

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antarakehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Sukarni dan Wahyu, 2013).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yulistiana, 2015).

2. Proses Kehamilan

a. Fertilisasi

Fertilisasi atau pembuahan terjadi saat oosit sekunder yang mengandung ovum dibuahi oleh sperma atau terjadi penyatuan ovum dan sperma. Penetrasi zona pelusida memungkinkan terjadinya kontak antara spermatozoa dan membran oosit. Membran sel germinal segera berfungsi dan sel sperma berhenti bergerak. Tiga peristiwa penting terjadi dalam oosit akibat peningkatan kadar kalsium intraseluler yang terjadi pada oosit saat terjadi fusi antara membran sperma dan sel telur. Ketiga peristiwa tersebut adalah blok primer terhadap polispermia, reaksi kortikal dan blok sekunder terhadap polispermia. Setelah masuk ke dalam sel telur,

sitoplasma sperma bercampur dengan sitoplasma sel telur dan membran inti (nukleus) sperma pecah. Pronukleus laki-laki dan perempuan terbentuk (zigot). Sekitar 24 jam setelah fertilisasi, kromosom memisahkan diri dan pembelahan sel pertama terjadi (Heffner, 2008).

b. Nidasi

Umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus, dekat pada fundus uteri. Jika nidasi ini terjadi, barulah dapat disebut adanya kehamilan. Bila nidasi telah terjadi, mulailah terjadi diferensiasi zigot menjadi morula kemudian blastula (Sukarni dan Wahyu, 2013). Blastula akan membelah menjadi glastula dan akhirnya menjadi embrio sampai menjadi janin yang sempurna di trimester ketiga (Saifullah, 2015).

3. Perubahan Fisiologi Kehamilan Terhadap Sistem Tubuh

Menurut (Kumalasari, Intan 2015) menuliskan bahwa perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi adalah sebagai berikut :

a. Sistem reproduksi

1) Uterus

Tumbuh membesar primer maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasia jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus.

2) Vulva/vagina

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, menyebabkan warna menjadi merah kebiruan (tanda Chadwick)

3) Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat.

4) Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Mammae membesar dan kencang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanotor. Puting susu membesar dan menonjol.

b. Peningkatan berat badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6 sampai 16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/ cairan intrauterin.

c. Perubahan pada organ-organ sistem tubuh lainnya :

- 1) Sistem respirasi; kebutuhan oksigen meningkat sampai 20%, selain itu diafragma juga terdorong naik ke kranial terjadi hiperventilasi dangkal akibat kompensasi dada menurun. Volume tidal meningkat, volume residu paru dan kapasitas vital menurun.
- 2) Sistem gastrointestinal; estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah, selain itu terjadi juga perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/perasaan ingin makan terus.
- 3) Sistem sirkulasi/kardiovaskuler; tekanan darah selama pertengahan pertama masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg.

Selama trimester ketiga tekanan darah ibu hamil harus kembali ke nilai tekanan pada trimester pertama

- 4) Sistem integumen; Striae gravidarum, Linea nigra, dan Chloasma.
- 5) Sistem mukuluskeletal; kram otot, sendi-sendi melemah dan kariesgigi.
- 6) Sistem perkemihan; sering berkemih.
- 7) Sistem hematologi

Menurut Gant (2010), perubahan yang terjadi pada sistem hematologi terjadi pada volume darah, dimana volume darah pada atau mendekati akhir kehamilan rata-rata adalah sekitar 45% di atas volume pada keadaan tidak hamil. 6 Derajat peningkatan volume sangat bervariasi. Peningkatan terjadi pada trimester pertama, meningkat paling cepat selama trimester kedua, kemudian peningkatan dengan kecepatan lebih lambat selama trimester ketiga. Selain itu terjadi peningkatan peptida natriuretik atrium terjadi sebagai respons terhadap diet tinggi natrium. Perubahan hematokrit dan hemoglobin sedikit menurun selama kehamilan normal. Akibatnya viskositas darah berkurang.

d. Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil

Menurut Yuli (2017), Kehamilan merupakan saat terjadinya krisis bila keseimbangan hidup terganggu.

1) Teorikrisis.

Tahap syok dan menyangkal, bingung dan preoccupation, tindakan dan belajar dari pengalaman, intervensi memudahkan kembali keadaan keseimbangan.

- 2) Awal penyesuaian terhadap kehamilan baik ibu maupun bapak mengalami syok.

- a) Persepsi terhadap peristiwa bervariasi menurut individu.
- b) Dukungan situasional penting untuk memberikan bantuan dan perhatian
- c) Mekanisme koping; kekuatan dan keterampilan dipelajari untuk mengatasi stress.
- d) Lanjutan penyesuaian terhadap kehamilan
 - (1) Trimester pertama (bulan 1-3)

Ditandai dengan adanya penyesuaian terhadap ide-ide menjadi orang tua, tingkat hormon yang tinggi, mual dan muntah serta lebih.
 - (2) Trimester kedua (bulan 4-6)

Waktu yang menyenangkan, respons seksual meningkat, quickening memberikan dorongan psikologis.
 - (3) Trimester ketiga (bulan 7-9)

Letih, tubuh menjadi besar dan terlihat aneh, kegembiraan yang menyusut dengan kelahiran bayi.

4. Ibu Hamil Golongan Resiko Tinggi

Sukarni dan Wahyu (2013), menulis ada beberapa golongan ibu hamil yang dikatakan memiliki risiko tinggi walaupun dalam kesehariannya hidup dengan sehat dan tidak menderita suatu penyakit. Golongan yang dimaksud berisiko tinggi meliputi :

- a. Ibu hamil terlalu muda dan terlalu tua (< 16 tahun dan > 35 tahun).
- b. Ibu baru hamil setelah perkawinan selama 4 tahun.
- c. Jarak dengan anak terkecil dengan anak > 10 tahun.
- d. Jarak kehamilan terlalu dekat yaitu < 2 tahun.

- e. Terlalu banyak anak yaitu >4 .
- f. Tinggi badan terlalu pendek < 145 cm.
- g. Terlalu gemuk atau terlalu kurus, ini akan berpengaruh pada gizi keduanya.
- h. Riwayat persalinan jelek.
- i. Riwayat adanya cacat bawaan atau kehamilan masa lalu
- j. Ibu seorang perokok berat, kecanduan obat dan memiliki hobi minum-minuman keras.

5. Asuhan Antenatal Care (ANC)

Asuhan antenatal care (ANC) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Yulaikhah, 2008). Pelayanan ANC dilakukan oleh tenaga yang profesional dibidangnya sesuai dengan bidang ilmu yang dipelajari/digeluti (Yeyeh, 2010).

6. Tujuan Asuhan Antenatal Care (ANC)

Menurut Maulana (2008), Status kesehatan dapat diketahui dengan memeriksakan diri dan kehamilannya ke pelayanan kesehatan terdekat, puskesmas, atau poliklinik kebidanan. Adapun tujuan dari pemeriksaan kehamilan yang disebut dengan Antenatal Care (ANC) adalah sebagai berikut :

- a. Memantau kemajuan kehamilan. Dengan demikian, kesehatan ibu dan janin pun dapat dipastikan keadaannya.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik dan mental ibu.
- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.

- d. Mempersiapkan ibu agar dapat melahirkan dengan selamat.
- e. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima bayi.
- f. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal.

B. Anemia

1. Pengertian Anemia

Beberapa pengertian dari anemia adalah sebagai berikut :

- a. Anemia adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin, hematokrit, dan sel darah merah yang lebih rendah dari normal, sebagai akibat dari defisiensi salah satu atau beberapa unsur makanan esensial yang dapat memengaruhi timbulnya defisiensi tersebut (Arisman, 2009).
- b. Anemia didefinisikan sebagai pengurangan jumlah absolute sel darah merah bersirkulasi (sel darah merah), yang secara tidak langsung diukur dengan penurunan kadar hemoglobin, hematokrit, atau hitungan sel darah merah (Arulkumaran, Regan, Papageorghiou, Aris & Farquharson, 2011).
- c. Menurut CDC (Centers for Disease Control and Prevention) menafsirkan anemia sebagai status dengan kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5 g/dL pada semester kedua (Leveno, 2015).
- d. Anemia diartikan sebagai kondisi ketika kadar hemoglobin beredar secara kualitatif atau kuantitatif lebih rendah dari biasanya (Trivedi, Puri, & Agrawal 2016).

Pemberi asuhan merangkum dari kelima pengertian diatas bahwa, anemia kehamilan merupakan suatu kondisi yang sering dialami oleh ibu hamil dimana terjadi penurunan kualitatif dan kuantitatif kadar hemoglobin, hematokrit, atau eritrosit. Dengan kadar hemoglobin < 11 g/dL pada trimester pertama dan ketiga, dan < 10,5 g/dL pada semester kedua.

2. Klasifikasi

Menurut Tewary & Singh (2017), beberapa klasifikasi anemia yang berkembang selama kehamilan adalah sebagai berikut :

- a. Anemia fisiologis kehamilan; Selama kehamilan terjadi peningkatan volume plasma, volume eritrosit dan massa hemoglobin yang tidak proporsional saat volume plasma meningkat lebih banyak daripada hemodilusi massa eritrosit.
- b. Kekurangan gizi :
 - 1) Anemia defisiensi zat besi.
 - 2) Anemia defisiensi vitamin B12 dan defisiensi asam folat.
 - 3) Anemia kekurangan protein.
 - a) Herediter; hemoglobinopati genetik seperti penyakit anemia sel sabit dan thalasemia, anemia hemolitik herediter serta anemia hemolitik mikroangiopati.
 - b) Anemia aplastik terjadi akibat hipoplasia sumsum tulang atau aplasia akibat radiasi, obat-obatan atau idiopatik.

Klasifikasi berdasarkan kadar hemoglobin (Hb) menurut British Committee for Standards in Haematology (2011) dalam South West Regional Transfusion Committee (2014), sebagai berikut :

- 1) Hb <11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga.
- 2) Hb <10,5 g/dl pada trimester kedua.
- 3) Hb <10 g/dl pada periode postpartum.

Klasifikasi berdasarkan kadar Hb dalam kehamilan menurut WHO dalam Tewary & Singh (2017), sebagai berikut :

- 1) Hb > 11 g/dl : tidak anemia.
- 2) Hb 10 – 10,9 g/dl : ringan.
- 3) Hb 7 – 10 g/dl : sedang.
- 4) Hb <7g/dl : berat.

Diagnosis anemia dalam kehamilan berdasarkan Kemenkes RI (2013), menjelaskan bahwa kadar Hb merupakan patokan dalam menentukan ibu hamil menderita anemia atau tidak. Kadar Hb < 11 g/dl untuk trimester I dan III atau <10,5 g/dl pada trimester II

3. Etiologi

Menurut Daflapurkar (2014), mengatakan bahwa ada beragam etiologi di balik anemia pada kehamilan. Umumnya, kadar hemoglobin menurun sepanjang kehamilan dan kemudian meningkat secara drastis pada bulan terakhirkehamilan

Anemia defisiensi zat besi pada ibu hamil merupakan problema kesehatan yang dialami oleh wanita diseluruh dunia terutama dinegara berkembang seperti Indonesia. WHO melaporkan bahwa prevalensi perempuan hamil yang mengalami defisiensi zat besi sekitar 35-75% serta semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia kehamilan (Yeyeh, 2010).

Kekurangan zat besi akibat faktor defisiensi diet, malabsorpsi, meningkatnya kebutuhan zat besi, infeksi dan kehilangan darah. Defisiensi diet zat besi yang buruk dikarenakan asupan yang kurang. Kemiskinan, kurangnya pengetahuan tentang makanan kaya zat besi dan asupan makanan vegetarian kaya asam fitat dan senyawa fenolik hal ini merupakan penghambat penyerapan zat besi. Absorpsi zat besi terhambat jika ibu hamil menderita infeksi cacing tambang, amoebiasis, tuberkulosis, malaria, dll. Kehilangan darah yang berlebihan selama menstruasi dan komplikasi perdarahan pada kehamilan sebelumnya dapat menyebabkan kekurangan zat besi. Lebih dari 50% wanita dari negara berkembang memiliki keseimbangan zat besi negatif dalam keadaan tidak hamil. Ketika mengalami kehamilan simpanan zat besi perempuan semakin berkurang. Dengan demikian, terlalu banyak dan terlalu cepat kehamilan mengakibatkan tingginya tingkat anemia defisiensi besi di negara-negara berkembang (Trivedi, Puri, & Agrawal, 2016).

4. Patofisiologi

Zat besi masuk dalam tubuh melalui makanan, di jaringan tubuh besi berupa senyawa fungsional seperti hemoglobin, mioglobin, dan enzim-enzim, senyawa besi transportasi yaitu dalam bentuk transferin dan senyawa besi cadangan seperti ferritin dan hemosiderin. Besi ferri dari makanan akan menjadi ferro jika dalam keadaan asam dan bersifat mereduksi sehingga mudah diabsorpsi oleh mukosa usus. Dalam tubuh besi tidak dapat bebas tetapi berikatan dengan molekul protein membentuk ferritin, komponen proteinnya disebut apoferritin, sedangkan dalam bentuk transport zat besi dalam bentuk ferro berikatan dengan protein

membentuk transferin, komponen proteinnya disebut apotrasferin, dalam plasma darah disebut serotrasferin. Jika asupan zat besi menurun maka produksi hemoglobin (Tarwoto, 2007).

Asupan zat besi dibutuhkan untuk mengganti zat besi yang hilang melalui tinja, air kencing, dan kulit. Kehilangan basis ini diperkirakan sebanyak 14 $\mu\text{g}/\text{kg}$ BB/hari. Jika dihitung berdasarkan kelamin kehilangan basis zat besi untuk perempuan dewasa sekitar 0,8 mg. Kebutuhan akan zat besi meningkat selama kehamilan. Peningkatan ini dimaksudkan untuk memasok kebutuhan janin untuk bertumbuh, pertumbuhan plasenta dan peningkatan volume darah ibu (Arisman, 2009).

Sekitar 600 mg zat besi diperlukan untuk peningkatan massa sel darah merah selama kehamilan dan 300 mg lebih lanjut untuk janin. Asupan harian yang direkomendasikan dari besi untuk paruh akhir kehamilan adalah 30 mg. Penyerapan besi meningkat tiga kali lipat pada trimester ketiga, dengan kebutuhan zat besi meningkat dari 1 - 2 mg sampai 6 mg per hari. Kedua massa sel darah merah dan volume plasma berkembang dari trimester pertama kehamilan. Ekspansi 30 - 40% dalam volume plasma melebihi 20 - 25% peningkatan massa sel darah merah. Sebagai konsekuensinya terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin, sehingga menciptakan keadaan viskositas rendah untuk mendorong pengangkutan oksigen ke jaringan termasuk plasenta. Hal ini terkait dengan peningkatan fisiologis dalam volume corpuscular rata-rata (MCV) meningkat rata-rata 4 fl. Kebutuhan zat besi fisiologis 3 kali lebih tinggi pada kehamilan daripada pada wanita yang sedang menstruasi (*South Australian Perinatal Practice*

Guidelines, 2016). Anemia defisiensi besi ditandai dengan defek sintesis hemoglobin, mengakibatkan sel darah merah yang abnormal kecil (mikrositik) dan mengandung penurunan kadar hemoglobin (hipokromik). Kapasitas darah untuk mengantarkan oksigen ke sel tubuh dan jaringan berkurang. Zat besi (Fe) terlibat dalam metabolisme energi, regulasi gen, pertumbuhan sel dan diferensiasi, pengikatan dan pengangkutan oksigen, penggunaan dan penyimpanan oksigen otot, reaksi enzim, sintesis neurotransmitter, dan sintesis protein. Zat besi yang dibutuhkan digunakan untuk memperluas massa eritrosit ibu hamil, memenuhi kebutuhan zat besi janin, mengkompensasi kerugian zat besi (yaitu kehilangan darah) pada saat persalinan (Prakash & Yadav, 2015).

5. Manifestasi Klinik

Menurut Hollingworth (2016), mengatakan bahwa berbagai tanda dan gejala yang dapat terjadi pada anemia selama kehamilan sama dengan anemia secara umumnya. Terkadang sering tidak jelas, namun perlu dicatat bahwa tanda dan gejala ini mungkin tidak ada, terutama pada anemia ringan sampai sedang. Tanda: pucat, glositis, stomatitis, edema, hypoproteinemia, murmur sistolik lembut di daerah mitral karena sirkulasi hiperdinamik, krepitasi halus pada basis paru-paru karena kongesti (kasus berat). Gejala: kelemahan, kelelahan, gangguan pencernaan, kehilangan nafsu makan, palpitasi, dispnea (sesak napas), pusing, swelling (perifer), anasarca umum (pengumpulan cairan umum di rongga peritoneal dan toraks), gagal jantung kongestif terjadi pada anemia yang berat.

6. Dampak Anemia Pada Kehamilan

Menurut Arulkumaran, dkk (2011), mengatakan bahwa efek anemia ringan pada kehamilan tidak mengakibatkan janin kekurangan zat besi hal ini, karena transportasi zat besi aktif plasenta ke janin. Namun, anemia berat pada ibu dikaitkan dengan penurunan volume cairan ketuban, vasodilatasi serebral janin, dan pola denyut jantung janin yang tidak menentu, peningkatan risiko prematuritas, aborsi spontan, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

Anemia pada ibu hamil bukan tanpa risiko menurut penelitian, tingginya angka kematian ibu berkaitan erat dengan anemia. Dampak anemia pada kehamilan bervariasi dari keluhan yang sangat ringan hingga berat terjadinya gangguan kelangsungan kehamilan, gangguan proses persalinan, dan gangguan pada janin (Yeyeh, 2010).

Menurut Marmi, dkk (2011), pengaruh anemia pada kehamilan, persalinan dan nifas adalah ibu lemah, keguguran, partus prematurus, inersia uteri, partus lama, atonia uteri menyebabkan perdarahan, syok, afibrinogenemia, hipofibrinogenemia, infeksi intrapartum dan dalam nifas, serta bila terjadi anemia berat ($Hb < 4 \text{ gr\%}$) hal ini dapat menyebabkan payah jantung dan bahkan bersifat fatal.

Pengaruh anemia terhadap janin adalah kematian janin dalam kandungan, kematian janin waktu lahir dan dapat terjadi cacat bawaan.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Hollingworth (2016) dan Trivedi, Puri, & Agrawal (2016), mengatakan bahwa diagnosis anemia defisiensi besi sebagian besar didasarkan pada laporan hitung darah lengkap, indeks sel darah merah dan apusan perifer.

8. Penatalaksanaan

Berdasarkan Kemenkes RI (2013), adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk anemia dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah.
- 2) Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan suplementasi besi dan asam folat. Tablet yang saat ini banyak tersedia di Puskesmas adalah tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250 μ g asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pasca salin. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat, rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab anemia.

b. Penatalaksanaan khusus

- 1) Bila tersedia fasilitas pemeriksaan penunjang, tentukan penyebab anemia berdasarkan hasil pemeriksaan darah perifer lengkap dan apus darah tepi.
- 2) Anemia mikrositik hipokrom dapat ditemukan pada keadaan :
 - a) Defisiensi besi : lakukan pemeriksaan ferritin.

Apabila ditemukan kadar ferritin < 15 ng/ ml, maka berikan terapi besi dengan dosis setara 180mg besi elemental perhari. Apabila kadar ferritin normal, lakukan pemeriksaan SI (Serum iron) dan TIBC (Transferin Iron Binding Capacity).

- b) **Thalasemia:** jika pasien dicurigai menderita hal anemia perlu dilakukan tatalaksana bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk perawatan yang lebih spesifik.
- c) **Anemia normositik normokrom** dapat ditemukan pada keadaan :
 - (1) **Perdarahan :** tanyakan riwayat dan cari tanda dan gejala aborsi, mola, kehamilan ektopik, atau perdarahan pasca persalinan.
 - (2) **Infeksikronik.**
- d) **Anemia makrositik hiperkrom** dapat ditemukan pada keadaan:
Defisiensi asam folat dan vitamin B12: berikan asam folat 1 x 2 mg dan vitamin B12 1 x 250 -1000µg.
- e) **Transfusi untuk anemia** dilakukan pada pasien dengan kondisi berikut:
 - (1) **Kadar Hb < 7 g/dl** atau kadar hematokrit <20%.
 - (2) **Kadar Hb > 7 g/dl** dengan gejala klinis: pusing, pandangan berkunang-kunang, atau takikardia (frekuensi nadi >100 x permenit).
- f) **Lakukan penilaian pertumbuhan dan kesejahteraan janin** dengan memantau pertambahan tinggi fundus, melakukan pemeriksaan USG, dan memeriksa denyut jantung janin secara berkala.

9. Pencegahan

Hal-hal yang bisa dilakukan untuk mencegah anemia saat hamil adalah sebagai berikut :

- a. **Pastikan untuk mendapatkan beragam jenis makanan dengan kalori seimbang.**
Melengkapi diit dengan zat besi, vitamin dan terutama asam folat.

Mengonsumsi 400 mg asam folat saat hamil penting untuk mengurangi risiko memiliki anak dengan spina bifida (cacat tulang belakang). Sumber besi yang baik adalah daging sapi, roti utuh dan sereal, telur, bayam, buah kering dan lain-lain. Untuk menyerap jumlah zat besi maksimal dari makanan, akan lebih mudah penyerapannya dengan mengonsumsi vitamin C. Contoh makanan yang mengandung vitamin C adalah sayuran mentah, lemon, jeruk nipis, jeruk dan lain-lain. Selain itu makanan yang kaya asam folat termasuk kacang-kacangan, brokoli, daging sapi, asparagus dan lain- lain (Carter, 2015).

- b. Mengurangi makanan dan minuman yang dapat menghambat proses penyerapan zat besi seperti makanan yang mengandung senyawa tanin, asam fitat dan senyawa fenolik. Ketiga sumber makanan ini terdapat pada tumbuhan, senyawa tannin banyak terkandung di dalam teh dan kopi. Senyawa fenolik banyak terkandung pada kentang, apel, pir, pisang, dan lain-lain. Asam fitat banyak terkandung dalam kacang buncis, tahu, kacang almond dan lain-lain (“Asam Fitat” 2014; Pardede, 2013; Tarwoto, 2007).
- c. Istirahat yang cukup dan hindari aktivitas yang berat (Tarwoto, 2007).
- d. Rajin melakukan pemeriksaan ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, dengan melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga (Kemenkes RI, 2013).

10. Karakteristik Ibu Hamil Yang Mempengaruhi Anemia

Menurut Nasyidah (2011); Prakash, Yadav, Bhardwaj, & Chaudhary (2015) dan Savadogo, Salimata, Tamini, & Kinda (2014), karakteristik ibu hamil yang mempengaruhi anemia seperti;

a. Umur

Umur ibu hamil dengan rentang (< 20 thn - > 35 thn) masuk pada kategori berisiko tinggi, usia < 20 tahun belum siap untuk memperhatikan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan janin. Organ reproduksi dianggap belum terlalu mature untuk tumbuh kembang janin. Disamping itu akan terjadi kompetisi makanan antar janin dan ibunya sendiri yang masih dalam pertumbuhan dan adanya pertumbuhan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Umur > 35 tahun cenderung mengalami anemia, hal ini disebabkan adanya pengaruh turunya cadangan zat besi dalam tubuh akibat masa fertilisasi.

b. Pendidikan

Pengetahuan dan pendidikan yang tinggi akan lebih mengetahui, memahami pentingnya pemeriksaan dan menjaga selama masa kehamilan serta mengetahui aturan-aturan yang harus dilakukan untuk merawat kehamilan dan persalinan, asupan nutrisi ibu dan janinnya terpenuhi dengan tepat.

c. Pekerjaan

Status pekerjaan yang padat akan mempengaruhi kesempatan ibu untuk memeriksakan kehamilan atau kunjungan ANC. Akibat status pekerjaan yang padat menyebabkan ibu tidak memperhatikan tentang kondisi tubuh apabila kelelahan, asupan nutrisi dan istirahat yang harus terpenuhi setiap harinya maka berisiko mengalami anemia.

d. Gravida

Seorang ibu yang sering hamil mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi. Sementara ibu yang hamil pertama kali berisiko pula karena belum memiliki pengalaman sehingga berdampak pada perilaku yang berkaitan dengan asupan nutrisi.

e. Paritas

Paritas memberi pengaruh pada kehamilan sebab pada kehamilan memerlukan tambahan zat besi yang banyak untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Pada ibu yang melahirkan >4 kali terjadi penurunan fungsi organ reproduksi sehingga mengalami kehamilan risiko tinggi.

11. Asuhan Sayang Ibu

a. Prinsip Asuhan

- 1) Intervensi minimal
- 2) Komprehensif
- 3) Sesuai Kebutuhan
- 4) Sesuai dengan Standar, wewenang, otonomi dan kompetensi provider
- 5) Dilakukan secara kompleks oleh tim
- 6) Asuhan Sayang ibu & sayang bayi
- 7) Memberikan inform consent
- 8) Aman, nyaman, logis dan berkualitas
- 9) Fokus; Perempuan sebagai manusia utuh (Bio, psiko, sosio & spiritual kultural) selama hidupnya
- 10) Tujuan asuhan dibuat bersama klien.

