

**HUBUNGAN USIA DAN GRAVIDITAS DENGAN KEJADIAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RSUD CUT MEUTIA**

SKRIPSI

DHEA WULAN NATASYA

220610023



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
ACEH UTARA**

2026

**HUBUNGAN USIA DAN GRAVIDA DENGAN KEJADIAN
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RSUD CUT MEUTIA**

SKRIPSI

Diajukan ke Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas
Malikussaleh sebagai pemenuhan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana
Kedokteran

Oleh

DHEA WULAN NATASYA

220610023



**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
ACEH UTARA
FEBRUARI 2026**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dhea Wulan Natasya

NIM : 220610023



Tanda Tangan

: 

Tanggal

: 10 Februari 2026

Judul Skripsi : HUBUNGAN USIA DAN GRAVIDITAS
DENGAN KEJADIAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM DI RSUD CUT MEUTIA

Nama Mahasiswa : DHEA WULAN NATASYA


Nomor Induk Mahasiswa : 220610023

Program Studi : KEDOKTERAN

Fakultas : KEDOKTERAN

**Menyetujui,
Komisi Penguji**

Pemimbing I


(dr. Iskandar Albin, Sp. OG)
NIP. 19720622200604 1 001

Pemimbing II


(dr. Muhammad Bayu Rizaldy, Sp. OT, Subsp.PL)
NIP. 19870727202321 1 024

Penguji I


(dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp. OG)
NIP 19870309202203 1 001

Penguji II


(dr. Muhammad Husni Fansury Nasution, M.Si)
NIP. 19940519202406 1 001

Dekan




(dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K))
NIP. 198003172009121002

Tanggal Sidang : 10 Februari 2026

ABSTRAK

Hiperemesis gravidarum (HG) merupakan kondisi muntah berat yang dapat menyebabkan penurunan berat badan, dehidrasi, alkalosis akibat kehilangan asam lambung (asam klorida), serta kekurangan kalium (hipokalemia). Keluhan mual dan muntah adalah gangguan yang paling umum terjadi pada trimester pertama kehamilan. Namun, jika terjadi secara berlebihan, kondisi ini dapat berkembang menjadi komplikasi yang berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan pertumbuhan serta perkembangan janin. Hingga saat ini, penyebab pasti dari hiperemesis gravidarum belum diketahui secara jelas, namun beberapa faktor risiko seperti graviditas dan usia ibu hamil diduga memiliki keterkaitan yang kuat. Ibu hamil dengan usia <20 tahun atau >35 tahun serta yang mengalami kehamilan pertama (primigravida) cenderung lebih berisiko mengalami kondisi ini, karena adanya ketidaksiapan fisik maupun psikologis. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara. Jenis penelitian ini merupakan deskriptif analitik dengan metode *cross sectional* terhadap 101 ibu hamil di RSUD Cut Meutia Aceh Utara. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*. Pengambilan data menggunakan data sekunder data rekam medik 1 Maret 2024 sampai 1 Februari 2025. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden berusia 20–35 tahun (74%), mengalami hiperemesis gravidarum (79,2%), dan multigravida (53,5%). Analisis data menggunakan uji *Chi-Square*. Tidak terdapat hubungan signifikan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara ($p = 0,498$), dan terdapat hubungan signifikan antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara ($p = 0,017$). Kesimpulan dari penelitian ini adalah kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara tidak dipengaruhi oleh usia ibu, namun dipengaruhi secara signifikan oleh faktor graviditas.

Kata Kunci: *Hiperemesis gravidarum; Usia ibu; Graviditas.*

ABSTRACT

Hiperemesis gravidarum (HG) is a condition of severe vomiting that can lead to weight loss, dehydration, alkalosis due to loss of gastric acid (hydrochloric acid), and potassium deficiency (hypokalemia). Complaints of nausea and vomiting are the most common disorders occurring in the first trimester of pregnancy. However, when excessive, this condition can develop into complications that negatively affect maternal health as well as fetal growth and development. To date, the exact cause of hiperemesis gravidarum remains unclear, but several risk factors such as graviditas and maternal age are suspected to have a strong association. Pregnant women aged <20 years or >35 years and those experiencing their first pregnancy (primigravida) tend to be at higher risk of developing this condition due to physical and psychological unpreparedness. The purpose of this study was to determine the relationship between maternal age and graviditas with the incidence of hiperemesis gravidarum among pregnant women at Cut Meutia Regional General Hospital, North Aceh. This study was an analytic descriptive study with a cross-sectional method involving 101 pregnant women at RSUD Cut Meutia, North Aceh. Samples were taken using a purposive sampling technique. Data collection used secondary data from medical records from March 1, 2024 to February 1, 2025. The results showed that the majority of respondents were aged 20–35 years (74%), experienced hiperemesis gravidarum (79,2%), and were multigravida (53,5%). Data analysis was performed using the Chi-Square test. There was no significant relationship between maternal age and the incidence of hiperemesis gravidarum among pregnant women at RSUD Cut Meutia, North Aceh ($p = 0,498$), while there was a significant relationship between graviditas and the incidence of hiperemesis gravidarum ($p = 0,017$). In conclusion, the incidence of hiperemesis gravidarum among pregnant women at RSUD Cut Meutia, North Aceh was not influenced by maternal age, but was significantly influenced by the factor of graviditas.

Keywords: Hiperemesis gravidarum; Maternal age; Graviditas.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan penelitian skripsi ini. Penulis skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Kedokteran Universitas Malikussaleh. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan penelitian skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan penelitian skripsi ini, oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

- 1) Rektor Universitas Malikussaleh, **Prof. Dr. Ir. Herman Fithra, ST., MT., IPM., ASEAN.Eng.**
- 2) Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, **dr. Muhammad Sayuti, Sp.B, Subsp. BD(K).**
- 3) **dr. Cut Asmaul Husna, M.Si., Sp.P**, selaku kepala Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh.
- 4) **dr. Iskandar Albin, Sp.OG.**, selaku pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
- 5) **dr. Muhammad Bayu Rizaldy, Sp.OT, Subsp.PL**, selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
- 6) **dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp.OG**, selaku penguji 1 yang telah memberikan petunjuk dan masukan untuk kelengkapan penelitian ini.
- 7) **dr. Muhammad Husni Fansury Nasution, M.Si**, selaku penguji 2 yang telah memberikan petunjuk dan masukan untuk kelengkapan penelitian ini.
- 8) Cinta pertama sekaligus panutan hidup penulis, **Syafril dan Yuslinda** yang selalu memberikan doa, cinta, nasihat, kasih sayang, dukungan, dan perhatian serta pengorbanan yang besar berupa bantuan dukungan material dan moral sehingga peneliti dapat sampai ke tahap ini.

- 9) Adik penulis **Dhio Prayata Ziath, Dhafeena Ratu Allesha** yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian skripsi ini.
- 10) Seluruh staf pengajar, civitas akademik, dan lainnya, yang telah membantu baik secara langsung ataupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu dalam kata pengantar ini.
- 11) Sahabat penulis **Faza Azima, Nailul Authia, Ratu Annisa, Miranda, Nurliza Safira, Annisa Humaira, Dinda Fatimah Azzahra putri, Aurel Erliana Syaharani, Chairunnisa, Mia Amandha** teman-teman seperjuangan yang telah membantu penulis dengan tulus dan penuh kesabaran, serta mendengarkan keluh kesah penulis selama menjalani perkuliahan penelitian hingga skripsi ini terselesaikan.
- 12) Kepada anak perempuan pertama dan harapan orang tuanya, Dhea Wulan Natasya, diri saya sendiri, yang sudah bertahan sejauh ini. Terimakasih karena tetap memilih melangkah meski jalan tidak selalu ramah. Apresiasi sebesar-besarnya karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Dengan kurang lebihmu mari merayakan keberanian itu.
- 13) Banyak pihak yang tak mampu penulis sebutkan satu per satu, namun setiap jejak kebaikan, uluran tangan, dan doa tulus yang hadir di sepanjang proses ini adalah bagian penting yang tak tergantikan.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Lhokseumawe, 10 Februari 2026

Dhea Wulan Natasya
NIM 220610023

DAFTAR ISI

ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.4.1 Tujuan umum	3
1.4.2 Tujuan khusus.....	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.5.1 Manfaat teoritis	4
1.5.2 Manfaat praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kehamilan.....	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Tanda-tanda kehamilan	5
2.2 Hiperemesis Gravidarum	6
2.2.1 Definisi	6
2.2.2 Klasifikasi.....	7
2.2.3 Etiologi.....	8
2.2.4 Faktor resiko.....	9
2.2.5 Patofisiologi	10
2.2.6 Gejala klinis.....	11
2.2.7 Tanda bahaya	12
2.2.8 Diagnosis	13
2.2.9 Pengaruh pada ibu dan janin	14
2.2.10 Penanganan	15
2.3 Usia	16
2.3.1 Definisi Usia.....	16
2.3.2 Usia Reproduksi	16
2.3.3 Usia dan Kehamilan	17
2.3.4 Hubungan Usia dengan Hiperemesis Gravidarum	17
2.4 Graviditas.....	18
2.4.1 Definisi	18
2.4.2 Klasifikasi.....	18

2.4.3	Faktor-faktor yang mempengaruhi.....	19
2.5	Kerangka Teori	22
2.6	Kerangka Konsep.....	22
2.7	Hipotesis Penelitian	22
2.7.1	Hipotesis nol.....	22
2.7.2	Hipotesis alternatif	22
BAB 3 METODE PENELITIAN.....		23
3.1	Jenis Penelitian	23
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	23
3.2.1	Lokasi penelitian	23
3.2.2	Waktu penelitian.....	23
3.3	Populasi dan Sampel.....	23
3.3.1	Populasi penelitian	23
3.3.2	Sampel penelitian	23
3.3.3	Besar sampel	24
3.3.4	Teknik pengambilan sampel.....	24
3.4	Variabel Penelitian	24
3.4.1	Variabel penelitian.....	24
3.4.2	Definisi operasional.....	24
3.5	Instrumen Penelitian	25
3.6	Prosedur Pengambilan Data.....	25
3.7	Alur Penelitian	26
3.8	Teknik Pengolahan Data	26
3.9	Analisis Data.....	27
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		38
4.1	Hasil.....	38
4.1.1	Analisis Univariat.....	38
4.1.2	Analisis Bivariat.....	39
4.2	Pembahasan	40
4.2.1	Karakteristik Responden	40
4.2.2	Hubungan Usia dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum.....	44
4.2.3	Hubungan Graviditas dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum	46
BAB V PENUTUP		49
5.1	Kesimpulan	49
5.2	Saran	49
DAFTAR PUSTAKA.....		39
LAMPIRAN.....		46

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	24
Tabel 4.1 Karakteristik Responden	38
Tabel 4.2 Distribusi Graviditas pada Responden	38
Tabel 4.3 Distribusi Kejadian Hiperemesis Gravidarum pada Responden	38
Tabel 4.4 Hubungan Usia dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum.....	39
Tabel 4.5 Hubungan Graviditas dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	26
---------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

- HG : Hiperemesis Gravidarum
hCG : Human Chorionic Gonadotropin
WHO : World Health Organization
ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists
USG : Ultrasonografi
PUQE : Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea
SGOT : Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
SGPT : Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
POGI : Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia
BBLR : Berat Badan Lahir Rendah
GPA : Gravida-Para-Abortus
SDKI : Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
TNF- α : Tumor Necrosis Factor Alpha
IL-6 : Interleukin-6

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan dan Rincian Anggaran Biaya Jadwal Kegiatan	46
Lampiran 2. Daftar Riwayat Hidup.....	47
Lampiran 3. <i>Output</i> SPSS	48
Lampiran 4. Master Data.....	51
Lampiran 5. Dokumentasi.....	56
Lampiran 6. <i>Ethical Clearance</i>	57
Lampiran 7. Surat Izin Penelitian.....	58
Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Penelitian	59

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hiperemesis gravidarum (HG) merupakan kondisi muntah berat yang dapat menyebabkan penurunan berat badan, dehidrasi, alkalosis akibat kehilangan asam lambung (asam klorida), serta kekurangan kalium (hipokalemia). Keluhan mual dan muntah adalah gangguan yang paling umum terjadi pada trimester pertama kehamilan. Namun, jika terjadi secara berlebihan, kondisi ini dapat berkembang menjadi komplikasi yang berdampak negatif terhadap kesehatan ibu dan pertumbuhan serta perkembangan janin (1).

World Health Organization (WHO) jumlah kejadian hiperemesis gravidarum mencapai 12,5 % dari jumlah seluruh kehamilan di dunia. Angka kejadian hiperemesis gravidarum sudah mendunia dengan angka kejadian yang beragam mulai dari Negara Amerika angka prevalensi mencapai 2%, Turki 1,9%, California 0,5%, Swedia 0,9% dari seluruh jumlah kehamilan angka kejadian hiperemesis gravidarum ini terus meningkat hingga mencapai 15% (2).

Data di Indonesia menunjukkan, sebanyak 50-90% ibu hamil mengalami mual dan muntah, terutama pada trimester pertama, dengan prevalensi sekitar 50-75%. Data menunjukkan bahwa sekitar 14,8% dari seluruh kehamilan di Indonesia disertai dengan kondisi hiperemesis gravidarum. Gejala mual dan muntah umumnya mulai muncul pada minggu ke-6 kehamilan dan cenderung berkurang secara signifikan menjelang akhir trimester pertama, sekitar minggu ke-13. Meskipun mual dan muntah biasanya tidak membahayakan nyawa ibu hamil, kondisi ini dapat menyebabkan kekurangan nutrisi dan cairan. Sementara itu, hiperemesis gravidarum merupakan kondisi yang lebih serius dan dapat berdampak buruk bagi kesehatan ibu maupun janin. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum perlu segera mendapatkan perawatan medis di rumah sakit untuk mencegah komplikasi lebih lanjut (2).

Penyebab pasti dari hiperemesis gravidarum hingga kini belum diketahui secara jelas. Tidak ditemukan bukti bahwa kondisi ini disebabkan oleh faktor toksik atau gangguan biokimia tertentu. Ada beberapa faktor yang diduga berperan dalam

meningkatkan risiko terjadinya hiperemesis gravidarum, di antaranya adalah kehamilan pertama (primigravida), kondisi psikologis seperti masalah dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak direncanakan, atau rasa takut terhadap kehamilan dan proses persalinan. Selain itu, peningkatan hormon estrogen atau hormon kehamilan (hCG), mola hidatidosa, kondisi hipertiroidisme selama kehamilan juga diduga menjadi penyebab lain dari kondisi ini (3).

Beberapa faktor yang telah di temukan adalah sering terjadi pada primigravida (4). Terdapat hubungan antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum, di mana ibu hamil primigravida cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami kondisi ini dibandingkan dengan ibu multigravida. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh ketidaksiapan fisik dan psikologis pada kehamilan pertama. Ibu primigravida umumnya belum terbiasa dengan proses pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rahim serta perubahan fisik dan emosional yang menyertai kehamilan. Oleh karena itu, hiperemesis gravidarum lebih sering terjadi pada kehamilan pertama (5).

Usia ibu hamil juga menjadi salah satu faktor risiko yang paling sering dikaitkan dengan kejadian hiperemesis gravidarum, karena berkaitan erat dengan kondisi psikologis ibu. Beberapa literatur menyebutkan bahwa wanita hamil yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun memiliki kecenderungan lebih tinggi mengalami hiperemesis gravidarum. Ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun umumnya belum memiliki kesiapan mental dan emosional untuk menghadapi proses kehamilan, sedangkan usia di atas 35 tahun tergolong sebagai usia kehamilan berisiko, baik dari aspek fisik maupun psikologis (6).

Berdasarkan hasil survei awal yang dilakukan pada tanggal 9 Mei 2025 menurut data rekam medik di RSUD Cut Meutia pada Maret 2024 - Februari 2025, ditemukan 79 kasus ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum. Temuan ini mendorong peneliti untuk melanjutkan penelitian dengan judul “Hubungan Usia dan Graviditas dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum di RSUD Cut Meutia”.

1.2 Rumusan Masalah

Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi mual dan muntah berat yang terjadi pada sebagian ibu hamil, terutama pada trimester pertama kehamilan.

Meskipun mual dan muntah merupakan keluhan umum, hiperemesis gravidarum memiliki dampak yang jauh lebih serius, seperti dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, dan gangguan nutrisi, yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin. Secara global, angka kejadian hiperemesis gravidarum bervariasi, dan di Indonesia prevalensinya cukup tinggi, yaitu sekitar 14,8% dari seluruh kehamilan.

Hingga saat ini, penyebab pasti dari hiperemesis gravidarum belum diketahui secara jelas, namun beberapa faktor risiko seperti graviditas dan usia ibu hamil diduga memiliki keterkaitan yang kuat. Ibu hamil dengan usia <20 tahun atau >35 tahun serta yang mengalami kehamilan pertama (primigravida) cenderung lebih berisiko mengalami kondisi ini, karena adanya ketidaksiapan fisik maupun psikologis. Data di RSUD Cut Meutia menunjukkan adanya 79 kasus hiperemesis gravidarum dalam satu tahun terakhir, namun belum diketahui secara pasti apakah terdapat hubungan antara usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum di rumah sakit tersebut. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan antara faktor usia dan graviditas dan kejadian hiperemesis gravidarum guna mendukung upaya pencegahan serta penanganan yang lebih optimal.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana distribusi frekuensi kejadian hiperemesis gravidarum berdasarkan usia?
2. Bagaimana distribusi frekuensi kejadian hiperemesis gravidarum berdasarkan graviditas?
3. Apakah terdapat hubungan usia dan graviditas dengan hiperemesis gravidarum?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil.

1.4.2 Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah

- a. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil berdasarkan usia di RSUD Cut Meutia.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil berdasarkan graviditas di RSUD Cut Meutia.
- c. Mengetahui hubungan usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal pemahaman tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hiperemesis gravidarum.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi acuan dalam melakukan skrining awal terhadap ibu hamil berdasarkan graviditasnya, guna mendeteksi risiko hiperemesis gravidarum sejak dini dan memberikan penanganan yang tepat.

2. Bagi ibu hamil

Memberikan informasi dan edukasi yang lebih baik mengenai kemungkinan risiko hiperemesis gravidarum berdasarkan riwayat kehamilan sebelumnya, sehingga ibu dapat lebih siap secara fisik dan mental dalam menghadapi kehamilan.

3. Bagi peneliti lain

Penelitian ini dapat memberikan informasi dan juga wawasan bagi peneliti selanjutnya mengenai hubungan graviditas dengan hiperemesis gravidarum.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan merupakan impian bagi setiap perempuan, terutama bagi seorang istri yang telah lama membina rumah tangga. Namun, dalam masa kehamilan bisa saja muncul berbagai masalah yang tidak diharapkan. Hal ini sering kali menimbulkan kebingungan, khususnya bagi pasangan yang baru pertama kali mengalaminya. Kurangnya informasi dan pengetahuan seputar sistem reproduksi, terutama mengenai kehamilan, dapat menyebabkan penanganan yang kurang tepat saat terjadi gangguan. Trimester pertama kehamilan sering dianggap sebagai masa penyesuaian. Selama periode ini, ibu hamil biasanya mengalami berbagai ketidaknyamanan seperti mual, pusing, mudah lelah, sering buang air kecil, keputihan, perut kembung, sesak napas, kram perut, hingga kondisi yang lebih serius seperti hiperemesis gravidarum (3).

Ada dua pandangan utama tentang kapan sebenarnya kehamilan dimulai. Salah satu pandangan yang sudah digunakan sejak tahun 1965 oleh *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menyatakan bahwa kehamilan baru dianggap terjadi ketika embrio menempel pada dinding rahim (implantasi) (7).

2.1.2 Tanda-tanda kehamilan

Kehamilan ditandai dengan serangkaian perubahan fisiologis dan hormonal yang memunculkan berbagai gejala subjektif maupun objektif. Tanda-tanda ini biasanya mulai muncul sejak awal kehamilan, bahkan sebelum ibu menyadari dirinya sedang hamil. Secara umum, tanda dan gejala kehamilan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori, yaitu tanda tidak pasti (subjektif), tanda kemungkinan (objektif), dan tanda pasti kehamilan (7).

Tanda tidak pasti kehamilan meliputi keluhan yang sering dialami oleh wanita hamil, namun belum cukup spesifik untuk dijadikan dasar diagnosis. Beberapa di antaranya adalah amenorea atau tidak mengalami menstruasi, mual dan muntah (terutama di pagi hari), pembesaran dan nyeri payudara, kelelahan, sering buang air kecil, dan perubahan nafsu makan atau mengidam. Gejala-gejala ini

timbul akibat perubahan hormonal, terutama peningkatan kadar hormon estrogen, progesteron, dan human chorionic gonadotropin (hCG), yang mulai meningkat pesat setelah terjadi implantasi embrio di dinding rahim (8).

Sementara itu, tanda kemungkinan kehamilan mencakup temuan objektif yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik oleh tenaga medis, seperti pembesaran uterus, perubahan warna serviks (tanda Chadwick), dan peningkatan suhu basal tubuh. Meskipun lebih kuat dibanding tanda subjektif, tanda ini juga belum dapat memastikan kehamilan karena bisa terjadi akibat kondisi patologis lainnya. Oleh karena itu, diperlukan tanda pasti untuk menegakkan diagnosis kehamilan secara akurat (9).

Tanda pasti kehamilan hanya bisa dibuktikan melalui adanya bukti objektif dari keberadaan janin. Ini meliputi terdengarnya denyut jantung janin melalui Doppler atau stetoskop khusus, pergerakan janin yang terdeteksi oleh pemeriksa, serta visualisasi janin dengan pemeriksaan ultrasonografi. USG merupakan gold standard untuk memastikan kehamilan, karena dapat menunjukkan kantung kehamilan, janin, dan aktivitas jantungnya secara langsung. Gejala mual dan muntah ringan merupakan bagian dari proses fisiologis kehamilan, namun bila berlebihan dan menetap, dapat menjadi manifestasi awal dari hiperemesis gravidarum yang membutuhkan intervensi medis (10).

2.2 Hiperemesis Gravidarum

2.2.1 Definisi

Hiperemesis gravidarum adalah suatu kondisi patologis dalam kehamilan yang ditandai dengan mual dan muntah berat yang berlangsung terus-menerus, sehingga menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, penurunan berat badan, ketonuria, serta dehidrasi yang dapat membahayakan ibu dan janin. Kondisi ini merupakan bentuk ekstrem dari mual muntah biasa pada kehamilan (*nausea and vomiting of pregnancy*), yang biasanya muncul pada trimester pertama kehamilan (11).

Berbeda dengan mual muntah ringan yang dialami sekitar 70–80% ibu hamil, hiperemesis gravidarum hanya terjadi pada 0,3–2% dari seluruh kehamilan. Gejala hiperemesis bersifat lebih parah, berlangsung lama, dan dapat menyebabkan

gangguan aktivitas sehari-hari, hingga perlu perawatan di fasilitas kesehatan. Kondisi ini tidak hanya memengaruhi kondisi fisik ibu, tetapi juga kesehatan mental dan kualitas hidup secara menyeluruh (12).

Secara historis, istilah "hiperemesis gravidarum" pertama kali dikenali sebagai entitas klinis pada awal abad ke-20, ketika komplikasi akibat muntah berlebihan pada kehamilan menyebabkan angka kematian ibu yang cukup tinggi. Saat ini, dengan kemajuan diagnosis dan penanganan, risiko komplikasi berat dapat dikurangi secara signifikan bila dikenali dan ditangani lebih awal (13).

Diagnosis hiperemesis gravidarum didasarkan pada kombinasi gejala klinis seperti muntah lebih dari 3 kali per hari, disertai tanda-tanda dehidrasi, adanya keton dalam urin, dan penurunan berat badan $\geq 5\%$ dari berat badan sebelum hamil. Oleh karena itu, identifikasi dini dan intervensi yang cepat sangat penting untuk mencegah komplikasi serius pada ibu maupun janin yang dikandungnya (14).

2.2.2 Klasifikasi

Klasifikasi hiperemesis gravidarum diperlukan untuk membedakan derajat keparahan dan menentukan pendekatan terapi yang tepat. Secara umum, hiperemesis gravidarum dibagi menjadi dua klasifikasi utama, yaitu berdasarkan derajat keparahan gejala dan berdasarkan waktu atau usia kehamilan saat gejala muncul. Klasifikasi ini penting untuk mengevaluasi risiko komplikasi serta merancang intervensi klinis yang sesuai dengan kondisi pasien (15).

Salah satu sistem klasifikasi yang sering digunakan adalah klasifikasi berdasarkan derajat keparahan menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG). Dalam sistem ini, hiperemesis dibagi menjadi derajat ringan dan berat. Pada derajat ringan, ibu mengalami mual dan muntah yang masih dapat ditoleransi, tidak ada gangguan elektrolit atau penurunan berat badan yang signifikan. Sedangkan pada derajat berat, ibu mengalami muntah terus-menerus, dehidrasi, ketonuria, serta penurunan berat badan $\geq 5\%$ dari berat awal kehamilan. Gejala ini sering kali membutuhkan rawat inap dan terapi parenteral (16).

Selain itu, beberapa ahli mengklasifikasikan hiperemesis berdasarkan waktu terjadinya. Mayoritas kasus terjadi antara minggu ke-4 hingga ke-10 kehamilan dan biasanya membaik pada akhir trimester pertama. Namun, pada sebagian kecil kasus,

gejala dapat menetap hingga trimester kedua atau bahkan sepanjang kehamilan. Klasifikasi berdasarkan waktu ini penting karena hiperemesis yang berlangsung lama dikaitkan dengan risiko komplikasi nutrisi dan psikososial yang lebih tinggi (17).

Beberapa peneliti juga mengusulkan sistem skor untuk menilai keparahan hiperemesis, seperti *PUQE Score (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea)*, yang mempertimbangkan frekuensi mual, muntah, dan gangguan makan selama 12–24 jam terakhir. Sistem ini memudahkan tenaga kesehatan untuk memantau progres gejala dan mengevaluasi respon terhadap pengobatan secara kuantitatif dan berulang (18).

2.2.3 Etiologi

Etiologi hiperemesis gravidarum sampai saat ini masih belum sepenuhnya dipahami. Namun, sebagian besar literatur menyatakan bahwa kondisi ini bersifat multifaktorial. Kombinasi antara faktor hormonal, genetik, gastrointestinal, psikologis, hingga lingkungan dipercaya berkontribusi terhadap timbulnya gejala hiperemesis gravidarum. Tidak ada satu penyebab tunggal yang mampu menjelaskan seluruh kasus, namun sejumlah mekanisme biologis telah dikemukakan sebagai dasar teoritisnya (19).

Faktor hormonal, khususnya peningkatan hormon human chorionic gonadotropin (hCG), merupakan hipotesis yang paling umum. Puncak kadar hCG biasanya terjadi sekitar minggu ke-8 hingga ke-12 kehamilan, bertepatan dengan puncaknya gejala mual dan muntah. Kadar hCG yang sangat tinggi, seperti pada kehamilan mola atau kehamilan ganda, dikaitkan dengan risiko lebih tinggi mengalami hiperemesis. Selain itu, hormon estrogen dan progesteron yang juga meningkat pada awal kehamilan dapat memperlambat pengosongan lambung dan menurunkan tonus otot gastrointestinal, sehingga memperburuk gejala mual dan muntah (20).

Beberapa studi juga menunjukkan adanya keterlibatan infeksi *Helicobacter pylori* sebagai etiologi potensial hiperemesis gravidarum. Bakteri ini dapat menyebabkan iritasi lambung dan memperparah gejala gastrointestinal yang umum terjadi pada awal kehamilan. Beberapa meta-analisis menyatakan bahwa ibu hamil

dengan infeksi *H. pylori* memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami hiperemesis dibandingkan yang tidak terinfeksi (21).

Selain itu, faktor genetik dan psikologis juga mendapat perhatian. Riwayat hiperemesis pada kehamilan sebelumnya maupun pada ibu atau saudara kandung turut meningkatkan risiko. Sementara itu, stres emosional, gangguan kecemasan, dan rendahnya dukungan sosial diyakini memperburuk persepsi mual muntah. Oleh karena itu, pendekatan terhadap pasien dengan hiperemesis sebaiknya dilakukan secara komprehensif, tidak hanya fisik tetapi juga mempertimbangkan aspek psikososial dan riwayat keluarga (13).

2.2.4 Faktor resiko

Hiperemesis gravidarum memiliki berbagai faktor risiko yang telah diidentifikasi melalui berbagai studi observasional dan meta-analisis. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor demografis, obstetrik, genetik, hingga kondisi medis tertentu. Identifikasi faktor risiko sangat penting untuk memprediksi kemungkinan terjadinya hiperemesis pada kehamilan berikutnya serta memberikan edukasi lebih dini kepada kelompok ibu yang berisiko tinggi (19).

Salah satu faktor risiko yang paling konsisten ditemukan adalah primigravida atau kehamilan pertama. Wanita yang baru pertama kali hamil menunjukkan prevalensi hiperemesis yang lebih tinggi dibandingkan multipara. Hal ini diduga karena tubuh belum beradaptasi terhadap lonjakan hormonal dan perubahan fisiologis selama kehamilan. Selain itu, kehamilan ganda (kembar dua atau lebih) juga meningkatkan risiko hiperemesis akibat produksi hormon hCG yang jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal (22).

Faktor genetik turut memainkan peran penting, di mana riwayat hiperemesis dalam keluarga, khususnya pada ibu, saudara perempuan, atau riwayat pribadi pada kehamilan sebelumnya, meningkatkan risiko secara signifikan. Studi oleh Fejzo et al. menemukan bahwa wanita dengan ibu yang mengalami hiperemesis memiliki risiko 3 kali lipat lebih besar untuk mengalaminya juga. Riwayat hiperemesis sebelumnya bahkan diperkirakan meningkatkan risiko kejadian berulang hingga 80% pada kehamilan berikutnya (13).

Selain itu, faktor lain seperti usia ibu muda, status sosial ekonomi rendah, obesitas, stres psikoemosional, dan infeksi *Helicobacter pylori* juga dilaporkan sebagai faktor risiko potensial. Beberapa laporan juga menyebutkan bahwa ras Kaukasia dan Asia Tenggara memiliki prevalensi hiperemesis yang lebih tinggi dibandingkan kelompok etnis lain, meskipun data ini masih bervariasi antar populasi (21).

2.2.5 Patofisiologi

Patofisiologi hiperemesis gravidarum masih belum sepenuhnya dipahami, namun sejumlah teori telah dikembangkan untuk menjelaskan mekanisme terjadinya mual dan muntah berlebihan pada kehamilan. Salah satu teori utama menyebutkan bahwa peningkatan kadar hormon human chorionic gonadotropin (hCG) berperan besar dalam memicu gejala hiperemesis. Peningkatan tajam hCG, terutama pada minggu ke-8 hingga ke-12 kehamilan, berkorelasi kuat dengan puncak kejadian mual dan muntah berat. Hal ini diperkuat dengan observasi bahwa hiperemesis lebih sering terjadi pada kehamilan mola dan kehamilan ganda, di mana kadar hCG jauh lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal (13).

Selain hCG, hormon lain seperti estrogen dan progesteron juga diyakini memiliki kontribusi dalam proses ini. Estrogen dapat memperlambat motilitas gastrointestinal, sedangkan progesteron menurunkan tonus otot polos lambung dan sfingter esofagus bawah, yang menyebabkan lambung lebih mudah mengalami regurgitasi isi. Akibatnya, wanita hamil lebih rentan terhadap refluks dan mual. Penurunan gerakan peristaltik juga menyebabkan pengosongan lambung yang lambat, memperpanjang waktu makanan berada di lambung dan memicu rasa tidak nyaman (23).

Di sisi lain, teori neurologis dan psikogenik juga diajukan sebagai kemungkinan. Pusat muntah di medula oblongata yang hipersensitif terhadap rangsangan gastrointestinal, bau, atau hormon kehamilan dapat menyebabkan refleks muntah yang berlebihan. Stres dan kecemasan juga diyakini memperburuk respon tersebut. Beberapa studi pencitraan otak menunjukkan adanya perubahan aktivitas pada sistem limbik dan area otak yang terlibat dalam kontrol emesis pada pasien dengan hiperemesis (24).

Faktor imunologi dan inflamasi juga mulai mendapat perhatian sebagai mekanisme patofisiologis potensial. Ditemukan bahwa pada beberapa pasien terjadi peningkatan kadar sitokin inflamasi seperti TNF- α dan IL-6, serta ketidakseimbangan respons imun maternal terhadap kehamilan. Sementara itu, keterlibatan infeksi *Helicobacter pylori* juga dianggap memicu peradangan gastrointestinal yang memperparah gejala. Oleh karena itu, hiperemesis gravidarum kemungkinan besar terjadi sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor hormonal, neurologis, gastrointestinal, dan imunologi (25).

2.2.6 Gejala klinis

Gejala klinis hiperemesis gravidarum umumnya muncul pada awal trimester pertama, biasanya sekitar minggu ke-4 hingga ke-10 kehamilan, dan memuncak pada minggu ke-9. Gejala paling khas adalah mual dan muntah yang berat dan terus-menerus, tidak membaik dengan istirahat atau pengobatan ringan, serta mengganggu aktivitas sehari-hari. Berbeda dengan morning sickness biasa, muntah pada hiperemesis gravidarum dapat terjadi lebih dari 3–4 kali sehari dan disertai dengan penurunan asupan nutrisi secara signifikan (12).

Akibat muntah yang persisten, pasien sering kali menunjukkan tanda-tanda dehidrasi seperti bibir kering, turgor kulit menurun, nadi cepat, serta penurunan produksi urin. Penurunan berat badan $\geq 5\%$ dari berat badan sebelum hamil juga menjadi salah satu indikator penting hiperemesis gravidarum. Selain itu, dapat dijumpai ketonuria akibat pemecahan lemak sebagai sumber energi karena asupan makanan yang tidak adekuat. Pasien juga bisa mengalami pusing, hipotensi ortostatik, bahkan sinkop pada kasus yang berat (15).

Gangguan gastrointestinal lain yang menyertai dapat berupa nyeri epigastrium, perasaan penuh di perut, atau konstipasi. Pasien juga dapat mengalami hipersensitivitas terhadap bau, makanan tertentu, bahkan suara atau cahaya, yang semuanya dapat memperparah mual dan muntah. Secara psikologis, gejala ini menyebabkan kelelahan emosional, stres, hingga depresi ringan sampai sedang akibat ketidaknyamanan dan keterbatasan aktivitas selama kehamilan (26).

Dalam kasus berat dan tidak ditangani dengan baik, hiperemesis gravidarum dapat berkembang menjadi komplikasi sistemik seperti gangguan fungsi hati

(peningkatan transaminase), ketidakseimbangan elektrolit (hipokalemia, hiponatremia), serta alkalosis metabolik. Pada situasi ekstrem, dapat terjadi ruptur esofagus (sindrom Mallory-Weiss), defisiensi vitamin B1 (yang menyebabkan ensefalopati Wernicke), dan bahkan ancaman terhadap kehidupan. Oleh karena itu, pengenalan dini terhadap gejala klinis sangat penting untuk mencegah komplikasi tersebut (27).

2.2.7 Tanda bahaya

Tanda bahaya pada hiperemesis gravidarum perlu dikenali sejak dini karena menunjukkan bahwa kondisi pasien telah berkembang menjadi bentuk yang lebih serius dan membutuhkan intervensi medis segera. Beberapa gejala yang masuk kategori tanda bahaya meliputi muntah terus-menerus yang tidak mereda dalam 24 jam, tidak mampu makan atau minum sama sekali, serta adanya tanda-tanda dehidrasi berat seperti mulut kering, turgor kulit menurun, dan penurunan jumlah urin. Bila tidak ditangani dengan cepat, hiperemesis dapat menyebabkan gangguan metabolik yang membahayakan ibu dan janin (20).

Salah satu tanda bahaya paling signifikan adalah penurunan berat badan $\geq 5-10\%$ dari berat badan sebelum hamil. Hal ini menunjukkan bahwa tubuh telah mengalami defisit kalori dan nutrisi yang signifikan. Bersamaan dengan itu, ketonuria atau ditemukannya keton dalam urin merupakan indikator bahwa tubuh telah menggunakan lemak sebagai sumber energi, menandakan status nutrisi yang buruk. Ketonuria juga memperparah mual dan berisiko menyebabkan asidosis metabolik ringan (12).

Tanda bahaya lainnya termasuk gangguan elektrolit berat (hipokalemia, hiponatremia), gangguan fungsi hati (peningkatan SGOT/SGPT), dan adanya gejala neurologis seperti bingung, mengantuk berlebihan, atau bahkan perubahan kesadaran. Pada kasus yang sangat berat, komplikasi seperti ensefalopati Wernicke dapat muncul akibat defisiensi vitamin B1 yang lama. Pasien juga dapat mengalami hematemesis akibat robekan esofagus (Mallory-Weiss tear) karena muntah berulang (28).

Berdasarkan Pedoman Praktik Klinik Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), tanda bahaya hiperemesis yang memerlukan rujukan segera

meliputi: muntah hebat lebih dari 10 kali/hari, tidak ada asupan oral >24 jam, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta tanda-tanda komplikasi sistemik. Deteksi dan penanganan cepat sangat diperlukan untuk menghindari komplikasi serius pada ibu dan janin, termasuk pertumbuhan janin terhambat, kelahiran prematur, dan gangguan perkembangan neurokognitif (29).

2.2.8 Diagnosis

Diagnosis hiperemesis gravidarum dilakukan secara klinis berdasarkan kombinasi dari riwayat medis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Secara umum, diagnosis ditegakkan ketika ibu hamil mengalami mual dan muntah berat yang berlangsung terus-menerus, disertai dehidrasi, penurunan berat badan $\geq 5\%$, dan ketonuria. Kriteria ini membedakan hiperemesis gravidarum dari mual muntah kehamilan biasa (*morning sickness*) yang bersifat ringan dan tidak menimbulkan gangguan metabolik atau penurunan status gizi (11).

Anamnesis menjadi tahap awal penting dalam proses diagnosis. Dokter akan menilai frekuensi muntah, waktu terjadinya (biasanya dimulai antara minggu ke-4 hingga ke-10), serta dampaknya terhadap pola makan dan aktivitas. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mencari tanda dehidrasi seperti turgor kulit menurun, takikardia, hipotensi ortostatik, dan produksi urin yang berkurang. Jika terdapat gejala berat seperti kebingungan, kelemahan ekstrem, atau gangguan neurologis, maka evaluasi lanjutan perlu segera dilakukan (30).

Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk menilai status metabolik dan mendeteksi komplikasi. Tes laboratorium yang umum dilakukan meliputi elektrolit serum (untuk mendeteksi hipokalemia atau hiponatremia), keton urin, fungsi hati (SGOT/SGPT), serta urea dan kreatinin. Pemeriksaan urin juga penting untuk mengevaluasi ketonuria dan konsentrasi urin. Pada kasus dengan kehilangan berat badan signifikan atau gejala neurologis, kadar tiamin (vitamin B1) juga dapat dinilai untuk mencegah komplikasi seperti ensefalopati Wernicke (30).

Salah satu alat bantu diagnosis yang mulai digunakan secara luas adalah PUQE Score (*Pregnancy Unique Quantification of Emesis and Nausea*), yang menilai intensitas mual, jumlah muntah, dan frekuensi muntah dalam 24 jam terakhir. Skor ini dikembangkan oleh Motherisk Program dan membantu klinisi

dalam mengukur keparahan dan memantau respon terapi secara objektif. Di Indonesia, berdasarkan panduan POGI 2019, diagnosis hiperemesis juga harus mempertimbangkan kebutuhan rawat inap, terutama jika ibu tidak bisa makan/minum >24 jam, mengalami gangguan elektrolit berat, atau ada komplikasi sistemik (29).

2.2.9 Pengaruh pada ibu dan janin

Hiperemesis gravidarum dapat menimbulkan dampak serius baik bagi ibu maupun janin jika tidak ditangani dengan tepat. Bagi ibu, kondisi ini dapat menyebabkan dehidrasi berat, ketidakseimbangan elektrolit, gangguan fungsi hati, hingga defisiensi vitamin, terutama vitamin B1 yang berisiko menimbulkan ensefalopati Wernicke. Selain gangguan fisik, pasien juga dapat mengalami gangguan psikologis seperti stres, kecemasan, dan depresi, karena rasa tidak nyaman berkepanjangan dan keterbatasan dalam aktivitas harian (31).

Dampak lain yang sering terjadi pada ibu adalah penurunan berat badan signifikan yang berujung pada malnutrisi. Dalam kasus ekstrem, hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan ruptur esofagus (sindrom Mallory-Weiss), gagal ginjal prerenal, hingga tromboemboli akibat imobilisasi berkepanjangan. Penelitian juga menunjukkan bahwa wanita dengan hiperemesis berat cenderung memiliki risiko rawat inap berulang dan mengalami penurunan kualitas hidup selama kehamilan (13).

Bagi janin, dampak hiperemesis gravidarum tergantung pada berat dan durasi gejala. Penurunan asupan nutrisi dan hidrasi ibu dapat mengganggu pertumbuhan janin intrauterin, menyebabkan berat lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, dan gangguan perkembangan organ. Risiko ini meningkat jika hiperemesis terjadi secara persisten hingga trimester kedua atau ketiga. Namun, jika penanganan dilakukan tepat waktu, sebagian besar komplikasi dapat dicegah (22).

Beberapa studi menunjukkan hubungan antara hiperemesis gravidarum dan gangguan perkembangan neurokognitif anak, seperti peningkatan risiko keterlambatan perkembangan bahasa dan gangguan perilaku. Hal ini diduga akibat paparan kondisi nutrisi buruk selama periode pembentukan otak janin. Oleh karena itu, hiperemesis tidak boleh dianggap sebagai kondisi kehamilan biasa dan perlu

dimonitor secara ketat untuk memastikan kesejahteraan ibu dan janin terjaga sepanjang kehamilan (1).

2.2.10 Penanganan

Penanganan hiperemesis gravidarum bertujuan untuk mengatasi dehidrasi, memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit, mencukupi kebutuhan nutrisi, serta meredakan mual dan muntah. Penanganan dibedakan menjadi rawat jalan untuk kasus ringan hingga sedang, dan rawat inap untuk kasus berat atau dengan komplikasi. Terapi awal umumnya mencakup istirahat cukup, modifikasi pola makan, serta pemberian antiemetik yang aman selama kehamilan (12).

Antiemetik lini pertama yang sering digunakan adalah pyridoxine (vitamin B6) dan doxylamine, baik secara tunggal maupun kombinasi. Bila gejala berat, obat-obatan seperti metoklopramid, ondansetron, dan antihistamin seperti prometazin dapat dipertimbangkan. Semua penggunaan farmakologis harus mempertimbangkan profil keamanan obat selama kehamilan. Menurut POGI dan ACOG, tidak ada bukti kuat bahwa penggunaan ondansetron secara terbatas pada trimester pertama meningkatkan risiko malformasi mayor (29).

Pada pasien dengan dehidrasi berat, terapi cairan intravena sangat diperlukan. Larutan isotonik seperti NaCl 0,9% atau Ringer Laktat digunakan untuk rehidrasi, dan bila terdapat ketonuria atau hipoglikemia, dapat ditambahkan dekstrosa. Koreksi elektrolit seperti kalium juga harus diperhatikan. Bila pasien tidak mampu makan secara oral dalam waktu lama, maka nutrisi parenteral atau enteral perlu dipertimbangkan untuk mencegah komplikasi jangka panjang (17).

Selain pendekatan medis, dukungan psikologis dan edukasi kepada ibu hamil dan keluarga sangat penting. Pasien sering mengalami kelelahan emosional akibat gejala yang berkepanjangan, dan dukungan yang baik terbukti membantu pemulihan lebih cepat. Panduan klinis menyarankan evaluasi psikologis pada kasus berulang atau yang tidak merespon terapi. Di Indonesia, tata laksana hiperemesis gravidarum telah diatur dalam Pedoman Praktik Klinis POGI, dengan penekanan pada pemantauan ketat kondisi ibu dan janin, serta pemberian terapi individual sesuai derajat keparahan (29).

2.3 Usia

2.3.1 Definisi Usia

Usia adalah lama waktu hidup seseorang yang dihitung sejak lahir hingga saat tertentu, biasanya dinyatakan dalam tahun. Dalam bidang kesehatan, usia sering dipakai sebagai indikator biologis untuk menilai tahap perkembangan maupun kemunduran fungsi organ tubuh (32). Bagi wanita, usia sangat berperan dalam menentukan kesiapan fisik dan psikologis dalam menghadapi kehamilan.

Selain sebagai parameter biologis, usia juga dipandang sebagai salah satu faktor sosial yang memengaruhi pengalaman dan kematangan seseorang. Dalam konteks obstetri, usia bukan hanya berkaitan dengan kondisi fisik, tetapi juga kesiapan mental dalam menjalani kehamilan, persalinan, dan peran sebagai ibu (33). Oleh karena itu, usia sering dijadikan salah satu variabel penting dalam penelitian bidang reproduksi.

Dalam epidemiologi kehamilan, usia ibu termasuk ke dalam faktor determinan yang memengaruhi angka morbiditas dan mortalitas ibu. Wanita dengan usia terlalu muda maupun terlalu tua memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi kehamilan, salah satunya hiperemesis gravidarum (8).

2.3.2 Usia Reproduksi

Menurut *World Health Organization* (WHO), usia reproduksi wanita berada pada rentang 15–49 tahun (44). Dalam rentang usia tersebut, organ reproduksi berfungsi optimal sehingga kehamilan dapat berlangsung dengan risiko yang relatif lebih rendah dibandingkan usia di luar rentang tersebut. Namun, kehamilan ideal biasanya dianjurkan pada usia 20–35 tahun, karena kondisi fisik dan psikologis dianggap paling stabil.

Usia di bawah 20 tahun sering disebut sebagai kehamilan usia remaja. Pada kelompok ini, organ reproduksi belum matang sepenuhnya dan kesiapan mental umumnya masih rendah. Hal ini meningkatkan risiko terjadinya komplikasi obstetri, termasuk mual muntah berlebihan yang dapat berkembang menjadi hiperemesis gravidarum (11).

Sebaliknya, usia lebih dari 35 tahun disebut sebagai usia tua reproduksi. Pada kelompok ini, risiko komplikasi kehamilan meningkat akibat penurunan

fungsi fisiologis tubuh dan adanya penyakit penyerta seperti hipertensi dan diabetes. Perubahan tersebut dapat mengganggu adaptasi tubuh terhadap kehamilan, termasuk memperberat keluhan mual muntah (34).

2.3.3 Usia dan Kehamilan

Usia ibu <20 tahun dikaitkan dengan risiko komplikasi lebih tinggi, salah satunya karena ketidakmatangan organ reproduksi. Kehamilan pada usia muda juga berhubungan dengan faktor psikososial, seperti tingkat pendidikan dan dukungan sosial yang rendah, yang dapat memengaruhi kondisi kehamilan (15). Kondisi ini bisa memperberat gejala mual muntah pada trimester pertama.

Pada usia >35 tahun, cadangan ovarium mulai menurun, sehingga kualitas sel telur berkurang dan hormon reproduksi menjadi tidak seimbang. Keadaan ini dapat memperburuk adaptasi tubuh terhadap perubahan kehamilan. Selain itu, ibu hamil usia lanjut cenderung memiliki penyakit penyerta yang juga dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi obstetri (35).

Secara umum, kehamilan pada usia 20–35 tahun dianggap lebih aman karena organ reproduksi matang dan fungsi fisiologis optimal. Oleh karena itu, usia ini disebut sebagai usia reproduksi sehat, dengan risiko komplikasi lebih rendah dibandingkan usia ekstrem (36).

2.3.4 Hubungan Usia dengan Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum merupakan kondisi mual muntah berlebihan pada awal kehamilan yang dapat menyebabkan gangguan nutrisi, dehidrasi, dan ketidakseimbangan elektrolit. Penelitian menunjukkan bahwa kondisi ini lebih banyak ditemukan pada ibu hamil usia <20 tahun maupun >35 tahun (37). Hal ini disebabkan oleh ketidakstabilan hormonal, psikologis, serta adaptasi fisiologis yang kurang optimal.

Pada usia muda, faktor emosional yang belum matang berperan penting. Stres dan kecemasan yang lebih tinggi pada ibu hamil remaja dapat memperparah gejala hiperemesis gravidarum. Sedangkan pada usia lanjut, penurunan fungsi fisiologis dan meningkatnya penyakit penyerta turut memengaruhi adaptasi tubuh terhadap kehamilan.

Studi di Indonesia menemukan adanya hubungan signifikan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia ekstrem memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan kelompok usia reproduksi sehat, sehingga usia menjadi faktor risiko penting yang perlu diperhatikan dalam deteksi dini hiperemesis gravidarum (38).

2.4 Graviditas

2.4.1 Definisi

Menurut KBBI, graviditas adalah frekuensi kehamilan yang pernah dialami oleh perempuan (39). Graviditas adalah jumlah total kehamilan yang pernah dialami seorang perempuan tanpa memandang lamanya kehamilan maupun hasil akhirnya, mencakup seluruh kehamilan baik yang berakhir dengan kelahiran hidup, keguguran spontan, maupun aborsi yang dilakukan secara sengaja (40,41). Istilah gravida digunakan untuk menunjukkan jumlah kehamilan yang pernah dialami seorang wanita, tanpa mempertimbangkan lamanya kehamilan maupun hasil akhirnya.

2.4.2 Klasifikasi

Pregravida atau *nulligravida* adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan seorang wanita yang belum pernah mengalami kehamilan sama sekali. Pada kelompok ini, sistem reproduksi belum pernah mengalami perubahan fisiologis akibat kehamilan, sehingga saat memasuki kehamilan pertama diperlukan adaptasi yang lebih besar, baik secara fisik maupun psikologis. Wanita *nulligravida* umumnya memerlukan pemantauan yang lebih intensif pada kehamilan awal karena tubuhnya baru pertama kali menghadapi perubahan hormonal dan anatomis yang signifikan.

Primigravida merujuk pada wanita yang sedang mengalami kehamilan untuk pertama kalinya. Kehamilan pertama sering kali menjadi fase pembelajaran bagi ibu, karena berbagai perubahan fisik seperti pembesaran uterus, perubahan hormonal, serta keluhan kehamilan seperti mual, muntah, dan kelelahan dirasakan lebih jelas. Selain itu, primigravida juga cenderung mengalami kecemasan yang lebih tinggi terkait kehamilan dan persalinan karena belum memiliki pengalaman sebelumnya.

Multigravida adalah wanita yang telah mengalami kehamilan dua kali atau lebih. Pada kelompok ini, tubuh umumnya sudah lebih beradaptasi terhadap perubahan kehamilan, sehingga beberapa keluhan dapat dirasakan lebih ringan dibandingkan primigravida. Namun demikian, kondisi ini tetap memerlukan perhatian, terutama jika jarak antar kehamilan terlalu dekat atau terdapat riwayat komplikasi pada kehamilan sebelumnya. Pengalaman kehamilan sebelumnya dapat menjadi faktor protektif, tetapi juga dapat meningkatkan risiko tertentu tergantung kondisi ibu.

Grandemultigravida adalah istilah yang digunakan untuk wanita yang telah mengalami kehamilan sebanyak lima kali atau lebih. Kelompok ini sering dikategorikan sebagai kehamilan berisiko tinggi karena adanya peningkatan kemungkinan terjadinya komplikasi obstetri. Risiko yang dapat muncul antara lain atonia uteri yang berujung pada perdarahan pasca persalinan, kelainan letak atau presentasi janin, serta penurunan elastisitas otot uterus.

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi

Primigravida memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap beberapa kondisi obstetri tertentu. Hipertensi gestasional ditemukan lebih sering pada primigravida, pola serupa juga terlihat pada diabetes gestasional. Sementara itu, kejadian persalinan prematur cenderung lebih tinggi pada primigravida dibandingkan multigravida. Sebaliknya, beberapa komplikasi kehamilan lain, seperti preeklamsia, plasenta previa, solusio plasenta, dan perdarahan postpartum, tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kelompok primigravida dan multigravida. Hal ini mengindikasikan bahwa tidak semua komplikasi kehamilan dipengaruhi oleh status graviditas, melainkan kemungkinan berkaitan dengan faktor risiko lain di luar jumlah kehamilan sebelumnya (42).

Terkait metode persalinan, persalinan pervaginam spontan merupakan metode yang paling banyak dijumpai pada kedua kelompok, baik pada primigravida maupun multigravida. Meskipun demikian, proporsi tindakan operasi caesar dan persalinan dengan alat tercatat lebih tinggi pada primigravida.

Dari aspek neonatal, penelitian ini tidak menemukan perbedaan yang signifikan antara bayi yang lahir dari primigravida dan multigravida. Parameter

seperti berat badan lahir rendah, kejadian ikterus neonatorum, maupun gangguan pernapasan neonatal menunjukkan angka yang relatif sebanding pada kedua kelompok. Dengan demikian, status graviditas ibu tidak tampak berpengaruh secara langsung terhadap luaran kesehatan bayi dalam penelitian ini.

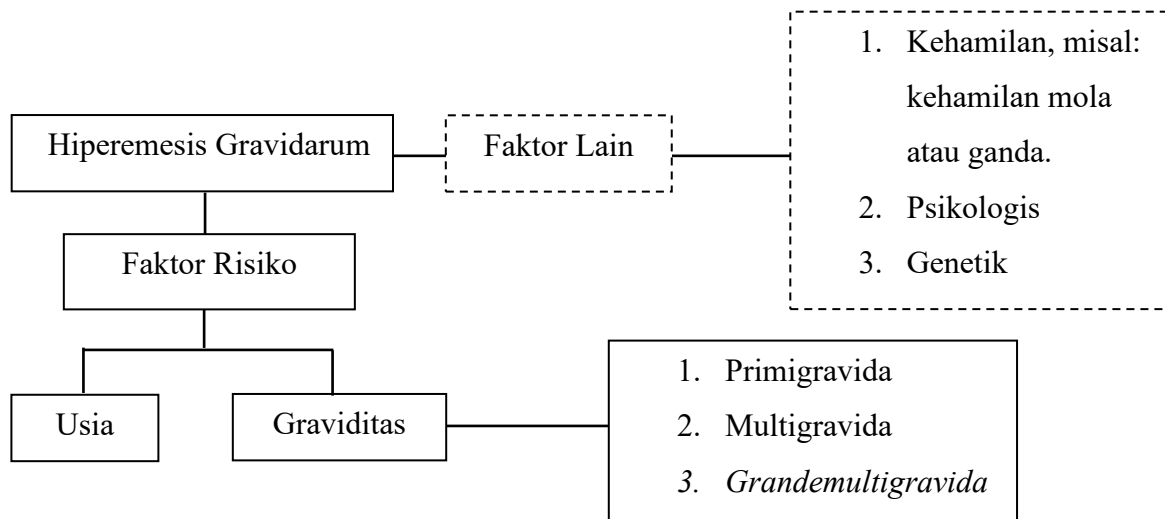
Wanita dengan status *grandemultigravida* diketahui memiliki risiko komplikasi kehamilan dan persalinan yang lebih tinggi dibandingkan primigravida maupun multigravida. Kehamilan yang telah dialami berulang kali menyebabkan perubahan pada kondisi fisiologis rahim, terutama pada kemampuan otot rahim untuk berkontraksi secara optimal. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya perdarahan postpartum, yang umumnya berkaitan dengan atonia uteri akibat peregangan otot rahim yang terjadi secara berulang pada kehamilan sebelumnya. Selain itu, pada *grandemultigravida* juga ditemukan kecenderungan lebih tinggi terhadap gangguan yang berhubungan dengan plasenta, seperti plasenta previa dan solusio plasenta, yang dapat menimbulkan komplikasi serius selama kehamilan maupun persalinan (43).

Kehamilan yang terjadi berulang, terutama dengan jarak yang dekat, turut berkontribusi terhadap penurunan cadangan nutrisi ibu. Salah satu kondisi yang sering menyertai adalah anemia, yang berkaitan dengan berkurangnya simpanan zat besi akibat kebutuhan yang terus meningkat pada setiap kehamilan. Dalam konteks kesehatan ibu dan anak, status *grandemultigravida* juga berkaitan dengan peningkatan risiko kematian ibu dan janin, terutama apabila kehamilan tidak disertai dengan pemantauan antenatal yang adekuat dan penanganan medis yang optimal (44).

Tingginya jumlah wanita dengan status *grandemultigravida* di masyarakat tidak terlepas dari berbagai faktor yang saling berkaitan. Rendahnya penggunaan alat kontrasepsi menjadi salah satu faktor utama, yang menyebabkan kehamilan tidak direncanakan atau jarak kehamilan yang terlalu dekat. Di sisi lain, keterbatasan edukasi kesehatan reproduksi membuat sebagian ibu kurang memahami risiko kehamilan berulang dalam jumlah banyak. Faktor akses layanan kesehatan juga berperan penting, terutama di daerah dengan fasilitas kesehatan yang terbatas atau sistem rujukan yang belum berjalan secara efektif, sehingga

penanganan komplikasi pada kelompok *grandemultigravida* sering kali tidak optimal (45).

2.5 Kerangka Teori



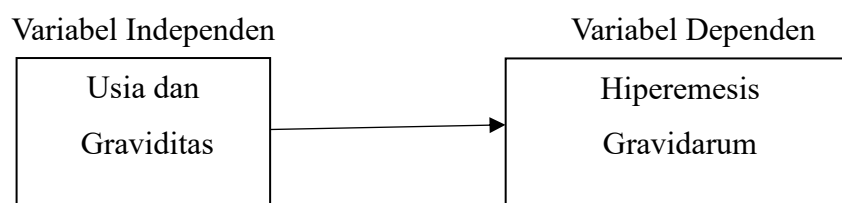
Keterangan :

= Diteliti

= Tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 kerangka konsep

2.7 Hipotesis Penelitian

2.7.1 Hipotesis nol

Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia.

2.7.2 Hipotesis alternatif

Terdapat hubungan yang signifikan antara usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan metode *cross sectional*, dengan mengumpulkan data rekam medis untuk melihat hubungan usia dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini berlangsung pada bulan Agustus – Januari 2025.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil rawat inap yang usia kehamilannya ≤ 20 minggu dan tercatat dalam rekam medik pada 1 Maret 2024 sampai dengan 1 Februari 2025 di RSUD Cut Meutia sebanyak 101 orang.

3.3.2 Sampel penelitian

Sampel penelitian ini adalah pasien ibu hamil yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi

- a. Pasien ibu hamil dengan usia kehamilan ≤ 20 minggu di RSUD Cut Meutia pada 1 Maret 2024 – 1 Februari 2025.
- b. Pasien ibu hamil dengan data rekam medik yang lengkap.

2. Kriteria eksklusi

- a. Data rekam medik sebelum 1 Maret 2024 dan setelah 1 Februari 2025.
- b. Pasien dengan komorbid berat (misalnya, gangguan tiroid, diabetes melitus atau gastrointestinal kronis).

3.3.3 Besar sampel

Besar sampel yang akan digunakan adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi menggunakan Teknik *purposive sampling* yaitu sebanyak 101 pasien ibu hamil yang dirawat inap di RSUD Cut Meutia(46).

3.3.4 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dimana besar sampel adalah seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi populasi (46).

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah hiperemesis gravidarum dan variabel independen dalam penelitian ini adalah usia dan graviditas.

3.4.2 Definisi operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Graviditas	Jumlah total kehamilan yang telah dialami oleh seorang wanita, terlepas dari hasil akhirnya (lahir hidup, keguguran atau abortus). Graviditas dapat dibedakan menjadi primigravida (kehamilan pertama), multigravida	Rekam medik	Observasi	0=Primigravida 1=Multigravida 2= <i>Grandemultigravida</i>	Ordinal

	(kehamilan > 1 kali) dan <i>grandemultigravida</i> (kehamilan ≥ 5 kali) (40,41).				
Hiperemesis Gravidarum	Kejadian mual muntah berat yang berlangsung terus-menerus pada ibu hamil lebih dari 10 kali dalam 24 jam (11).	Rekam medik	Observasi	0= Tidak hiperemesis gravidarum 1= Ya hiperemesis gravidarum	Nominal
Usia	Lama waktu hidup seseorang yang dihitung sejak lahir hingga waktu pengukuran atau penelitian dilakukan dan dinyatakan dalam satuan tahun (32).	Rekam medik	Observasi	0= <20 tahun 1= 20 – 35 tahun 2= >35 tahun	Ordinal

3.5 Instrumen Penelitian

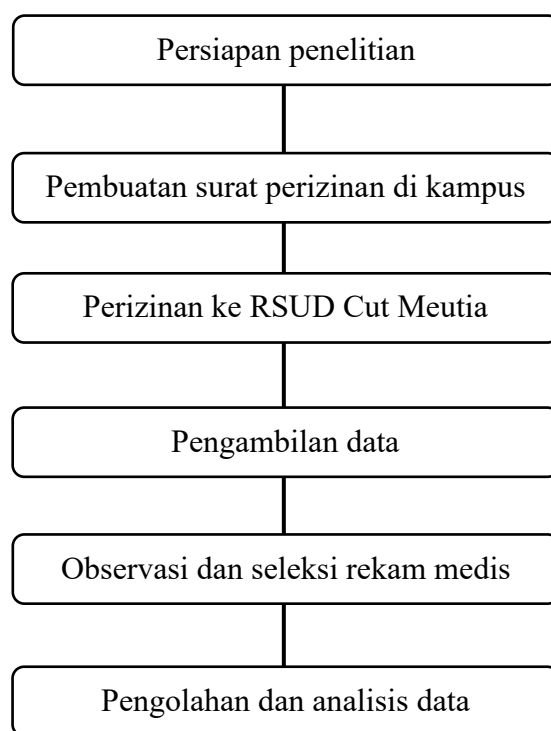
Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini untuk pengumpulan data adalah berupa rekam medis pasien di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara yang tercatat dari 1 Maret 2024 – 1 Februari 2025.

3.6 Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti melakukan pengurusan surat izin dan *ethical clearance* untuk melakukan penelitian di bagian akademik kampus FK Unimal.
2. Peneliti mengajukan surat pengajuan data awal ke bagian Umum RSUD Cut Meutia.

3. Melakukan pengambilan surat pengantar dari bagian diklat dan diberikan kepada Unit Instalasi Rekam Medis RSUD Cut Meutia.
4. Melakukan pengambilan data rekam medis pasien hiperemesis gravidarum di Instalasi Rekam Medik RSUD Cut Meutia.
5. Melakukan penyeleksian data.
6. Melakukan pengolahan dan analisis data menggunakan *Software* SPSS versi 26.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

3.8 Teknik Pengolahan Data

a. Memberi Kode (Coding)

Coding adalah pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan data menggunakan komputer.

b. Memasukkan Data (Entry)

Data yang sudah diteliti dan diberi kode kemudian dimasukkan ke dalam tabel.

c. *Membersihkan Data (Cleaning Data)*

Sebelum dianalisa dilakukan pengecekan terlebih dahulu data yang telah di *entry*, jika terdapat kesalahan dapat diperbaiki, sehingga analisa yang dilakukan sesuai dengan yang sebenarnya.

d. *Saving*

Penyimpanan data kemudian dilanjutkan analisis.

3.9 Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis kuantitatif, yaitu analisis univariat dan bivariat.

1. Analisis univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing – masing variabel, baik variabel dependen (hiperemesis gravidarum) maupun variabel independen (usia dan graviditas).
2. Analisis bivariat untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan keputusan kemaknaannya adalah 5% ($\alpha = 0,05$). Untuk mengetahui hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, dengan dasar pengambilan hipotesis penelitian berdasarkan pada tingkat signifikan (nilai P), yaitu:
 - a. Bila nilai $P < 0.05$ berarti H_0 ditolak. Uji statistik menunjukkan hubungan bermakna.
 - b. Bila nilai $P > 0.05$ berarti H_0 diterima. Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna.

Dasar pengambilan keputusan adalah sebagai berikut:

H_0 : Tidak ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

H_1 : Ada hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Analisis Univariat

Penelitian ini mengambil data rekam medik 101 ibu hamil sebagai sampel. Data diperoleh dari rekam medis pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu. Distribusi karakteristik ibu hamil ditampilkan pada Tabel berikut.

Tabel 4.1 Karakteristik Responden (n=101)

Karakteristik responden	Frekuensi (n=101)	Persentase (%)
Usia Ibu		
<20 Tahun	5	5
20-35 Tahun	74	73,3
>35 Tahun	22	21,8

Sumber: Data Sekunder, 2025

Pada Tabel 4.1, dari total 101 orang, sebagian besar berada pada kelompok usia 20–35 tahun, yaitu sebanyak 74 orang (73,3%). Kelompok usia >35 tahun berjumlah 22 orang (21,8%), sedangkan ibu hamil dengan usia <20 tahun merupakan kelompok paling sedikit, yaitu 5 orang (5%).

Tabel 4.2 Distribusi Graviditas pada Responden (n=101)

Graviditas	Frekuensi (n=101)	Persentase (%)
Primigravida	32	31,7
Multigravida	54	53,5
<i>Grandemultigravida</i>	15	14,9

Sumber: Data Sekunder, 2025

Pada Tabel 4.2, Berdasarkan distribusi graviditas multigravida merupakan yang paling banyak, yaitu 54 orang (53,5%). Selanjutnya, kelompok primigravida berjumlah 32 orang (31,7%), diikuti oleh *grandemultigravida* sebanyak 15 orang (14,9%).

Tabel 4.3 Distribusi Kejadian Hiperemesis Gravidarum pada Responden (n=101)

Hiperemesis Gravidarum	Frekuensi (n=101)	Persentase (%)
Ya	80	79,2
Tidak	21	20,8

Sumber: Data Sekunder, 2025

Distribusi kejadian hiperemesis gravidarum menunjukkan jika sebagian besar sampel mengalami hiperemesis gravidarum, yaitu sebanyak 80 orang (79,2%), sedangkan 21 orang (20,8%) tidak mengalami hiperemesis gravidarum.

4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen pada 101 data rekam medik ibu hamil. Pada penelitian ini, variabel independen yang dianalisis meliputi usia ibu dan graviditas, sedangkan variabel dependen adalah kejadian hiperemesis gravidarum. Analisis ini bertujuan untuk menilai hubungan antara usia ibu dan graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum, yang selanjutnya disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 4.4 Hubungan Usia dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum (n=101)

Usia	Hiperemesis Gravidarum				Total	<i>p value</i>	
	Ya		Tidak				
	n	%	n	%	n		%
<20 Tahun	5	100	0	0	5	100	0,498
20-35 Tahun	58	78,4	16	21,6	74	100	
>35 Tahun	17	77,3	5	22,7	22	100	

Sumber: Data Sekunder, 2025

Kejadian hiperemesis gravidarum paling banyak ditemukan pada kelompok usia 20–35 tahun, yaitu sebanyak 58 responden (78,4%). Berdasarkan hasil analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square*, diperoleh *p value* = 0,498 (>0,05), yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara.

Tabel 4.5 Hubungan Graviditas dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum (n=101)

Graviditas	Hiperemesis Gravidarum				Total		<i>p value</i>
	Ya		Tidak		N	%	
	n	%	n	%			
Primigravida	25	78,1	7	21,9	32	100	0,017
Multigravida	47	87	7	13	54	100	
<i>Grandemultigravida</i>	8	53,3	7	46,7	15	100	

Sumber: Data Sekunder, 2025

Terdapat hubungan bermakna antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum ($p = 0,017$). Kejadian hiperemesis gravidarum paling banyak ditemukan pada multigravida (87%) dan primigravida (78,1%).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu hamil berada pada kelompok usia 20–35 tahun, yaitu sebanyak 74 orang (73,3%). Tingginya proporsi ibu hamil pada kelompok usia 20–35 tahun disebabkan karena rentang usia tersebut merupakan usia reproduksi yang paling optimal untuk kehamilan. Pada usia ini, kondisi fisik dan hormonal ibu umumnya berada dalam keadaan baik sehingga angka kehamilan lebih tinggi.

Penelitian Zhou (2023) tentang Asosiasi usia ibu dengan kejadian buruk pada kehamilan, mengungkapkan bahwa usia kehamilan dibawah 35 tahun dikaitkan dengan risiko luaran kehamilan yang relatif lebih rendah dibandingkan usia ≥ 35 tahun. Penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok usia < 35 tahun, risiko terjadinya diabetes melitus gestasional, gangguan hipertensi kehamilan, preeklamsia, plasenta previa, spektrum plasenta akreta, persalinan sesar, kelahiran prematur, bayi besar untuk usia kehamilan, makrosomia, dan kelainan kongenital janin lebih rendah. Namun, tidak ditemukan perbedaan risiko yang bermakna terkait perdarahan postpartum dan bayi kecil untuk usia kehamilan pada kelompok usia ini. Temuan ini menegaskan bahwa kehamilan pada usia < 35 tahun cenderung memiliki profil risiko yang lebih aman dibandingkan kehamilan pada usia lebih tua, khususnya pada wanita nulipara (47).

Penelitian Ratnaningtyas (2023) menyatakan bahwa kehamilan di luar rentang usia aman 20–35 tahun meningkatkan risiko terjadinya kehamilan risiko tinggi. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan signifikan antara usia ibu, tingkat pendidikan, KEK, dan kadar Hb dengan kejadian kehamilan risiko tinggi (48).

Rendahnya jumlah ibu hamil usia < 20 tahun dapat dikaitkan dengan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap risiko kehamilan pada usia remaja, baik dari segi kesehatan ibu maupun janin. Selain itu, faktor sosial seperti penundaan usia menikah dan perencanaan kehamilan juga berperan dalam menurunkan angka kehamilan pada kelompok usia tersebut.

Kecemasan pada ibu hamil merupakan masalah psikologis yang sering terjadi dan dapat memengaruhi kesehatan ibu maupun janin. Pada penelitian Wijayanti (2025), Ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun dilaporkan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia 20–35 tahun. Kekhawatiran dan kecemasan yang dirasakan pada ibu hamil apabila tidak ditangani dengan serius akan berdampak dan berpengaruh terhadap fisik dan psikis. Pada kisaran usia 20-35 tahun diharapkan ibu telah siap secara psikologi dalam menghadapi masa kehamilan hingga persalinan. Bila ibu hamil mengalami kecemasan, kemungkinan bayi dilahirkan bisa premature, berat badan kurang, meningkatkan resiko ketidakseimbangan emosional ibu setelah melahirkan serta keterlambatan perkembangan motoric dan mental janin (49). Penelitian Putri, dkk (2025) juga menyebutkan jika ibu hamil dengan usia dibawah dari 20 tahun juga lebih beresiko menderita anemia. Kelompok usia di bawah 20 tahun secara biologis belum sepenuhnya siap; emosi mereka masih tidak stabil, kondisi mental belum dewasa, dan kesulitan dalam menghadapi tekanan, yang berujung pada kurangnya perhatian dalam memenuhi kebutuhan zat besi selama masa kehamilan (50).

Sementara itu, jumlah ibu hamil usia >35 tahun lebih sedikit dibandingkan kelompok usia 20–35 tahun. Hal ini dapat disebabkan oleh penurunan fungsi reproduksi seiring bertambahnya usia serta meningkatnya risiko komplikasi kehamilan, sehingga tidak semua wanita pada kelompok usia ini mengalami kehamilan. Penelitian Zhang (2022) mengenai hubungan antara usia ibu dan risiko abortus spontan pada perempuan hamil di Tiongkok, menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara usia ibu dan risiko abortus spontan. Risiko meningkat signifikan pada usia >30 tahun. Pada ibu ≤ 30 tahun, risiko keguguran relatif rendah dan tidak meningkat signifikan, sedangkan pada usia >30 tahun setiap peningkatan 1 tahun usia meningkatkan risiko keguguran sekitar 25%. Peningkatan risiko pada usia lanjut diduga berkaitan dengan penurunan kapasitas reproduksi, meningkatnya kesalahan kromosom dan mutasi mitokondria, serta tingginya prevalensi penyakit penyerta dan paparan faktor lingkungan maupun psikologis (51).

Penelitian mengenai dampak risiko komplikasi ibu dan bayi pada kehamilan usia >40, >45, dan >50 tahun, dibandingkan dengan ibu yang lebih muda yang dilakukan oleh Saccone (2022) menghasilkan kesimpulan bahwa wanita dengan usia maternal lanjut memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami komplikasi pada ibu dan bayi. Meta-analisis ini menunjukkan bahwa semakin tinggi usia ibu, semakin besar risiko terjadinya luaran kehamilan yang buruk. Wanita dengan usia kehamilan usia lanjut memiliki risiko lebih tinggi terhadap bayi lahir mati, kematian perinatal dan neonatal, preeklamsia, persalinan prematur, persalinan sesar, perawatan NICU, serta kematian ibu. Risiko tersebut meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada kelompok >45 dan >50 tahun (52).

Graviditas multigravida merupakan yang paling banyak, yaitu 54 orang (53,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian Mayasari (2023) yang menunjukkan bahwa graviditas multigravida juga mendominasi hasil penelitian (53). Penelitian Selviana (2025) juga mengemukakan bahwa mayoritas respondennya merupakan multigravida (65,2%) (54). Pada penelitian Saputri (2025), risiko kehamilan seperti perdarahan pasca persalinan lebih banyak terjadi pada ibu multigravida. Tingginya kejadian pada multigravida berkaitan dengan penurunan kemampuan kontraksi uterus, meningkatnya risiko perlukaan jalan lahir, serta adanya faktor risiko penyerta seperti anemia, usia berisiko, dan riwayat komplikasi persalinan sebelumnya (35).

Distribusi kejadian hiperemesis gravidarum menunjukkan jika sebagian besar sampel mengalami hiperemesis gravidarum, yaitu sebanyak 80 orang (79,2%), sedangkan 21 orang (20,8%) tidak mengalami hiperemesis gravidarum.

Hiperemesis gravidarum adalah bentuk paling berat dari mual dan muntah selama kehamilan. Diagnosis dapat ditegakkan pada 16 minggu pertama kehamilan ketika seorang ibu mengalami mual dan muntah, dengan setidaknya salah satu gejala berat yang mengganggu asupan makanan dan minuman serta aktivitas sehari-hari. Penyebabnya belum sepenuhnya dipahami dan bersifat multifaktorial. Faktor risiko meliputi usia ibu muda, kehamilan dengan janin perempuan, kehamilan ganda atau mola, penyakit penyerta seperti gangguan tiroid dan diabetes tipe 1, serta riwayat hiperemesis gravidarum pada kehamilan sebelumnya. Pemeriksaan

ultrasonografi dapat menyingkirkan kehamilan ganda atau mola. Penatalaksanaan bertujuan mengurangi gejala untuk memperbaiki kualitas hidup dan hasil kehamilan serta menurunkan beban sosial dan ekonomi. Pemberian obat antiemetik terbukti efektif. Hiperemesis gravidarum juga sering berulang pada kehamilan berikutnya (55).

Mual muntah pada awal kehamilan merupakan keluhan yang sangat sering terjadi dan berhubungan dengan penurunan asupan energi serta berbagai zat gizi penting pada ibu hamil. Kondisi ini juga meningkatkan risiko ketidakcukupan beberapa nutrisi dan rendahnya konsumsi kelompok makanan bergizi. Pada derajat yang lebih berat, mual muntah bahkan dapat berdampak pada kenaikan berat badan kehamilan yang tidak adekuat (26,56).

Komplikasi hiperemesis gravidarum meliputi dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, ensefalopati Wernicke, aritmia jantung, tromboemboli, pertumbuhan janin terhambat, dan kelahiran prematur. Terapi utama adalah doxylamine-pyridoxine, dengan opsi lain seperti ondansetron, metoclopramide, dan kortikosteroid. Pendekatan non-farmakologis seperti akupresur, perubahan diet, psikoterapi, dan hipnosis juga dipelajari, meski bukti terbatas (26).

Penelitian Satrini (2025) menunjukkan bahwa kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil trimester pertama dipengaruhi oleh beberapa faktor. Risiko lebih tinggi terjadi pada ibu dengan pengetahuan rendah, pendidikan rendah, jumlah kehamilan sedikit, serta usia saat hamil yang terlalu muda atau terlalu tua, yaitu di bawah dua puluh tahun atau di atas tiga puluh lima tahun. Semua faktor ini memiliki hubungan yang signifikan dengan munculnya hiperemesis gravidarum (23).

Hasil Penelitian Devi dan Puspitasari (2025) menunjukkan pendidikan rendah, status gizi kurang, dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga berhubungan signifikan dengan risiko hiperemesis gravidarum. Wanita hamil yang kurang pendidikan biasanya mengalami kesulitan mendapatkan informasi kesehatan dan menyadari pentingnya menjalani pemeriksaan antenatal secara teratur. Pembatasan ini dapat memperlambat identifikasi gejala komplikasi, seperti

hiperemesis gravidarum, yang meningkatkan komplikasi risiko yang lebih serius dari kondisi tersebut (38).

4.2.2 Hubungan Usia dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum

Hasil analisis bivariat menggunakan uji *Chi-Square* menunjukkan *p value* sebesar 0,498 ($>0,05$), yang menandakan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhartini (2024), yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dan kejadian hiperemesis gravidarum (57). Penelitian Wahyuni (2024) juga menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil trimester pertama di Puskesmas Tambun Utara pada tahun 2024 (58). Reni (2023) yang mengkaji hubungan usia ibu dan karakteristik kehamilan dengan kejadian hiperemesis gravidarum juga menghasilkan kesimpulan jika tidak terdapat hubungan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada klinik bidan wulan (59).

Meskipun secara statistik tidak signifikan secara keseluruhan, data menunjukkan bahwa seluruh ibu hamil berusia < 20 tahun dalam penelitian ini mengalami hiperemesis gravidarum. Hal ini didukung oleh pendapat Munawaroh (2022) bahwa ibu hamil yang berusia di bawah 20 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami hiperemesis gravidarum, hal ini didasari oleh kondisi kesehatan mental ibu hamil. Kehamilan pada usia kurang dari 20 tahun cenderung masih labil dan belum siap secara psikologis untuk menerima kehamilan, sehingga mudah mengalami syok, depresi, atau stres (60). Usia termasuk faktor biologis yang bersifat tetap dan tidak dapat dimodifikasi. Usia berhubungan dengan tingkat kematangan psikologis seseorang. Kematangan ini memengaruhi kerentanan ibu terhadap stres yang berpotensi memicu hiperemesis gravidarum. Stres dapat merangsang pusat muntah di otak sehingga menimbulkan keluhan mual dan muntah yang berat (61).

Usia 20–35 tahun merupakan kelompok usia dengan risiko lebih rendah mengalami hiperemesis gravidarum. Hal ini dikarenakan pada rentang usia tersebut kondisi fisik dan fungsi reproduksi wanita berada pada fase paling optimal,

sehingga adaptasi hormonal dan fisiologis terhadap kehamilan cenderung lebih baik. Selain itu, kesiapan organ reproduksi serta stabilitas psikologis pada usia ini juga berperan dalam menurunkan kerentanan terhadap gangguan kehamilan, termasuk hiperemesis gravidarum (62).

Namun, Faktor lain bisa meningkatkan risiko kejadian hiperemesis gravidarum pada usia produktif. Dalam penelitian oleh Adane (2023) yang bertujuan untuk mengetahui proporsi hiperemesis gravidarum serta faktor-faktor yang berhubungan pada ibu hamil, hasil analisis multivariat menunjukkan empat faktor risiko utama yang berhubungan signifikan dengan hiperemesis gravidarum. Riwayat hiperemesis gravidarum sebelumnya merupakan faktor paling dominan dengan risiko 10,9 kali lebih besar. Riwayat aborsi meningkatkan risiko sebesar 6,23 kali, riwayat infeksi saluran kemih sebesar 4,32 kali, dan riwayat penyakit gastrointestinal sebesar 4,12 kali.

Kejadian hiperemesis gravidarum di usia >35 tahun dimungkinkan oleh pengeluaran histamin berlebihan yang bisa menambah produksi asam lambung. Hal ini menjadi sebab mual dan muntah yang berisiko terjadinya hiperemesis gravidarum pada ibu hamil usia >35 tahun. Pada usia tersebut akan mengalami berkurangnya daya tahan tubuh jadi daerah pencernaan utamanya lambung menjadi terganggu dan rentan terkena infeksi sehingga berisiko terjadinya hiperemesis gravidarum (63).

Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor usia yang bersifat tetap kemungkinan besar tergeser oleh faktor fisiologis lain yang lebih dominan, seperti perubahan hormonal. Beberapa studi sebelumnya menyebutkan bahwa hiperemesis gravidarum lebih dipengaruhi oleh perubahan hormonal, seperti peningkatan hormon *human chorionic gonadotropin* (hCG). Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum, kadar serum β -hCG meningkat secara abnormal dan berkorelasi erat dengan derajat mual dan muntah serta aktivitas tiroid. Selain itu, kadar β -hCG dan indikator fungsi tiroid seperti FT3, FT4, TPOAb, TRAb, TgAb memiliki nilai diagnostik yang baik untuk HG. Secara umum, semakin tinggi β -hCG, semakin parah gejala HG dan aktivitas tiroid; seiring bertambahnya usia kehamilan, kadar β -hCG dan hormon tiroid menurun, sedangkan TSH meningkat (64).

Penelitian Ginting, dkk (2025) menekankan peran signifikan pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap kejadian hiperemesis gravidarum. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun faktor demografis seperti usia mungkin tidak berpengaruh langsung terhadap kejadian hiperemesis gravidarum, faktor perilaku dan tingkat edukasi ibu hamil memiliki peran penting dalam risiko terjadinya hiperemesis gravidarum (65).

Hasil penelitian berbeda didapatkan Hijrawati (2023) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara usia dengan kejadian hiperemesis gravidarum di Rumah Sakit Islam Banjarmasin. Usia ibu berhubungan erat dengan perkembangan dan kesiapan organ reproduksi dalam menerima serta mendukung kehamilan. Usia ideal untuk hamil dan melahirkan adalah 20–35 tahun. Pada usia <20 tahun, organ reproduksi belum matang secara optimal, sedangkan pada usia >35 tahun elastisitas jaringan reproduksi mulai menurun sehingga berisiko mempersulit persalinan dan meningkatkan risiko kematian ibu (66). Penelitian Turiyani (2025) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Ibu dengan usia risiko tinggi 9 kali lebih berpotensi mengalami Hiperemesis gravidarum daripada usia risiko rendah (20-35 tahun) (63).

4.2.3 Hubungan Graviditas dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum

Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* menghasilkan *p value* = 0,017 (<0,05), yang menandakan adanya hubungan signifikan antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Penelitian yang dilakukan oleh Dianasari (2025) juga menyimpulkan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum. Dianasari (2025) menyebutkan jika ibu primigravida memiliki risiko lebih tinggi mengalami HEG dibandingkan ibu multigravida, disebabkan oleh kurangnya adaptasi terhadap perubahan hormonal dan kesiapan psikologis (67).

Hiperemesis gravidarum lebih sering terjadi pada primigravida dibanding multigravida. Pada ibu hamil pertama, faktor psikologis seperti stres dan ketakutan terhadap kehamilan, persalinan, serta tanggung jawab sebagai ibu dapat memperberat mual dan muntah sebagai ekspresi konflik mental atau ketidakinginan hamil (68). Hasil yang sama juga diperoleh dari penelitian Sulistiyanti (2021),

karakteristik ibu hamil trimester I yang mengalami hiperemesis gravidarum yang paling dominan yaitu karakteristik berdasarkan jumlah gravida yaitu primigravida (69).

Pada primigravida secara biologis kondisi emosionalnya belum optimal, cenderung labil, dan tingkat kematangan mentalnya masih belum sepenuhnya berkembang sehingga mudah mengalami guncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian dalam mencukupi kebutuhan zat gizi selama masa kehamilan. Hal ini juga berhubungan dengan tingkat stres saat mengalami kehamilan pertama, ibu primigravida belum mampu beradaptasi terhadap hormone estrogen dan chorionic gonadotropin (70).

Pada penelitian ini, kejadian hiperemesis gravidarum paling banyak ditemukan pada multigravida. Kejadian hiperemesis ini dikaitkan dengan riwayat hiperemesis pada kehamilan sebelumnya. Penelitian oleh Fasset dkk. (2023) menunjukkan bahwa risiko terjadinya hiperemesis gravidarum pada kehamilan kedua sebesar 23,8% pada pasien dengan riwayat hiperemesis sebelumnya (71). Menurut penelitian Laitinen, dkk (2020), kejadian dan tingkat keparahan mual muntah kehamilan tetap dipengaruhi oleh kerentanan individu. Riwayat mual sebelumnya seperti mabuk perjalanan, migrain, atau mual akibat pengaruh hormon maupun obat serta riwayat keluarga dengan kondisi serupa berhubungan dengan skor keparahan mual dan muntah. Meskipun kehamilan bukan yang pertama, faktor predisposisi biologis dan genetik tetap berperan dalam menentukan berat ringannya gejala hingga risiko berkembang menjadi hiperemesis gravidarum (72).

Pada ibu hamil multigravida, kehamilan yang terjadi berulang menyebabkan juga menyebabkan paparan hormonal yang berlangsung berulang, khususnya peningkatan kadar estrogen, progesteron, dan faktor diferensiasi pertumbuhan 15, yang dapat memengaruhi motilitas saluran cerna bagian atas. Kondisi ini berpotensi menimbulkan gangguan pergerakan lambung, seperti gangguan irama gelombang lambat, keterlambatan pengosongan lambung, serta penurunan tonus sfingter esofagus bawah, yang selanjutnya berkontribusi terhadap timbulnya mual dan muntah. Aspek psikologis pada multigravida seperti peningkatan stres, kelelahan, dan beban pengasuhan anak dapat memengaruhi

aktivasi sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom sehingga memperberat persepsi mual dan respons muntah (73).

Pada kelompok *grandemultigravida* tubuh telah berulang kali mengalami adaptasi terhadap perubahan fisiologis dan hormonal kehamilan, termasuk peningkatan kadar hCG dan estrogen. Adaptasi yang terjadi secara berulang ini diduga memengaruhi respons tubuh terhadap stimulasi pusat muntah, sehingga secara teoritis *grandemultigravida* tidak selalu memiliki risiko lebih tinggi mengalami hiperemesis gravidarum dibandingkan kehamilan pertama (23).

Dalam kaitannya dengan hiperemesis gravidarum, beberapa penelitian menunjukkan bahwa paritas tinggi tidak konsisten menjadi faktor risiko independen. Meskipun terdapat studi yang menemukan hubungan bermakna antara paritas dan kejadian hiperemesis, hasil tersebut sering dipengaruhi oleh faktor perancu seperti usia ibu, status gizi, jarak kehamilan, serta riwayat hiperemesis sebelumnya. Setelah dilakukan analisis multivariat, paritas tinggi kerap kehilangan signifikansinya (20,71).

Pasien dengan hiperemesis gravidarum biasanya mengalami mual berat, dengan atau tanpa muntah, asupan oral yang tidak adekuat, dehidrasi, dan konstipasi, serta sering mengalami stres emosional. Penatalaksanaan bertujuan untuk mengoreksi dehidrasi dan gangguan elektrolit, mengendalikan mual dan muntah, serta menunjang nutrisi dan kesejahteraan psikososial. Terapi dapat meliputi pemberian cairan intravena, antiemetik, vitamin B6, jahe, dan laksatif, dengan pemilihan obat disesuaikan kondisi pasien dan risiko teratogenik. Rawat inap diperlukan pada kasus dengan gangguan elektrolit berat, gagal ginjal akut, malnutrisi, atau komorbiditas signifikan. Pemantauan lanjutan dianjurkan untuk menjamin keberlanjutan perawatan, dukungan mental, dan tindak lanjut obstetri. Gejala umumnya membaik secara alami sekitar minggu ke-16 kehamilan (74).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian serta analisis terhadap data yang diperoleh, pada bagian ini dirumuskan kesimpulan yang menggambarkan hasil penelitian secara menyeluruh sesuai dengan tujuan dan rumusan masalah penelitian.

1. Mayoritas responden berusia 20–35 tahun, yaitu 74 orang (74%). Sebagian besar mengalami hiperemesis gravidarum, sebanyak 80 orang (79,2%). Sebagian besar graviditas adalah multigravida sebanyak 54 orang (53,5%).
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara, dengan *p value* = 0,498.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara graviditas dengan kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di RSUD Cut Meutia, Aceh Utara dengan *p value* = 0,017.

5.2 Saran

1. Tenaga kesehatan diharapkan meningkatkan deteksi dini dan edukasi hiperemesis gravidarum, terutama pada ibu hamil dengan graviditas multigravida dan primigravida.
2. Ibu hamil, disarankan rutin melakukan ANC dan segera memeriksakan diri bila mengalami mual muntah berlebihan.
3. Institusi kesehatan diharapkan memperkuat pelayanan dan konseling antenatal terkait faktor risiko hiperemesis gravidarum.
4. Peneliti selanjutnya disarankan meneliti faktor lain yang berhubungan dengan hiperemesis gravidarum serta menggunakan desain penelitian yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anshory VLS, Hasanah N, Ngo NF. Literature Review tentang Hubungan Psikologis terhadap Kejadian Hiperemesis Gravidarum: Literature Review about the Relationship Between Psychology on the Hyperemesis Gravidarum Occurrence. *Jurnal Sains dan Kesehatan*. 2022;4(1):89–98.
2. Mutia F, Harahap M. Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Hyperemesis Gravidarum Di Wilayah Kerja Puskesmas Batangtoru Tahun 2024. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*. 2024;9(1):138–44.
3. Novitasari D, Mustafa AR. Hubungan Usia, Paritas, Tingkat Hiperemesis Gravidarum dengan Lama Perawatan Pasien Hiperemesis Gravidarum di RS Amanda Cikarang. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Indonesia*. 2024;14(03):114–22.
4. Bakay A, Nurbaya S, Sumi SS. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil. *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*. 2023;3(4):100–10.
5. Ambarwati A, Lubis S, Riya R. Hubungan Usia Gestasi, Paritas Dan Dukungan Suami Terhadap Hiperemesis Gravidarum di PMB Miftahul Jannah. *Jurnal Informasi Kesehatan Adaptif*.
6. Atika I, Putra HK, Thaib SH. Hubungan Hiperemesis Gravidarum dengan Usia Ibu, Usia Gestasi, Paritas, dan Pekerjaan pada Pasien Rawat Inap di RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*. 2016;3(3):166–71.
7. Chung GS, Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists' beliefs about when pregnancy begins. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012;206(2):132-e1.
8. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
9. Moore KL. *Before We Are Born: Essentials of Embryology and Birth Defects: First South Asia Edition E-book*. Elsevier Health Sciences; 2016.
10. Berghella V. *Maternal-fetal evidence based guidelines*. Informa healthcare; 2012.
11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
12. Niebyl JR. Nausea and vomiting in pregnancy. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(16):1544–50.
13. Fejzo MS, Ingles SA, Wilson M, Wang W, MacGibbon K, Romero R, et al. High prevalence of severe nausea and vomiting of pregnancy and

- hyperemesis gravidarum among relatives of affected individuals. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;141(1):13–7.
14. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a meta analysis. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology= Journal de la therapeutique des populations et de la pharmacologie clinique*. 2013;20(2):e171-83.
 15. Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human reproduction update*. 2005;11(5):527–39.
 16. Erick M, Cox JT, Mogensen KM. ACOG practice bulletin 189: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;131(5):935.
 17. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2012;25(6):632–6.
 18. Koren G, Boskovic R, Hard M, Maltepe C, Navioz Y, Einarson A. Motherisk—PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5):S228–31.
 19. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2000;182(4):931–7.
 20. Pont S, Bond DM, Shand AW, Khan I, Zoega H, Nassar N. Risk factors and recurrence of hyperemesis gravidarum: A population-based record linkage cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(12):2392–400.
 21. Li L, Li L, Zhou X, Xiao S, Gu H, Zhang G. *Helicobacter pylori* infection is associated with an increased risk of hyperemesis gravidarum: a meta-analysis. *Gastroenterology research and practice*. 2015;2015(1):278905.
 22. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(2 Part 1):285–92.
 23. Satrimi S, Yannti Y, Sinaga R, Bakara SMP. Faktor yang Memengaruhi Kejadian Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I. *Window of Midwifery Journal*. 2025;06(02):57–65.
 24. Fróes NBM, Arrais FA de S, Aquino P de S, Maia JC, Balsells MMD. Effects of auriculotherapy in the treatment of nausea and vomiting: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021;75:e20201350.
 25. Ng QX, Venkatanarayanan N, De Deyn MLZQ, Ho CYX, Mo Y, Yeo W. A meta-analysis of the association between *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)

- infection and hyperemesis gravidarum. *Helicobacter*. 2018;23(1):e12455.
26. Gerede A, Stavros S, Moustakli E, Potiris A, Orgianelis I, Zikopoulos A, et al. Hyperemesis in Pregnancy: Complications and Treatment. *Medical sciences*. 2025;13(3):1–15.
 27. Vinnars MT, Forslund M, Claesson IM, Hedman A, Peira N, Olofsson H, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2024;103(1):13–29.
 28. Mahadevan U, Kane S. American gastroenterological association institute technical review on the use of gastrointestinal medications in pregnancy. *Gastroenterology*. 2006;131(1):283–311.
 29. Indonesia PO dan G. *Panduan Praktik Klinis untuk Hiperemesis Gravidarum*. Jakarta: POGI; 2019.
 30. Adellia Dwi Ayu Pamungkas, Eka Adimayanti. Manajemen Mual dan Muntah pada Primigravida dengan Hiperemesis Gravidarum. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*. 2025;3(2):92–9.
 31. Ismail SK, Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. *Best practice & research Clinical gastroenterology*. 2007;21(5):755–69.
 32. Notoatmodjo S. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
 33. Manuaba IBG. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC; 2010.
 34. Lindow T, Quadrelli S, Ugander M. Noninvasive Imaging Methods for Quantification of Pulmonary Edema and Congestion: A Systematic Review. *JACC: Cardiovascular Imaging*. 2023;16(11):1469–84.
 35. Saputri AY, Ashari MA, Margiyati. Gambaran Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Perdarahan Pasca Persalinan Di Rsud Panembahan Senopati. *Agribiohealth (Journal of Agriculture, Biology & Health Sciences)*. 2025;1(3):66–76.
 36. Siti Rokmah, Fatmawati Karim, Karimah. Hubungan Pengetahuan, Usia Dan Paritas Dengan Persiapan Persalinan Pada Ibu Hamil Trimester III Di Klinik P Kabupaten Subang Tahun 2024. *Bunda Edu-Midwifery Journal (BEMJ)*. 2025;8(1):447–52.
 37. McCarthy FP, Lutomski JE, Greene RA. Hyperemesis gravidarum: Current perspectives. *International Journal of Women's Health* [Internet]. 2014;6(1):719–25. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S37685>
 38. Devi DC, Puspitasari E. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Di RS PKU Muhammadiyah Gamping. *Bunda Edu-Midwifery Journal*. 2025;8:635–46.
 39. Kementerian Pendidikan Riset, dan Teknologi K. *Graviditas* [Internet]. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). Jakarta; 2026. Tersedia pada:

<https://kbbi.kemdikbud.go.id>

40. Sartima, Andriyani, Jingsung J. Pengaruh Graviditas Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari. *Jurnal Pelita Sains Kesehatan*. 2023;3(3):50–8.
41. Costas L, de Sanjosé S, Infante-Rivard C. Reproductive factors and non-Hodgkin lymphoma: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* [Internet]. 2014;92(3):181–93. Tersedia pada: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1040842814001309>
42. Parveen K, Baloch H, Khurshid F, Ayman, Bashir B, Mahboob S, et al. Comparative Analysis of Pregnancy Complications in Primigravida versus Multigravida. *Journal of Health and Rehabilitation Research*. 2024;4(1):1581–6.
43. Mindarani Y, Ananda F, Emilda A, Nulanda M, Abidin N. Literature Review: Risk Factors For Hypertension In Pregnancy Yushi. *Jurnal Eduhealth* [Internet]. 2024;15(02):2024. Tersedia pada: <https://ejournal.seaninstitute.or.id/index.php/health>
44. Nova fridalni, Etri Yanti SW. Perbedaan terjadi anemia pada ibu hamil nerdasarkam statu obstetrik. *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*. 2022;4(4657):78–84.
45. Teshale AB, Wang VQ, Biney GK, Ameyaw EK, Adjei NK, Yaya S. Contraceptive use pattern based on the number and composition of children among married women in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. *Contraception and Reproductive Medicine*. 2023;8(1):1–9.
46. Sukwika T. *Metode Penelitian*. Mifandi Mandiri Digital; 2023.
47. Zhou Y, Yin S, Sheng Q, Yang J, Liu J, Li H, et al. Association of maternal age with adverse pregnancy outcomes: A prospective multicenter cohort study in China. *Journal of Global Health*. 2023;13.
48. Ratnaningtyas MA, Indrawati F. Karakteristik Ibu Hamil Dengan Kejadian Kehamilan Risiko Tinggi. *Higeia Journal Of Public Health Research and Development*. 2023;7(3):334.
49. Wahyu Wijayanti ND, Rizkiana E. Perbedaan Tingkat Kecemasan Terhadap Usia Ibu Hamil Di Puskesmas Bambanglipuro. *Agribiohealth (Journal of Agriculture, Biology & Health Sciences)*. 2025;1(2):53–9.
50. Putri A, Hariyanti R, Ayu A, Puspita P, Tinggi S, Kesehatan I, et al. Hubungan Usia dan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Trimester III. *Journal of Health Science and Technology*. 2025;6(1):93–9.
51. Zhang M, Yang BY, Sun Y, Qian Z, Xaverius PK, Aaron HE, et al. Non-linear Relationship of Maternal Age With Risk of Spontaneous Abortion: A Case-Control Study in the China Birth Cohort. *Frontiers in Public Health*. 2022;10(July):1–10.

52. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2022;159(1):43–55.
53. Mayasari I, Wuna WOSK, Luthfa A. Pengaruh Umur dan Graviditas Terhadap Kejadian Preeklampsia pada Ibu Hamil di Rumah Sakit Umum Daerah Konawe Selatan. *Jurnal Pelita Sains Kesehatan [Internet]*. 2023;3(5):92–8. Tersedia pada: <https://ojs.pelitaibu.ac.id/index.php/jpasaik>
54. Selviana R, Windayanti H. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Tanda Bahaya Kehamilan di Klinik Pratama Rawat Inap dan Bersalin Nur Hikmah. *Prosiding Seminar Nasional dan Call for Paper Kebidanan Universitas Ngudi Waluyo*. 2025;4(1):124–33.
55. Jansen LAW, Shaw V, Grooten IJ, Koot MH, Dean CR, Painter RC. Diagnosis and treatment of hyperemesis gravidarum. *Canadian Medical Association Journal*. 2024;196(14):E477–85.
56. Zhu S, Zhao A, Lan H, Li P, Mao S, Szeto IM yau, et al. Nausea and Vomiting during Early Pregnancy among Chinese. *Nutrients*. 2023;15(933):1–11.
57. Suhartini S, Sari J. Relationship between gastritis history, age and parity with the incidence of hyperemesis gravidarum in pregnant women at the Main Mariani clinic, Medan Petisah district, Medan city in 2022. *Jurnal EduHealth*. 2024;15(01):515–24.
58. Suci Saras Wahyuni. Age Factors, Parity, Birth Distance Dean Nutritional Status Affects the Incidence of Hyperemesis Gravidarum in Pregnant Women in the First Trimester at the North Tambun Health Center. *ABDIMAS: Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 2024;7(3):1255–65.
59. Reni, Oktaviani T. Hubungan Usia Ibu dan Karakteristik Kehamilan dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum. *Jurnal Asuhan Ibu dan Anak*. 2023;25(11):746.
60. Munawaroh S, Pratiwi LL, Soetrisno S. Hyperemesis Gravidarum and Maternal Age under 20 Years: A Cross Sectional Study. *PLACENTUM: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*. 2022;10(3):163.
61. Shurgashti Z, Jafari B, Hosseini H, Emami Z. Investigating the Relationship between Stress, Anxiety and Depression with Nausea and Vomiting during Pregnancy (Descriptive study). *Navid Journal*. 2023;83(25):39–48.
62. Yulianti A. Faktor yang Berhubungan dengan Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I Di PMB Alicia Bogor Tahun 2022: Factors Associated with Hyperemesis Gravidarum for First Trimester Pregnant Women at PMB Alicia Bogor in 2022. *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*. 2023;2(1):517–22.
63. Turiyani, Lestari D ayu, Amelia D. Hubungan Status Gravida dan Usia Ibu Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*

- Indonesia. 2025;15:115–20.
64. Zheng H, Wang Q, Chen F. Correlation between Serum Beta-Human Chorionic Gonadotropin Levels and Thyroid Metabolic Function in Pregnant Women with Hyperemesis Gravidarum. *Chinese Journal of Physiology*. 2023;66(5):359–64.
 65. Siska Suci Triana Ginting, Rumondang Sitorus, Imarina Tarigan, Rohhasianti Sagala, Herly Arta Oktaviana, Dina Sandriana. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Hiperemesis Gravidarum di Klinik Pratama Vina Kota Medan Provinsi Sumatera Utara. *Jurnal Siti Rufaidah*. 2025;3(3):39–46.
 66. Hijrawati N, Okvitasari Y, Wulandatika D. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil di Poliklinik Rumah Sakit Islam Banjarmasin. *JKSI*. 2023;8(2):106–14.
 67. Mita Dianasari, Nurainih, Hedy Hardiana. Hubungan Dukungan Suami, Paritas Dan Sikap Ibu Dengan Kejadian Hyperemesis Gravidarum Di Puskesmas Binuangeun Tahun 2024. *Journal of Scientech Research and Development*. 2025;7(1):311–21.
 68. Damayanti R, Adelia D, Mutika WT, Ambariani A. Karakteristik Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur: Characteristics of Pregnant Women with Hyperemesis Gravidarum in RSUD Pasar Rebo, Jakarta Timur. *Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Public Health Journal*. 2020;11(1):13–8.
 69. Sulistiyanti A. Gambaran Karakteristik Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester I Di Rsud Karangayar. *OVUM: Journal of Midwifery and Health Sciences*. 2021;1(1):9–16.
 70. Suziana, Delpia YV, Julianti UF. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum Di Rsud Abdul Aziz Singkawang. *Jurnal Karya Kesehatan Indonesia*. 2025;224(11):122–30.
 71. Fassett MJ, Peltier MR, Lopez AH, Chiu VY, Getahun D. Hyperemesis Gravidarum: Risk of Recurrence in Subsequent Pregnancies. *Reproductive Sciences* [Internet]. 2023;30(4):1198–206. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s43032-022-01078-8>
 72. Laitinen L, Nurmi M, Ellilä P, Rautava P, Koivisto M, Polo-Kantola P. Nausea and vomiting of pregnancy: associations with personal history of nausea and affected relatives. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2020;302(4):947–55. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05683-3>
 73. Liu C, Zhao G, Qiao D, Wang L, He Y, Zhao M, et al. Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Medicine*. 2022;8(January):1–17.
 74. Lowe SA, Steinweg KE. Review article: Management of hyperemesis

gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy. *EMA - Emergency Medicine Australasia*. 2022;34(1):9–15.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan dan Rincian Anggaran Biaya Jadwal Kegiatan

Kegiatan	2024												2025											
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Judul																								
Bab 1-3																								
Seminar Proposal																								
Revisi																								
Penelitian																								
Bab 4-5																								
Seminar Hasil																								

No	Nama	Harga satuan	Jumlah	Biaya
1	Pengambilan Data Awal	Rp. 75.000	1 kali	Rp. 75.000
2	Print Proposal Sempro	Rp. 500	210 lembar	Rp. 105.000
3	Pengambilan Data Penelitian	Rp. 200.000	1 kali	Rp. 200.000
4	Print Proposal Semhas	Rp. 500	365 lembar	Rp 182.500
6	Jilid	Rp. 3.000	10 rangkap	Rp 30.000
7	Amplop	Rp. 1.000	8 lembar	Rp 8.000
8	Stiker Amplop	Rp. 2.000	2 Lembar	Rp. 4.000
Total				Rp. 604.500

Lampiran 2. Daftar Riwayat Hidup

Biodata Peneliti	
Nama	: Dhea Wulan Natasya
Nomor Induk Mahasiswa	: 220610023
Tempat, Tanggal Lahir	: Lhokseumawe, 07 Agustus 2004
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Rel Kereta Api, Uteunkot, Lhokseumawe
Email	: dheawulan2502@gmail.com
No Hp	: 082251989699
Riwayat Pendidikan	:
SD	: SDN 2 Banda Sakti Lhokseumawe
SMP	: MTsN 1 Lhokseumawe
SMA	: SMAN 1 Lhokseumawe
Universitas	: Malikussaleh
Nama Orang Tua	:
Ayah	: Syafril
Ibu	: Yuslinda, S.Pd.
Anak ke-	: Satu dari tiga bersaudara
Nama Saudara Kandung	: Dhio Prayata Ziath, Dhafeena Ratu Allesha

Lampiran 3. *Output* SPSS

		Graviditas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primigravida	32	31.7	31.7	31.7
	Multigravida	54	53.5	53.5	85.1
	Grandemultigravida	15	14.9	14.9	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

		HEG			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	80	79.2	79.2	79.2
	Tidak	21	20.8	20.8	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

		Usia Ibu			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<20 Tahun	5	5.0	5.0	5.0
	20-35 Tahun	74	73.3	73.3	78.2
	>35 Tahun	22	21.8	21.8	100.0
	Total	101	100.0	100.0	

Graviditas * HEG Crosstabulation

		HEG		Total	
		Ya	Tidak		
Graviditas	Primigravida	Count	25	7	32
		% within Graviditas	78.1%	21.9%	100.0%
	Multigravida	Count	47	7	54
		% within Graviditas	87.0%	13.0%	100.0%
	Grandemultigravida	Count	8	7	15
		% within Graviditas	53.3%	46.7%	100.0%
Total	Count	80	21	101	
	% within Graviditas	79.2%	20.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	8.130 ^a	2	.017
Likelihood Ratio	7.258	2	.027
Linear-by-Linear Association	1.702	1	.192
N of Valid Cases	101		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.12.

Usia Ibu * HEG

Crosstab

			HEG		Total
			Ya	Tidak	
Usia Ibu	<20 Tahun	Count	5	0	5
		% within Usia Ibu	100.0%	0.0%	100.0%
	20-35 Tahun	Count	58	16	74
		% within Usia Ibu	78.4%	21.6%	100.0%
	>35 Tahun	Count	17	5	22
		% within Usia Ibu	77.3%	22.7%	100.0%
Total	Count	80	21	101	
	% within Usia Ibu	79.2%	20.8%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	1.393 ^a	2	.498
Likelihood Ratio	2.410	2	.300
Linear-by-Linear Association	.535	1	.465
N of Valid Cases	101		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.04.

Lampiran 4. Master Data

No	No.RM	Usia Ibu	Graviditas	HEG/Tdk	Usia Kehamilan	Bulan/Tahun
1	75744	33 Thn	2(multigravida)	HEG	4-6mgg	Mar-24
2	76697	24 Thn	1(primigravida)	Tdk	16-18mgg	Mar-24
3	44071	24 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Mar-24
4	78062	27 Thn	2(multigravida)	HEG	8-10mgg	Mar-24
5	25745	27 Thn	1(primigravida)	HEG	5-6mgg	Mar-24
6	78773	26 Thn	2(multigravida)	HEG	8-10mgg	Mar-24
7	79034	25 Thn	2(multigravida)	HEG	7-8mgg	Mar-24
8	45930	38 Thn	2(multigravida)	HEG	10-12mgg	Mar-24
9	79545	34 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Mar-24
10	82702	19 Thn	1(primigravida)	HEG	10-12mgg	Apr-24
11	83692	35 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	12mgg	Apr-24
12	85201	41 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	12-14mgg	Apr-24
13	84964	29 Thn	3(multigravida)	HEG	6-8mgg	Apr-24
14	92555	24 Thn	1(primigravida)	HEG	14-16mgg	May-24
15	91811	32 Thn	2(multigravida)	HEG	8-10mgg	May-24
16	38637	32 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	12-14mgg	May-24
17	86954	25 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	May-24
18	87449	40 Thn	3(multigravida)	HEG	12-14mgg	May-24
19	27603	24 Thn	2(multigravida)	HEG	14-16mgg	May-24
20	87579	36 Thn	4(multigravida)	HEG	12-14mgg	May-24
21	88653	30 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	May-24

No	No.RM	Usia Ibu	Graviditas	HEG/Tdk	Usia Kehamilan	Bulan/Tahun
22	88928	24 Thn	1(primigravida)	HEG	6-8mgg	May-24
23	26240	19 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	May-24
24	89908	40 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	8-10mgg	May-24
25	95454	23 Thn	2(multigravida)	Tdk	10-12mgg	Jun-24
26	95479	37 Thn	4(multigravida)	HEG	12-14mgg	Jun-24
27	92632	29 Thn	3(multigravida)	HEG	8-10mgg	Jun-24
28	94352	27 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Jun-24
29	20283	36 Thn	2(multigravida)	HEG	20mgg	Jul-24
30	103515	30 Thn	2(multigravida)	HEG	8-10mgg	Jul-24
31	101330	31 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	12-14mgg	Jul-24
32	101747	33 Thn	4(multigravida)	HEG	12-14mgg	Jul-24
33	29621	23 Thn	1(primigravida)	HEG	8-10mgg	Aug-24
34	48296	26 Thn	2(multigravida)	HEG	10-12mgg	Aug-24
35	106422	37 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	10-12mgg	Aug-24
36	107169	36 Thn	2(multigravida)	HEG	15mgg	Aug-24
37	110730	32 Thn	2(multigravida)	HEG	10-12mgg	Sep-24
38	1424	24 Thn	1(primigravida)	Tdk	16mgg	Sep-24
39	96072	29 Thn	1(primigravida)	HEG	10-12mgg	Sep-24
40	19919	22 Thn	1(primigravida)	Tdk	16-18mgg	Sep-24
41	24675	23 Thn	1(primigravida)	Tdk	18-20mgg	Sep-24
42	114033	20 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Sep-24
43	1974	23 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	Sep-24
44	77424	34 Thn	2(multigravida)	HEG	14-16mgg	Sep-24

No	No.RM	Usia Ibu	Graviditas	HEG/Tdk	Usia Kehamilan	Bulan/Tahun
45	114194	23 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	Sep-24
46	114316	41 Thn	4(multigravida)	HEG	12-14mgg	Sep-24
47	34854	35 Thn	3(multigravida)	HEG	6-8mgg	Oct-24
48	115924	40 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	10-12mgg	Oct-24
49	115956	20 Thn	1(primigravida)	HEG	10-12mgg	Oct-24
50	116430	27 Thn	1(primigravida)	Tdk	12-14mgg	Oct-24
51	117142	24 Thn	4(multigravida)	Tdk	8-10mgg	Oct-24
52	107756	32 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	Oct-24
53	117934	20 Thn	1(primigravida)	HEG	4-6mgg	Oct-24
54	119474	27 Thn	2(multigravida)	Tdk	18-19mgg	Oct-24
55	119970	30 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Oct-24
56	26528	19 Thn	1(primigravida)	HEG	4-6mgg	Oct-24
57	47930	21 Thn	1(primigravida)	HEG	8-10mgg	Nov-24
58	81515	31 Thn	2(multigravida)	HEG	11mgg	Nov-24
59	83261	30 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	10mgg	Nov-24
60	33332	39 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	20mgg	Nov-24
61	122274	32 Thn	3(multigravida)	HEG	8-10mgg	Nov-24
62	122437	30 Thn	3(multigravida)	Tdk	18-20mgg	Nov-24
63	123540	22 Thn	3(multigravida)	HEG	12mgg	Nov-24
64	123857	27 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Nov-24
65	22302	22 Thn	1(primigravida)	Tdk	8-10mgg	Nov-24
66	48660	27 Thn	2(multigravida)	HEG	8-10mgg	Nov-24
67	19828	23 Thn	1(primigravida)	HEG	8-10mgg	Nov-24

No	No.RM	Usia Ibu	Graviditas	HEG/Tdk	Usia Kehamilan	Bulan/Tahun
68	49486	28 Thn	3(multigravida)	HEG	8-10mgg	Nov-24
69	126306	32 Thn	4(multigravida)	HEG	12-14mgg	Dec-24
70	127270	21 Thn	1(primigravida)	HEG	8-10mgg	Dec-24
71	95944	20 Thn	1(primigravida)	HEG	16mgg	Dec-24
72	6147	29 Thn	3(multigravida)	HEG	12mgg	Dec-24
73	39143	38 Thn	4(multigravida)	HEG	10-12mgg	Dec-24
74	129131	37 Thn	3(multigravida)	HEG	10-12mgg	Dec-24
75	85973	39 Thn	4(multigravida)	HEG	8-10mgg	Dec-24
76	129451	27 Thn	2(multigravida)	HEG	9mgg	Dec-24
77	129431	20 Thn	1(primigravida)	HEG	14-15mgg	Dec-24
78	88751	24 Thn	3(multigravida)	Tdk	5mgg	Dec-24
79	23170	22 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	Dec-24
80	130167	26 Thn	3(multigravida)	HEG	16-18mgg	Dec-24
81	130202	44 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	6-8mgg	Dec-24
82	53583	33 Thn	5(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	8-10mgg	Jan-25
83	132080	40 Thn	2(multigravida)	Tdk	6-8mgg	Jan-25
84	132363	25 Thn	1(primigravida)	HEG	14-16mgg	Jan-25
85	132380	22 Thn	1(primigravida)	HEG	12-13mgg	Jan-25
86	42915	42 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	16mgg	Jan-25
87	137420	39 Thn	8(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	12-14mgg	Jan-25
88	137673	27 Thn	4(multigravida)	HEG	8-10mgg	Jan-25
89	19893	36 Thn	3(multigravida)	HEG	10-12mgg	Jan-25
90	16563	20 Thn	1(primigravida)	Tdk	8-10mgg	Jan-25

No	No.RM	Usia Ibu	Graviditas	HEG/Tdk	Usia Kehamilan	Bulan/Tahun
91	138126	29 Thn	1(primigravida)	HEG	6-8mgg	Jan-25
92	52728	36 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	Tdk	12-14mgg	Jan-25
93	139077	33 Thn	3(multigravida)	Tdk	8-10mgg	Feb-25
94	139520	21 Thn	1(primigravida)	HEG	10-12mgg	Feb-25
95	139987	17 Thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Feb-25
96	140012	19 Thn	1(primigravida)	HEG	12-14mgg	Feb-25
97	140371	33 Thn	4(multigravida)	HEG	14-16mgg	Feb-25
98	142783	32 thn	2(multigravida)	HEG	12-14mgg	Feb-25
99	33405	38 Thn	6(<i>grandemultigravida</i>)	HEG	8-10mgg	Feb-25
100	142530	34 Thn	2(multigravida)	HEG	11mgg	Feb-25
101	142526	20 Thn	1(primigravida)	HEG	19mgg	Feb-25

Lampiran 5. Dokumentasi



Lampiran 6. *Ethical Clearance*

PEMERINTAH KABUPATEN ACEH UTARA
RUMAH SAKIT UMUM CUT MEUTIA
KABUPATEN ACEH UTARA

JLN. BANDA ACEH - MEDAN KM 6 TELP. (0645) 46334 - 46222 FAX. 46222
 BUKET RATA LHOKSEUMAWE – NANGGROE ACEH DARUSSALAM



Kode RS: 1108015

Kode Pos: 24375

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RUMAH SAKIT CUT MEUTIA KABUPATEN ACEH UTARA
CUT MEUTIA HOSPITAL, NORTH ACEH DISTRICT

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
ETHICAL APPROVAL
 No: 066/KEPK-RSUCM/XI/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
the Research Protocol Proposed by

Peneliti Utama : DHEA WULAN NATASYA
Principal in Investigator

Nama Institusi : UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
Name of the Institution

Title
HUBUNGAN USIA DAN PARITAS DENGAN KEJADIAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RSUD CUT MEUTIA

THE RELATIONSHIP BETWEEN AGE AND PARITY WITH THE INSIDENCE OF HYPEREMESIS GRAVIDARUM AT CUT MEUTIA REGIONAL HOSPITAL

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1.) Nilai Sosial 2.) Nilai Ilmiah 3.) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4.) Risiko, 5.) Bujukan/eksploitasi, 6.) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7.) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indicator pada setiap standar.


It is declared ethically feasible according to 7 (seven) WHO 2011 Standards, namely 1.) Social Values 2.) Scientific Values 3.) Equal distribution of burdens and benefits, 4.) Risks, 5.) Persuade/exploitation, 6.) Confidentiality and Privacy, and 7.) Approval Before Explanation, which refers to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfillment of indicators in each standard.

Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 18 November 2025 sampai dengan 18 November 2026

This ethical statement is valid for the period from November 18, 2025 to November 18, 2026

Lhokseumawe, 18 November 2025
 Komite Etik Penelitian Kesehatan
 Rumah Sakit Umum
 Cut Meutia
 dr. *[Signature]* Pitria, Sp.PD., FINASIM
 NIP. 197709152003122005

Lampiran 7. Surat Izin Penelitian



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS,
DAN TEKNOLOGI**
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jl. Cot Tengku Nie - Reuleut, Kecamatan Muara Batu, Kabupaten Aceh Utara
Email: fk@unimal.ac.id Laman: <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 3085/UN45.2.6/DT.02.02/2025 25 November 2025
Hal : Permohonan izin penelitian

Yth,
Direktur RSUD Cut Meutia Aceh Utara
di –
Tempat


Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian oleh mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh dalam rangka Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon untuk dapat diberikan izin kepada:

Nama : Dhea Wulan Natasya
NIM : 220610023
Judul Skripsi : Hubungan Usia Dan Paritas Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum di RSUD Cut Meutia

Untuk melakukan penelitian pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin sesuai dengan aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Dekan,



dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)
NIP.198003172009121002

Tembusan:
1. Ketua Jurusan Kedokteran Fakultas Kedokteran;
2. Yang bersangkutan.



Surat ini ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Universitas Malikussaleh. Untuk mengecek keaslian dokumen dengan scan pada QRcode. Informasi Elektronik dan/atau Dokumen dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN ACEH UTARA RUMAH SAKIT UMUM CUT MEUTIA KABUPATEN ACEH UTARA JLN. BANDA ACEH - MEDAN KM. 6 TELP. (0645) 46334 - 46222 FAX. 46222 BUKET RATA-LHOKSEUMAWE ACEH	
Kode RS : 1174016		Kode Pos : 24375

Lhokseumawe, 06 Februari 2026

Nomor : 897/1466

Lampiran : -

Perihal : **Selesai Penelitian**

Kepada,

Yth. Dekan Bidang Akademik

Universitas Malikussaleh

di-

Lhokseumawe

1. Sehubungan dengan surat saudara Nomor: 3085/UN45.2.6/DJ.02.02/2025 tanggal 25 November 2025, maka bersama ini kami beritahukan yang mana:

Nama : Dhea Wulan Natasya

NPM : 220610023

Prodi : S-1 Kedokteran

2. Benar nama yang tersebut diatas telah selesai melakukan penelitian di RSUD Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara pada tanggal 08 Januari s/d 06 Februari 2026 dengan Judul "Hubungan Usia dan Paritas Dengan Kejadian Hiperemesis Gravidarum di RSUD Cut Meutia"

3. Demikian agar dapat dipergunakan seperlunya.

a/n Direktur RSUD Cut Meutia
Kabupaten Aceh Utara
Kabid Penelitian, Pendidikan, dan
Pengembangan Rumah Sakit



YUSRIZAL, SKM., M.Pd

Pembina TK.I

Nip.19690809 199203 1 002