan menggunakan pita ukur setelah usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Ukuran TFU biasanya sesuai dengan umur kehamilan dalam minggu setelah umur kehamilan 24 minggu, namun bisa terjadi variasi kurang lebih 1-2 cm.

g) TBJ

Berat janin dapat ditentukan dengan rumus Johnson, yaitu.

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul :

Berat janin = (TFU-12) x 155 gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul :

Berat janin = (TFU-11) x 155 gram

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

(1) Haemoglobin

Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobinnya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki haemoglobin > 10 gram/dL.

(2) Golongan Darah

Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan, karena adanya situasi kegawatdaruratan (Sih, R.H & Triwik, 2017).

b) Pemeriksaan Urine dan Glukosa Urine

Urine negatif untuk protein dan glukosa.

c) Ultrasonografi untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, taksiran berat janin, dan mendeteksi adanya komplikasi.

7) Penilaian Faktor Resiko pada Kehamilan

Melakukan penilaian faktor resiko pada kehamilan dengan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR).

Langkah II : Interpretasi Data

Langkah ini dilakukan untuk mengidentifikasi diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien secara akurat berdasarkan interpretasi data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan (Rita, 2013).

1. Diagnosa Kebidanan

a Paritas

Paritas adalah riwayat reproduksi wanita yang berhubungan dengan jumlah kehamilannya. Dibedakan dengan primigravida (hamil pertama kali) dan multigravida (hamil yang kedua atau lebih). Contoh: G1P0Ab0 artinya G1 (gravida 1 atau hamil yang pertama kali), PO (partus 0 berarti belum pernah melahirkan), dan Ab0 (Abortus 0 berarti belum pernah mengalami abortus).

b Usia kehamilan dalam minggu

c Keadaan janin

d Normal atau tidak normal

2. Masalah

Masalah merupakan keluhan atau kondisi pasien yang tidak dapat dimasukkan langsung ke dalam diagnosa namun memerlukan perhatian.

Pada ibu dengan emesis gravidarum, masalah yang sering muncul adalah ketidaknyamanan fisik akibat mual dan muntah yang menetap (khususnya di pagi hari), penurunan nafsu makan (anoreksia) karena rasa mual setelah makan, kecemasan atau kekhawatiran ibu terhadap kecukupan nutrisi janin akibat sulit makan, gangguan pola istirahat karena kondisi tubuh yang terasa lemah dan lemas.

3. Kebutuhan Pasien

Dapat menentukan kebutuhan klien berdasarkan keadaan dan masalahnya.

Contoh:

KIE nutrisi, Informasi mengenai pola makan *small frequent meals* (porci kecil tapi sering), menghindari makanan pemicu (pedas/berlemak), dan konsumsi makanan tinggi karbohidrat saat bangun tidur. Dukungan Psikologis, penguatan mental agar ibu dapat menerima perubahan fisiologis kehamilan sebagai proses yang normal. Terapi suplementasi, pemberian Vitamin B6, jahe (*ginger*), atau pengobatan sesuai instruksi medis untuk meredakan mual. Edukasi tanda bahaya, informasi mengenai kapan mual normal berubah menjadi tanda bahaya (seperti tanda dehidrasi atau muntah berlebihan).

Langkah III : Diagnosis Potensial

Tujuan penegakan masalah potensial adalah untuk mengantisipasi semua kemungkinan komplikasi yang dapat muncul dari kondisi yang ada. Pada

langkah ini, bidan merumuskan tindakan antisipasi agar diagnosa potensial tersebut tidak berkembang menjadi kondisi yang lebih buruk atau mengancam nyawa (Rita, 2013).

Contoh:

Diagnosa

GIP0Ab0 usia kehamilan 8 minggu dengan emesis gravidarum, kondisi umum ibu dan janin baik

Masalah potensial

Hiperemesis gravidarum yang dapat menyebabkan dehidrasi berat, gangguan keseimbangan elektrolit, serta penurunan berat badan yang drastis

Tindakan antisipasi

Memberikan edukasi pola makan sedikit tapi sering (*small frequent meals*), menganjurkan asupan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, memberikan suplemen Vitamin B6 atau jahe sesuai instruksi medis, memantau tanda-tanda dehidrasi (seperti turgor kulit dan frekuensi urine), serta melakukan pemantauan berat badan secara berkala.