b. Prinsip Sayang ibu dan Bayi pada Asuhan Kehamilan

- 1) Memandang setiap kehamilan berisiko, karena sulit memprediksi wanita mana yang akan menghadapi komplikasi
- 2) Penapisan & pengenalan dini Risti dan komplikasi kehamilan
- 3) Mempertimbangkan tindakan untuk ibu sesuai agama/tradisi/adat setempat
- 4) Membantu Persiapan Persalinan (penolong, tempat, alat, dan lain-lain)
- 5) Pengenalan tanda-tanda bahaya
- 6) Memberikan konseling sesuai usia kehamilannya tentang: gizi, istirahat, pengaruh rokok, alkohol dan obat pada kehamilan, ketidaknyamanan normal dalam kehamilan
- 7) Kelas ANC untuk bumil, pasangan atau keluarga
- 8) Skrining untuk Siphilis & IMS lainnya
- 9) Pemberian suplemen asam folat dan Fe
- 10) Pemberian imunisasi TT 2x
- 11) Melaksanakan senam hamil
- 12) Penyuluhan gizi, manfaat ASI & rawat gabung, manajemen laktasi
- 13) Asuhan berkesinambungan
- 14) Menganjurkan bumil utk menghindari kerja fisik berat
- 15) Memeriksa TD, proteinuri secara teratur
- 16) Pengukuran tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan (>24mg dengan pita ukur)

- 17) Pemeriksaan HB pada awal dan usia 30 mg
- 18) Mendeteksi kehamilan ganda usia >28mg
- 19) Mendeteksi kelainan letak >36 mg
- 20) Menghindari posisi terlentang pada pemeriksaan kehamilan lanjut
- 21) Catatan ANC disimpan oleh bumil.

C. Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Tujuh Langkah Varney

Proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang digunakan dalam manajemen kebidanan, varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berpikir secara kritis untuk menegakkan diagnosis atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya (Wildan, 2008; 34).

Langkah-langkah asuhan kebidanan menurut Varney yaitu sebagai berikut :

a. Langkah I (Tahap Pengumpulan Data)

Pada langkah pertama ini semua informasi yang akurat dan lengkap dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dapat dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan

langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak pada tahap selanjutnya. Pendekatan ini harus bersifat komprehensif meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan yang menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya. Bidan harus mengkaji ulang data yang sudah dikumpulkan untuk menilai ketepatan, kelengkapan, dan keakuratan (Saminem, 2009;15).

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini, bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosis dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosis tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian (Saminem, 2009;16).

c. Langkah III (Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis potensial tidak terjadi. Oleh karena itu, langkah ini merupakan langkah yang bersifat antisipatif rasional/logis. Bidan harus mengkaji ulang apakah diagnosis atau masalah potensial yang diidentifikasi sudah tepat (Saminem, 2009;16).

d. Langkah IV (Mengidentifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera)

Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan, kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain, serta rujukan berdasarkan kondisi klien (Wildan. 2008:38).

e. Langkah V (Merencanakan Asuhan Secara Menyeluruh)

Merencanakan Asuhan menyeluruh. Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional. Berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya. Merumuskan rencana asuhan sesuai dengan pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Fitriyah, 2020).

f. Langkah VI (Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman)

Pada langkah keenam ini melaksanakan perencanaan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien/anggota tim kesehatan lain. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan (Fitriyah, 2020).

g. Langkah VII (Evaluasi)

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi apakah pemenuhan kebutuhan telah terpenuhi sesuai diagnosis dan masalah. Rencana dianggap efektif jika memang benar efektif

pelaksanaannya. Ada kemungkinan sebagian rencana tersebut efektif sedangkan sebagian belum efektif. Proses penatalaksanaan asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan sehingga perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif serta melakukan penyesuaian rencana (Saminem, 2009; 20).

2. Data Fokus SOAP

a. S = Data Subjektif

Data subjektif (S), merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnese. Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringakasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. Pada pasien yang bisa, dibagian data dibelakang huruf S, diberi tanda huruf O. Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

b. O = Data Obyektif

Data obyektif (O) merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan Helen Varney pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diasnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan data obyektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A = Analisis Atau Assessment

Analisis atau assessment (A), merupakan pendokumentasi hasil analisis dan intervensi (kesimpulan) dari data subjektif dan obyektif, dalam pendokumentasi manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analisis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

Analisis atau assessment merupakan pendokumentasi manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial. serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

d. P = Planning

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien

mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

Pendokumentasi P adalah SOAP ini, adalah sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

Penatalaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi pasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation*/ evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/ pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang tercapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/ asuhan, jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.