

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kasus

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum yang kemudian berproses menjadi nidasi atau implantasi. Dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu.

Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester yaitu trimester 1 yang berlangsung dalam kehamilan sampai 12 minggu, trimester kedua dalam kehamilan 13-27 minggu, trimester 3 dalam kehamilan 28-40 minggu (Prawirohardjo, Sarwono, 2018).

b. Proses Terjadinya Kehamilan

Kehamilan merupakan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak kemungkinan untuk dapat menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan bertahan fertilisasinya selama 2-4 hari, dan dilanjutkan dengan nidasi (Sunarti, 2013).

Proses terjadinya pembuahan dimulai dengan sel telur yang dihasilkan dari indung telur atau ovarium pada wanita, pada saat terjadinya ovulasi wanita akan melepaskan sel telur yang sudah matang tersebut hal ini akan terjadi setiap bulannya dan akan di tangkap oleh rumbai- rumbai (microfilamen fimbria) akan dibawa masuk oleh rumbai ke dalam rahim proses ini akan melalui saluran telur atau yang disebut istilah medisnya tuba (tuba fallopi). Setelah dibawa masuk untuk masa bertahan sel ini 12- 48 jam setelah ovulasi. Pada laki – laki setiap hari akan menghasilkan sperma karena yang berkerja adalah testis dan ketika akan melakukan hubungan intim atau yang disebut senggama (coitus), maka berjuta – juta sel sperma pada laki-laki yang akan masuk ke

dalam rahim wanita melewati saluran sel telur untuk mencari sel telur yang akan dibuahi karena yang akan dibuahi hanya satu sel telur yang terbaik. (Manuaba, 2012 : 75).

c. Tanda – tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan diagnosis kehamilan ditetapkan dengan adanya penilaian terhadap tanda dan gejala kehamilan. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil mengakibatkan adanya tanda-tanda kehamilan. Tanda- tanda kehamilan tersebut antara lain: tanda tidak pasti (presumptive sign), tanda kemungkinan (probability sign), dan tanda pasti (positive sign) (Ummi Hani;dkk, 2014 : 72).

1). Tanda pasti kehamilan

- a). Gerakan janin dalam rahim.
- b). Terdengar adanya denyut jantung janin
- c). Teraba adanya bagian-bagian janin
- d). Terlihat adanya gambaran janin melalui USG (ultrasonografi)

2). Tanda tidak pasti hamil

- a). Amenorea (Tidak Menstruasi)
- b). Mual (nausea) dan muntah (emesis).
- c). Mengidam
- d). Kelelahan
- e). Pingsan
- f). Payudara tegang
- g). Sering buang air kecil
- h). Sulit buang air besar
- i). Perubahan pigmentasi kulit di daerah tertentu ; leher, areola mammae.
- j). Varises (munculnya pelebaran pembuluh darah, misalnya dibagian : kaki dan betis.
- k). Epulsif (pembengkakan pada gusi).

3). Tanda kemungkinan hamil

- a). Pembesaran perut.
- b). Tanda Hegar.

- c). Tanda Goodle.
- d). Tanda Chadwicks.
- e). Tanda Picaseck.
- f). Kontraksi Braxton Hicks.
- g). Teraba Ballotement.
- h). Pemeriksaan tes kehamilan (Planotest) positif.

d. Perubahan Fisiologi pada Ibu Hamil

1). Perubahan Fisiologi Ibu Hamil

a). Uterus

Uterus semakin membesar karena hormone estrogen dan progesterone yang kadarnya meningkat. Sehingga, menyebabkan hipertrofi otot polos uterus dan hipervaskularisasi karena pertumbuhan janin, penambahan amnion, dan perkembangan plasenta dari 30gr menjadi 1000gr. (Ummi hani ; dkk, 2014 : 51)

b). Vagina dan Vulva

Meningkatnya produksi lendir oleh mukosa vagina menyebabkan keputihan dan hipervaskularisasi pada vagina sehingga muncul livide (Ummi hani ; dkk, 2014 : 52).

c). Ovarium

Tidak terjadi pembentukan folikel baru dan hanya terlihat perkembangan dari korpus luteum menyebabkan amenorea (Ummi hani; dkk, 2014 : 52)

d). Payudara

Terjadi hipervaskularisasi pembuluh darah akibat meningkatnya hormon esterogen dan progesteron. Selain itu, juga terdapat peningkatan hormon somatomammotropin untuk produksi ASI sehingga payudara lebih besar (Ummi hani ; dkk, 2014 : 53).

e). Sistem Respirasi

Terjadi perubahan pada pusat pernafasan yang berfungsi meningkatkan kadar O₂, hipervaskularisasi, penekanan diafragma oleh uterus (Ummi hani ; dkk, 2014 : 50)

f). Sistem Endokrin

Selama menstruasi normal, hipofisi anterior memproduksi LH dan FSH. FSH akan merangsang folikel degraaf untuk menjadi matang dan berpindah kepermukaan ovarium dimana ia dilepaskan (Merryana, 2016).

g). Sistem Perkemihan

Selama kehamilan ginjal bekerja lebih berat karena menyaring darah yang volumenya meningkat 30%-50% atau lebih, serta uterus yang membesar mengakibatkan kandung kemih tertekan dan menyebabkan sering berkemih (Sunarti, 2013:48).

e. Ketidaknyamanan Pada Trimester I, II, III.

Sebagai bidan penting untuk membedakan ketidaknyamanan yang umum dalam kehamilan tidak mengancam bahaya. Walaupun ketidaknyamanan yang umum dalam kehamilan tidak mengancam keselamatan jiwa ibu, tetapi hal tersebut dapat mengganggu ibu. Sebagai seorang bidan harus dapat memberikan asuhan kebidanan untuk mengatasi keluhan-keluhan tersebut.

1). Ketidaknyamanan Trimester I

Tabel 1 ketidaknyamanan pada Trimester I

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Mual dan Muntah	a).Melakukan pengaturan pola makan. b). Menghindari stress. c). Meminum air jahe. d). Menghindari minuman kopikafein, tembakau dan alkohol.
2.	Hipersaliva	a). Mengonsumsi vit B6 1,5mg/hari. b). Menyikat gigi. c). Berkumur. d). Menghisap perment yang mengandung mint.
3.	Pusing	a). Istirahat dan tidur serta menghilangkan stress. b). Mengurangi aktivitas dan menghemat energi. c). Kolaborasi dengan dokter kandungan.

4.	Mudah lelah	a).Melakukan pemeriksaan kadar zat besi b).Menganjurkan ibu untuk minum lebih banyak. c).Menganjurkan ibu untuk beristirahat disiang hari.
5.	Peningkatan frekuensi berkemih	a).Latihan kegel b).Menganjurkan ibu buang air kecil secara teratur. c).Menghindari penggunaan pakaian yang ketat.
6.	Konstipasi	a). Konsumsi makanan berserat. b).Terapi farmakologi berupa laxatif oleh dokter kandungan
7.	Heartburn	a). Menghindari makan tengah malam. b). Menghindari makan porsi besar. c). Memposisikan kepala lebih tinggi saat tidur telentang. d). Mengunyah permen karet. e). Tidak mengonsumsi rokok maupun alkohol.

Sumber : Irianti,Bayu,dkk. (2013. H:56)

2). Ketidaknyamanan Trimester II

Tabel 2 ketidaknyamanan pada Trimester II

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Pusing	a). Cukup istirahat b). Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi duduk. c). Jangan melewatkan waktu makan. d). Hindari berdiri dalam waktu yang lama. e). Berbaring miring ke kiri.
2.	Sering berkemih	a). Minum disiang hari dan mengurangi minum pada malam hari. b). Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur. c). Menghindari penggunaan pakaian ketat.
3.	Nyeri perut bagian bawah	a). Menghindari berdiri tiba-tiba dari posisi jongkok.

		b). Mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik
4.	Nyeri punggung	a). Memberi tahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya. b). Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas dan memperbanyak istirahat.
5.	Flek kehitaman pada wajah dan sikatri	a). Anjurkan ibu memakai lotion b). Menganjurkan ibu menggunakan bra yang berukuran besar. c). Menganjurkan ibu untuk diet seimbang.
6.	Sekret vagina berlebih	a). Mengganti celana dalam bila basah atau lembab b). Menjaga kebersihan alat reproduksi
7.	Konstipasi	a). Mengonsumsi makanan berserat. b). Memenuhi kebutuhan cairan. c). Melakukan olahraga ringan secara rutin.
8.	Penambahan berat badan	a). Memberi tahu makanan yang baik untuk dikonsumsi. b). Memenuhi asupan kalori.
9.	Pergerakan janin	a). Mengajarkan ibu untuk merasakan pergerakan janin.
10.	Perubahan fisiologis	a). Memberikan informasi-informasi kehamilan yang dibutuhkan ibu. b). Memberi dukungan kepada ibu. c). Melibatkan orang terdekat suami atau keluarga di setiap asuhan

Sumber : Irianti,Bayu,dkk,(2013,h:84)

3). Ketidaknyamanan pada Trimester III

Tabel 3 ketidaknyamanan pada Trimester III

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Sering buang air kecil	a). Ibu hamil disarankan untuk tidak minumsaat 2-3 jam sebelum tidur. b). Kosongkan kandung kemih sesaat sebelum tidur. c). Agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi, sebaiknya minum lebih banyak pada siang hari
2.	Pegal-pegal	a). Sempatkan untuk berolahraga.

		<p>b). Senam hamil.</p> <p>c). Mengonsumsi makanan dan susu yang kaya kalium.</p> <p>d). Jangan berdiri, duduk, jongkok terlalu lama.</p> <p>e). Anjurkan istirahat tiap 30 menit.</p>
3.	Hemoroid	<p>a). Hindari konstipasi.</p> <p>b). Makan makanan berserat dan perbanyak minum air putih.</p> <p>c). Mengompres dengan air es atau air hangat.</p> <p>d). Bila memungkinkan, gunakan jari untuk memasukan kembali hemoroid pelan-pelan ke dalam anus.</p> <p>e). Bersihkan anus dengan hati-hati sesudah defekasi.</p> <p>f). Usahakan BAB dengan teratur.</p> <p>g). Ajarkan ibu dengan posisi <i>knee chest</i> 15 menit/hari.</p> <p>h). Senam kegel untuk menguatkan perineum dan mencegah hemoroid.</p> <p>i). Konsultasi terlebih dahulu ke dokter sebelum menggunakan obat hemoroid.</p>
4.	Kram dan nyeri pada kaki	<p>a). Lemaskan bagian yang kram dengan cara di urut.</p> <p>b). Pada saat bangun tidur, jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak.</p> <p>c). Meningkatkan asupan kalsium.</p> <p>d). Meningkatkan asupan air putih.</p> <p>e). Melakukan senam ringan.</p> <p>f). Istirahat yang cukup</p>
5.	Gangguan pernafasan	<p>a). Latihan nafas melalui senam hamil.</p> <p>b). Tidur dengan bantal yang tinggi.</p> <p>c). Makan tidak terlalu banyak.</p> <p>d). Konsultasi dengan dokter apabila ada kelainan asma,dll.</p>
6.	Oedema	<p>a). Meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring kiri.</p> <p>b). Meninggikan kaki bila seang duduk.</p> <p>c). Meningkatkan asupan protein.</p> <p>d). Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas</p>

		cairan sehari untuk membantu diuresis natural. e). Menganjurkan pada ibu untuk cukup berolahraga.
7.	Perubahan libido	a). Informasikan pada pasangan bahwa masalah ini normal dan dipengaruhi oleh hormon estrogen atau kondisi psikologis. b). Menjelaskan pada ibu dan suami untuk mengurangi hubungan seksual. c). Menjelaskan pada keluarga perlu pendekatan dengan memberikan kasih sayang pada ibu.

Sumber : (Hutaean. Serri, 2013, h; 150)

2. Emesis Gravidarum

a. Pengertian Emesis Gravidarum

Mual dan muntah atau dalam bahasa medis disebut *emesis gravidarum* atau *morning sickness* merupakan suatu kondisi mual yang terkadang disertai muntah (frekuensi kurang dari 5 kali). Selama kehamilan sebanyak 70-85% wanita mengalami mual muntah (Wegrzyniak, dkk 2012)

Mual muntah saat kehamilan terjadi karena peningkatan jumlah hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi oleh Human Chorionic Gonadotropine (HCG) dalam serum dalam dari plasenta (Manuaba, 2013).

Emesis gravidarum adalah gejala yang sering sekali terjadi pada kehamilan trimester I. Faktor predisposisi yang dapat menyebabkan mual muntah adalah usia, pekerjaan dan paritas, dimana pada primigravida lebih sering terjadi mual dan muntah (Vicki dan Herdini, 2012).

b. Gejala Klinis Emesis Gravidarum

Emesis gravidarum keluhan yang umum yang disampaikan saat awal kehamilan. Gejala klinis emesis gravidarum adalah pusing, terutama pagi hari, disertai mual muntah. Sebagian besar emesis gravidarum saat hamil dapat diatasi dengan obat jalan, serta pemberian obat penenang dan anti-muntah. Tetapi, jika tidak dapat mengatasi mual

muntah yang berkelanjutan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari akan berdampak menjadi hiperemesis gravidarum yaitu akan menyebabkan kekurangan cairan, dan terganggunya keseimbangan elektrolit (Manuaba,2010).

Hampir 50-90% wanita hamil mengalami mual muntah pada trimester pertama. Mual dan muntah dianggap sebagai sebuah konsekuensi diawal kehamilan yang dapat menimbulkan dampak pada wanita. Separuh dari wanita hamil hanya karena mencium bau makanan tertentu akan mengalami mual muntah. Pada primipara mual dan muntah terjadi 60-80% dan pada multipara 40-60% (Hutahaen, 2013)

c. Tingkatan mualmuntah

Batasan yang jelas antara mual yang masih fisiologik dalam kehamilan dengan hiperemesis tidak ada tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh sebaiknya dianggap sebagai hiperemesis gravidarum (Prawirohardjo, 2012). Menurut berat dan ringannya gejala, dibagi menjadi tiga gejala ;

1). Stadium pertama

Mual dapat dijelaskan sebagai perasaan yang sangat tidak enak di belakang tenggorokan dan epigastrium sering menyebabkan muntah. Terdapat berbagai aktivitas saluran cerna yang berkaitan dengan mual seperti meningkatnya saliva, menurunnya tonus lambung dan peristaltik.

2). Stadium kedua

Retching merupakan suatu keinginan untuk muntah, sering kali menyertai mual dan terjadi sebelum muntah, terdiri atas kontraksi otot lambung dan diafragma yang kuat untuk muntah.

3). Stadium ketiga

Muntah merupakan suatu refleks yang menyebabkan dorongan pengeluaran isi lambung ke mulut. Pusat muntah menerima masukan dari korteks serebal, organ vestibular, daerah pemicu kemoreseptor (Prawirohardjo, 2012).

d. Faktor yang Mempengaruhi

1). Hormonal

Kehamilan dapat mengakibatkan berbagai perubahan fisik, psikis, dan juga hormonal pada tubuh ibu. Hal tersebut dapat menimbulkan macam-macam keluhan, salah satunya yaitu mual. Mual muntah biasanya timbul sejak usia kehamilan 5 minggu, yang dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 8-12 minggu dan berakhir pada usia kehamilan 16-18 minggu. (Pratami, 2016).

Mual muntah saat kehamilan terjadi karena peningkatan jumlah hormon estrogen dan progesteron yang diproduksi oleh Human Chorionic Gonadotropine (HCG) dalam serum dalam dari plasenta (Manuaba, 2013).

2). Faktor Psikososial

Diagnosis pada kehamilan sering diperkuat oleh hasil dari kecurigaan yang dipicu oleh keadaan mual dan muntah, tanpa adanya etiologi lain. Mengetahui akan menjadi orang tua merupakan hal yang akan menyebabkan konflik emosi, termasuk kegembiraan dan penantian, kecemasan, tentang kesehatan ibu dan bayi serta kekhawatiran tentang pekerjaan, keuangan, atau hubungan dengan suami. Sering kali muncul adanya perasaan ambivalen terhadap kehamilan dan bayi, dan juga pada beberapa wanita hal ini mungkin akan membuat mereka sedih dikarenakan sebentar lagi mereka akan kehilangan kebebasan mereka. Mungkin saja ada gangguan persepsi, ketidakpercayaan mengenai ketakutan nyata akan meningkatnya tanggungjawab. Masalah pada psikologis dapat memprediksi beberapa wanita untuk mengalami mual dan muntah dalam kehamilan, atau memperburuk gejala yang sudah ada atau mengurangi kemampuan untuk mengatasi gejala “normal”. Seorang wanita yang mengalami kesulitan dalam membina hubungan, rentan terhadap masalah dengan distress emosional menambah ketidaknyamanan fisik. Syok dan adaptasi yang dibutuhkan jika kehamilan ditemukan kembar, atau kehamilan

terjadi dalam waktu berdekatan, juga dapat menjadi faktor emosional yang membuat mual dan muntah menjadi lebih berat (Tiran,2009).

3). Pekerjaan

Dalam perjalanan ketempat kerja yang mungkin terburu-buru di pagi hari tanpa waktu yang cukup untuk sarapan juga dapat menyebabkan mual dan muntah. Tergantung pula pada sifat pekerjaan wanita, aroma, zat kimia, atau lingkungan dapat menambah rasa mual wanita dan menyebabkan mereka muntah. Merokok juga terbukti dapat memperburuk gejala mual dan muntah, akan tetapi tidak jelas apakah ini disebabkan oleh efek olfaktorius (penciuman) atau efek nutrisi, atau apakah dapat dibuat asumsi mengenai hubungan antara kebiasaan praktik dan distress psikoemosional. Tentu saja banyak wanita yang sering kali mengalami mual dan muntah karena akan membenci bau asap rokok dan tembakau (Tiran,2009).

4). Paritas

Pada sebagian besar primigravida belum mampu beradaptasi dengan hormon estrogen dan koreonik gonadotropin sehingga akan lebih sering terjadi emesis gravidarum. Sedangkan pada multigravida dan grande multigravida kemungkinan besar sudah mampu beradaptasi dengan hormon estrogen dan koreonik gonadotropin dikarenakan sudah mempunyai pengalaman terhadap kehamilan dan melahirkan (Prawirohardjo, 2009).

Paritas adalah jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati. Paritas 2 sampai 3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi lebih dari 3 memiliki angka maternal yang tinggi karena dapat terjadi gangguan endometrium. Penyebab gangguan endometrium tersebut dikarenakan kehamilan berulang. Sedangkan pada paritas pertama berisiko karena rahim baru pertama kali menerima hasil konsepsi dan keluwesan otot rahim untuk pertumbuhan janin (Prawirohardjo, 2014).

e. Pengukuran Mual Muntah

Pengukuran bisa dilakukan dengan cara berdasarkan jawaban ya atau tidak untuk pertanyaan yang spesifik dari klien yaitu yang berkaitan dengan munculnya mual dan muntah. Klien diberi berupa pertanyaan frekuensi, intensitas dan durasi mual merupakan karakteristik yang paling penting yang biasa diukur dalam percobaan klinis. Frekuensi berapa kali mengalami mual dan muntah dalam waktu 24 jam, lamanya dan waktu mual muntah. Emesis gravidarum tingkat ringan yaitu apabila klien mengalami mual sebanyak 1-5 kali, tingkat sedang apabila klien mengalami mual sebanyak 6-10 kali, mual tingkat berat apabila klien mengalami mual sebanyak 11-15 kali. Pregnancy Unique Quantification of Emesis adalah lembar observasi yang bisa digunakan untuk mengukur frekuensi mual dan muntah atau biasa digunakan lembar observasi hiperemesis gravidarum pada ibu hamil trimester pertama (Ebrahimi, et al, 2010).

f. Bahaya Emesis Gravidarum

Emesis gravidarum dalam keadaan normal tidak banyak menimbulkan efek negatif. Namun, apabila emesis gravidarum tidak ditangani dapat beresiko menjadi hiperemesis gravidarum. Kemudian, menyebabkan gangguan pada kehamilan misalnya; dehidrasi, pasien dapat mengalami syok, menghambat tumbuh kembang janin, gangguan keseimbangan elektrolit, cadangan karbohidrat dalam tubuh ibu akan habis, robekan pada selaput jaringan esophagus dan lambung dapat terjadi bila muntah terlalu sering dan memiliki resiko yang lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, prematur, dan nilai apgar kurang dari tujuh (Manuaba, 2012)

g. Penatalaksanaan Emesis Gravidarum

1. Farmakologi

- a. Vitamin B6
- b. Antimetik
- c. Antihistamin

2. Non Farmakologi

- d. Aromaterapi
- e. Perubahan diet
- f. Pengobatan herbal (**Jahe**, peppermint, sereh)
- g. Akupresur
- h. Akupunktur

Penanganan pada emesis gravidarum tergantung juga pada tingkat keparahan gejala yang dirasakan. Pengobatan dapat menggunakan terapi farmakologis dan juga nonfarmakologis. Terapi farmakologis yang biasa dilakukan yaitu dengan pemberian antiemetik, antihistamin, antikolinergik dan kortikosteroid. Sedangkan terapi non farmakologis yang dapat dilakukan yaitu dengan pengaturan diet, dukungan emosional, akupunktur, perubahan pola hidup, istirahat, tidur dan dengan pemberian pengobatan herbal/alamiah seperti jahe maupun peppermint (Tiran,2009).

Mual muntah dapat diatasi secara non farmakologi. Secara non farmakologi yaitu dengan melakukan tindakan pencegahan dan dengan pengobatan tradisional. Salah satu pengobatan tradisional adalah dengan meminum teh jahe, memakan permen jahe ataupun minum air rebusan jahe (Ardani, 2014)

3. Konsep Dasar Jahe

a. Definisi Jahe

Jahe (*Zingiber officinale*), adalah tanaman rimpang yang sangat populer sebagai rempah-rempah dan bahan obat. Rimpangnya berbentuk jemari yang menggembung di ruas-ruas tengah. Rasa dominan pedas disebabkan senyawa keton bernama zingeron (Tata Gunawan, 2013).



Gambar 1 Jahe Gajah

Divisi : Spermatophyta.
 Sub-divisi : Angiospermae.
 Kelas : Monocotyledoneae.
 Ordo : Zingiberales.
 Famili : Zingiberaceae.
 Genus : Zingiber.
 Species : Zingiber officinale

Tabel 4. Komposisi Unsur –Usur di Dalam 100 gram Jahe

Kandungan	Jumlah
Protein	8.6%
Karbohidrat	66.5%
Lemak	6.4%
Serat	5.9%
Abu	5.7%
Kalsium	0.1%
Fosfor	0.15%
Zat besi	0.011%
Sodium	0.3%
Potasium	1.4%
Vitamin A	175 IU
Vitamin B1	0.05 mg
Vitamin B2	0.13 mg
Vitamin C	12 mg
Niasin	1.9%

Sumber : Tata Gunawan, 2013

Pemanfaatan jahe oleh manusia yaitu pada bagian rimpangnya. Rimpang jahe mengandung minyak asitri dimana di dalamnya terkandung beberapa senyawa seperti Zingeron, seskuiterpen, oleoresin, zingiberen, limonen, kamfena, sineol, zingiberal, sitral, felandren, dan borneol. Selain itu, terdapat juga damar, pati, vitamin A, B, C, senyawa flavonoid dan polifenol, serta asam organik seperti asam malat dan asam oksalat (Tata Gunawan, 2013).

Keunggulan utama jahe adalah kandungan minyak atsiri yang memiliki efek menyegarkan dan memblokir reflek muntah, sedangkan gingerol mempunyai khasiat untuk memperlancar peredaran darah dan membuat saraf-saraf bekerja dengan baik. Sehingga, ketegangan otot saraf dapat dirilekskan, kepala jadi segar, mual dan muntah ditekan. Aroma harum jahe dihasilkan dari minyak atsiri, sedangkan oleoresinnya zingiberol, zingerol, dan shogaol menghasilkan rasa pedas yang dapat menghangatkan tubuh serta mengeluarkan keringat (Nikita, 2011).

Minyak atsiri jahe mengeluarkan aroma khas yang terbentuk dari zat zingiberol. Kemudian pada saat jahe diminum dan dihirup molekul yang mudah menguap dari minyak tersebut akan merangsang memori dan respon emosional. Kemudian akan merangsang hipotalamus yang berperan sebagai relay dan regulator, memunculkan pesan-pesan yang harus disampaikan ke bagian otak serta yang lainnya. Pesan yang diterima kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia yang menyebabkan relaks. Jahe juga bekerja menghambat reseptor serotonin dan menimbulkan efek antiemetic pada sistem gastrointestinal dan sistem susunan saraf pusat (Retno, 2018)

Mekanisme Jahe dalam Mengurangi Mual dan Muntah dalam Kehamilan

Mekanisme jahe memiliki efek langsung dalam saluran pencernaan dengan meningkatkan pergerakan lambung, serta absorpsi racun dan asam. Jahe dipercaya sebagai pemberi perasaan nyaman dalam perut sehingga dapat mengatasi mual muntah karena kandungan minyak atsiri Zingiberena, Zingiberol, Bisabilena, Kurkuman, Gingerol, Flandrena, vit A dan resin pahit. Kandungan zat-zat tersebut dapat memblokir serotonin yaitu suatu neurotransmitter sistem saraf pusat dan sel-sel enterokromafin dalam saluran pencernaan dengan menghambat induksi HCG ke lambung (Indrayani, I.M,dkk 2017)

Minyak atsiri terdapat di dalam kandungan jahe (minyak aromaterapi yang berbahan dasar wangi-wangian yang digunakan untuk

pengobatan alami) Zingiberol, kurkumen, flandrena, bisabilena, zingiberena (zingirona), gingerol, resin pahit dan vitamin A yang bisa menghalangi serotonin yang merupakan neuro transmitter pada neuron-neuron serotonergis yang disintesiskan sel-sel enterokromafin serta sistem saraf pusat ke dalam saluran pencernaan yang kemudian diyakini dapat mengatasi mual dan muntah karena memberi rasa nyaman dalam perut (Ahmad et al., 2015).

b. Pembuatan Air Jahe

Ekstrak jahe memang terbukti efektif untuk mengurangi keluhan mual muntah, tapi penggunaannya pada ibu hamil masih kontroversi. Beberapa peneliti menganjurkan dosis ekstrak jahe yang aman untuk konsumsi ibu hamil dibawah 1000 mg/hari (Ramadhan, Ahmad.2013)

Adapun cara pembuatan air jahe untuk mengurangi mual muntah pada ibu hamil, yaitu :

Alat dan Bahan :

1. Jahe ±1 cm (1 gram)
2. Air 2 gelas (±400 ml)
3. Madu atau Gula merah (10 gram)
4. Teko teh
5. Gelas

Cara membuat :

1. Ambil jahe segar yang sudah dikupas dan dicuci.
2. Parut jahe.
3. Kemudian, ambil teko teh dan tuangkan air ke dalamnya 400ml dan letakkan diatas kompor dengan api sedang.
4. Rebus selama beberapa menit kemudian masukkan jahe parut.
5. Tunggu hingga mendidih, kemudian angkat air jahe.
6. masukkan air jahe kedalam gelas. Tambahkan gula merah 2 sendok teh aduk hingga rata.
7. Minum 200ml air jahe pagi hari dan 200ml sore hari.

(Harahap et al. 2021)

Zat aktif shogaol dan gingerol yang terdapat pada jahe berfungsi

untuk membangkitkan energi serta mempunyai efek anti mual, anti muntah, analgesik, sedatif, antipiretik dan anti bakterial. Bahkan, para ahli menyebutnya jahe merupakan jenis tanaman antioksidan terkuat sedunia (Koswara, S., 2011).

B. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus Tersebut

Berdasarkan Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan, bahwa pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya perempuan, bayi, dan anak yang dilaksanakan oleh bidan masih dihadapkan pada kendala profesionalitas, kompetensi, dan kewenangan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan.

1. Pasal 18 Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :
 - a. Pelayanan kesehatan ibu;
 - b. Pelayanan kesehatan anak; dan
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. Pasal 19
 - a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
 - b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - 1) Konseling pada masa sebelum hamil;
 - 2) Antenatal pada kehamilan normal;
 - 3) Persalinan normal;
 - 4) Ibu nifas normal;
 - 5) Ibu menyusui; dan
 - 6) Konseling pada masa antara dua kehamilan.
 - c. Memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :
 - 1) Episiotomi;
 - 2) Pertolongan persalinan normal;

- 3) Penjahitan luka jalan lahir tingkat i dan ii;
- 4) Penanganan kegawat-daruratan ; dilanjutkan dengan perujukan;
- 5) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- 6) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- 7) Penyuluhan dan konseling;
- 8) Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- 9) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 18, bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan;

- a. Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

4. Pasal 23

Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
- b. Kewenangan tenaga kesehatan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

C. Hasil Penelitian Terkait

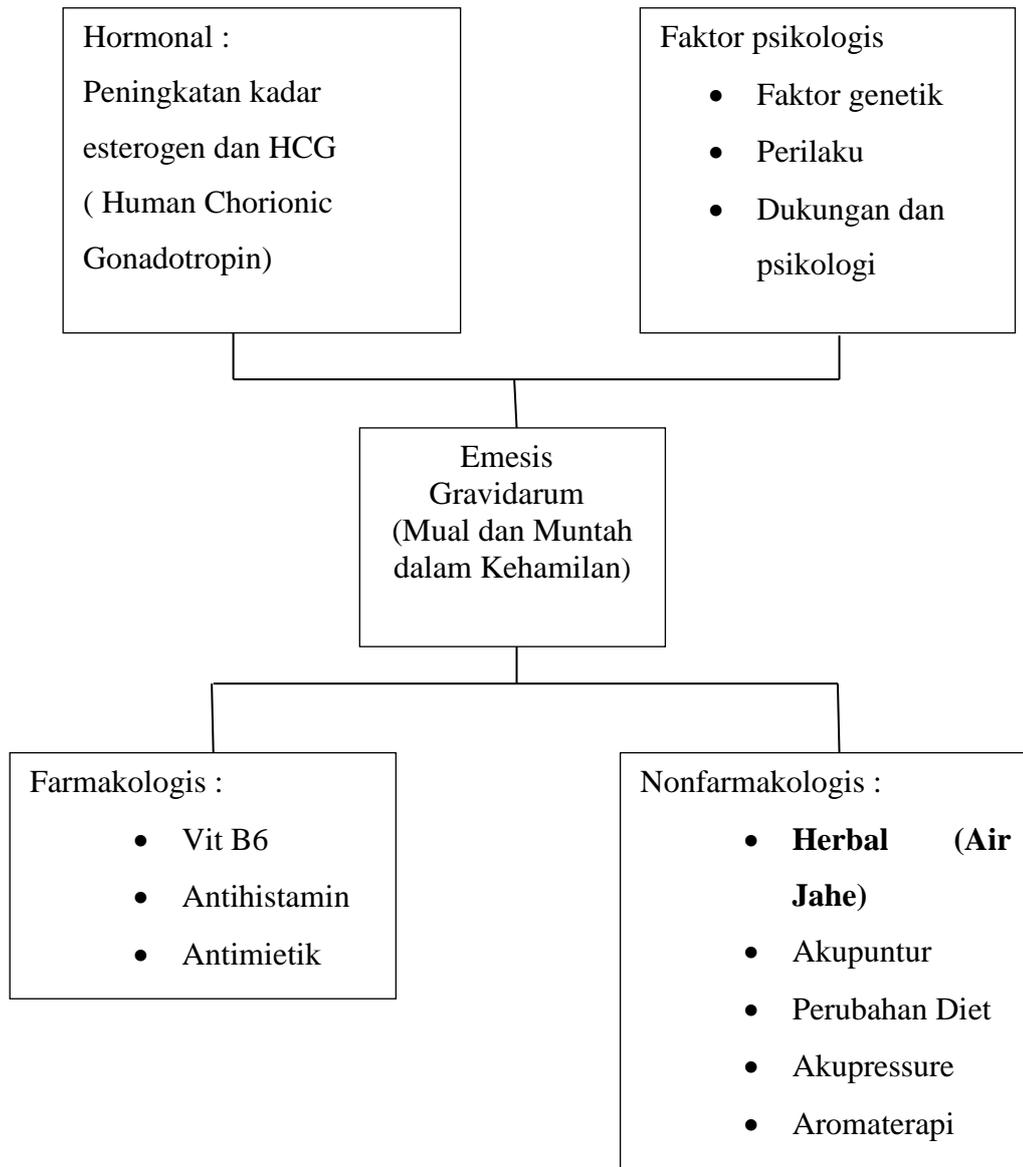
Dalam penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis terinspirasi dan mereferensi dari penelitian – penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan latar belakang masalah pada laporan tugas akhir ini. Berikut ini penelitian yang berhubungan dengan laporan tugas akhir ini antara lain :

1. Penelitian yang dilakukan oleh Dini defrin (2018) di puskesmas pekkabata Kec. Polewali Kab. Polewali Mandar. Menunjukkan pengaruh pemberian minuman jahe terhadap mual muntah ibu hamil trimester 1. Menunjukkan hasil penelitian dari 15 responden, 10 responden mual muntah ≥ 4 kali sehari sebelum diberikan minuman jahe dan setelah diberikan minuman jahe mual muntah ≥ 4 ada 2 responden. Sedangkan, dari 15 responden

terdapat 5 responden yang mengalami mual muntah < 4 kali sehari sebelum diberikan minuman jahe dan setelah diberikan minuman jahe mengalami mual muntah < 4 kali dalam sehari sebanyak 13 responden.

2. Penelitian yang dilakukan Dewi Aprilia Ningsih, dkk (2020) yang dapat disimpulkan bahwa setelah diberikan seduhan jahe terdapat 22 responden dengan emesis gravidarum. Sebelum dilakukan pemberian minuman jahe frekuensi muntah sebesar ≥ 9 kali/hari. Frekuensi mual muntah mulai turun dihari ke 3 dimana responden yang mengalami emesis gravidarum berat sudah tidak ada. Sedangkan, rata – rata setelah diberikan minuman jahe frekuensi muntah menjadi < 5 kali/hari. Terdapat perbedaan rata – rata frekuensi sebelum dan sesudah pemberian minuman jahe. Pemberian seduhan jahe efektif dalam mengurangi frekuensi mual dan muntah pada ibu hamil trimester I.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Ayu Ardani (2014) yang berjudul “Perbandingan Efektifitas Pemberian Terapi Minuman Jahe dengan Minuman Kapulaga Terhadap Morning Sickness pada Ibu Hamil Trimester I di Kelurahan Ngempon Kecamatan Bergas Kabupaten Semarang. Semarang” menunjukkan hasil bahwa terapi minuman jahe efektif dalam mengurangi mual muntah pada ibu hamil trimester 1.

D. Kerangka Teori



Gambar 2 Kerangka Teori

Sumber : Surinah (2009), Tiran (2010), Masruroh dan Wulan (2016)