Langkah IV : Mengidentifikasi Kebutuhan Tindakan Segera

Kebutuhan segera merupakan langkah antisipasi yang harus dilakukan bidan berdasarkan hasil analisis data untuk menangani kondisi yang memerlukan tindakan cepat, konsultasi, atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Pada kasus emesis gravidarum, diperlukan observasi yang

lebih spesifik untuk memastikan bahwa kondisi mual dan muntah tersebut tidak mengarah pada komplikasi yang lebih serius.

Contoh:

Tindakan segera yang harus dilakukan bidan adalah melakukan observasi terhadap tanda-tanda dehidrasi (seperti pemeriksaan turgor kulit dan kelembapan mukosa bibir) serta memantau tanda-tanda vital secara berkala. Selain itu, bidan perlu melakukan pemeriksaan penunjang seperti cek urine untuk mendeteksi adanya ketonuria (keton dalam urine) guna memastikan apakah kondisi telah berlanjut menjadi hiperemesis gravidarum. Apabila ditemukan tanda-tanda dehidrasi berat, ketonuria positif, atau ibu sama sekali tidak dapat masuk makanan/minuman, maka tindakan segera selanjutnya adalah kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antiemetik (obat mual), rehidrasi cairan melalui infus, atau melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap jika diperlukan.

Langkah V : Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Rencana asuhan merupakan langkah sistematis dalam menentukan intervensi yang tepat berdasarkan diagnosis, masalah, dan kebutuhan yang telah diidentifikasi. Pada kasus Hiperemesis gravidarum, rencana asuhan difokuskan pada pengurangan gejala mual, pencegahan komplikasi dehidrasi, serta pemenuhan nutrisi yang adekuat (Rita, 2013).

1. Anjurkan ibu untuk menerapkan pola makan *small frequent meals*, yaitu makan dalam porsi kecil namun sering (5-6 kali sehari). Ibu

sebaiknya mengonsumsi makanan tinggi karbohidrat kompleks dan protein, serta menghindari makanan yang berlemak, pedas, atau memiliki aroma menyengat yang dapat memicu mual. Sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari, anjurkan ibu untuk mengonsumsi biskuit kering atau roti bakar guna menetralkan asam lambung.

2. Anjurkan ibu untuk menjaga hidrasi dengan minum air putih di sela-sela waktu makan, bukan saat sedang makan besar, untuk menghindari rasa penuh di lambung. Pemberian minuman jahe hangat dapat dianjurkan karena kandungan *gingerol* secara klinis terbukti efektif meredakan mual pada ibu hamil.
3. Pastikan ibu mendapatkan waktu istirahat yang cukup dan menghindari kelelahan fisik yang berlebihan, karena kelelahan dapat memperburuk sensitivitas pusat mual. Anjurkan ibu untuk berada di ruangan dengan sirkulasi udara yang baik agar terhindar dari bau-bauan yang mengganggu.
4. Berikan edukasi mengenai penggunaan Vitamin B6 (Piridoksin) sesuai dosis yang dianjurkan untuk membantu metabolisme asam amino dan mengurangi frekuensi mual. Jika mual muntah semakin memberat (skor PUQE meningkat), lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi antiemetik atau pemeriksaan laboratorium urine rutin.
5. Berikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) kepada ibu dan keluarga mengenai tanda-tanda bahaya yang memerlukan penanganan

medis segera, seperti muntah terus-menerus lebih dari 10 kali sehari, nyeri perut hebat, mata cekung, atau jika ibu merasa sangat lemas dan urine berwarna gelap.

Langkah VI : Penatalaksanaan

Pada langkah ini, dilakukan pelaksanaan asuhan secara efisien dan aman (Rita, 2013). Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis serta masalah yang telah diidentifikasi (Rita, 2013).

1. Tujuan Asuhan Kebidanan

Meningkatkan, mempertahankan, serta memberikan kesehatan. Meyakinkan klien dan pasangannya untuk menjalani kehamilannya dengan percaya diri, mengembangkan kemampuannya sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua, serta membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan kesehatannya sendiri.

2. Efektifitas Tindakan untuk Mengatasi Masalah

Dilakukan untuk mengetahui seberapa efektif tindakan dan asuhan kepada klien, yang bisa digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan selanjutnya.

3. Hasil Asuhan

Merupakan bentuk konkret dari perubahan kondisi klien dan keluarga yang meliputi pemulihan kondisi, peningkatan kesejahteraan emosional, peningkatan kemampuan dan pengetahuan klien mengenai cara perawatan diri, serta peningkatan kemandirian klien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya.