

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Plasenta Previa

1. Definisi

Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum sehingga plasenta berada di depan jalan lahir (*Prae = didepan, vias : jalan*).⁽⁴⁾

Plasenta previa adalah posisi plasenta yang berada di segmen bawah uterus, baik posterior maupun anterior, sehingga perkembangan plasenta yang sempurna menutupi os serviks.⁽¹⁰⁾

Plasenta previa adalah suatu keadaan patologi dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus sehingga menutupi seluruh atau Sebagian jalan lahir (ostium uteri internum).⁽¹¹⁾

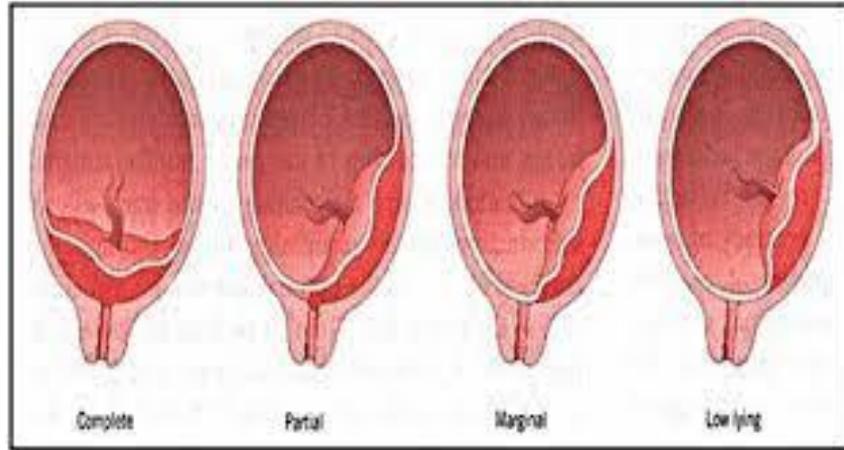
Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan atau dinding belakang Rahim didaerah fundus uteri.⁽⁴⁾

2. Jenis – Jenis Plasenta Previa

Adapun jenis-jenis plasenta previa antara lain :⁽⁴⁾

- a. Plasenta previa totalis atau komplit : plasenta previa totalis atau komplit, adalah plasenta yang menutupi ostium uteri internum.
- b. Plasenta previa parsialis : plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.
- c. Plasenta previa marginalis : plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
- d. Plasenta letak rendah : plasenta letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim

sedemikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih dari 2 cm di anggap plasenta letak normal.



Gambar 2.1 Jenis-jenis Plasenta Previa

Sumber : (4)

3. Faktor Predisposisi

Faktor penyebabnya antara lain :(8)

- a. Berusia 35 tahun atau lebih
- b. Merokok saat hamil atau menyalahgunakan kokain
- c. Memiliki bentuk Rahim yang tidak normal
- d. Bukan kehamilan pertama
- e. Kehamilan sebelumnya juga mengalami plasenta previa
- f. Posisi janin tidak normal, misalnya sungsang atau lintang
- g. Hamil bayi kembar
- h. Pernah keguguran
- i. Pernah menjalani operasi pada pada Rahim, seperti kuret, pengangkatan miom, atau operasi Caesar

4. Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang lanjut, umumnya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah Rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagaimana diketahui tapak plasenta

terbentuk dari jaringan maternal yaitu bagian desidua basalis yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah Rahim, maka plasenta yang berimplantasi sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada desidua sebagai tapak plasenta. Pada saat serviks mendatar dan membuka ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempat laserasi akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruangan intervillus dari plasenta.

- a. Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 10 minggu saat segmen bawah uterus membentuk dari mulai melebar serta menipis, umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta.
- b. Pendarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal.(4)

5. Etiologi

Perdarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi dan serviks akan lebih membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus, pada saat itulah mulailah terjadi perdarahan. Darahnya berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman.

Sumber perdarahannya adalah sinus uterus yang terobek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus, atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan itu tidak sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala III dengan plasenta yang letaknya normal. Oleh karena itu, perdarahan pada plasenta previa totalis akan terjadi lebih dini dari plasenta letak rendah yang mungkin baru berdarah setelah persalinan dimulai. (12)

6. Gejala dan Dampak Pada Ibu Dan Janin

a. Gejala

- 1) Gejala-gejala dari plasenta previa antara lain, perdarahan tanpa nyeri, sering terjadi pada malam hari saat pembentukan segmen bawah Rahim, bagian terendah masih tinggi di atas pintu atas panggul (kelainan letak)
- 2) Perdarahan sebelum bulan ketujuh memberi gambaran yang tidak berbeda dari abortus, perdarahan pada plasenta previa di sebabkan karena pergerakan antara plasenta dan dinding Rahim
- 3) Tidak jarang perdarahan pervaginam baru terjadi pada saat inpartu. Biasanya kepala janin sangat tinggi karena plasenta terletak pada kutub bawah Rahim, kepala tidak dapat mendekati pintu atas panggul, karena hal tersebut diatas, juga ukuran Panjang Rahim berkurang maka plasenta previa lebih sering terdapat kelainan letak.

b. Dampak

- 1) Dampak pada ibu berupa perdarahan, syok, anemia, dan endometritis pasca persalinan dan dapat berakhir kematian.

- 2) Pada janin terjadi persalinan premature dan komplikasi asfiksia berat. Asfiksia merupakan penyebab kematian bayi

c. Gejala klinis

- 1) Gejala utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya berulang darah biasanya berwarna merah segar.
- 2) Bagian terdepan janin tinggi (floating) sering di jumpai kelainan letak janin.
- 3) Pendarahan pertama (frist bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya, sehingga pasien sempat di kirim ke rumah sakit. Tetapi perdarahan berikutnya (reccurent bleeding) biasanya lebih banyak. Janin biasanya masih baik.

d. Pemeriksaan Inspekulo

- 1) Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina.
- 2) Apabila pendarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta harus di curigai.

Penentuan letak plasenta tidak langsung

- a) Dapat dilakukan dengan radiografi, radio sotop dan ultrasonografi.
- b) Akan tetapi pada pemeriksaan radiografi dan radiosotop, ibu dan janin dihadapkan pada bahaya radiasi sehingga cara ini ditinggalkan.
- c) Sedangkan USG tidak menimbulkan bahaya radiasi dan rasa nyeri dan cara ini dianggap sangat tepat untuk menentukan letak plasenta. (4)

7. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi utama yang bias terjadi pada ibu hamil yang menderita plasenta, diantaranya ada yang bias menimbulkan perdarahan yang cukup banyak dan fatal.

- a. Oleh karena pembentukan segmen Rahim terjadi ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya di uterus dapat berulang dan semakin banyak, dan perdarahan yang terjadi itu tidak dapat dicegah sehingga penderita menjadi anemia bahkan syok.
- b. karena plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah Rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos ke dalam myometrium bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta inkreta dan bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab plasenta akreta yang perlekatannya lebih kuat tetapi vilinya masih belum masuk ke dalam myometrium. Walaupun biasanya tidak seluruh permukaan maternal plasenta mengalami akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah perdarahan dalam kala tiga. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang pernah seksio sesarea 3 kali.
- c. Serviks dan segmen bawah Rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai oleh perdarahan yang banyak.
- d. Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi.
- e. Kelahiran premature dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi

kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan <37 minggu dapat dilakukan amniosentesis untuk mengetahui pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.

- f. Komplikasi lain dari plasenta previa yang dilaporkan dalam kepustakaan selain masa rawatan yang lebih lama, adalah berisiko tinggi untuk solusio plasenta (Resiko Relative 13,8), seksio sesarea (RR 3,9), kelainan letak janin (RR 2,8), perdarahan pasca persalinan (RR 1,7), kematian maternal akibat perdarahan (50%), dan *disseminated intravascular coagulation* (DIC) 15,9 %. (6)

8. Penatalaksanaan Plasenta Previa

Adapun penatalaksanaannya yaitu : (13)

a. Terapi Ekspetatif

- 1) Tujuan terapi ekspetatif ialah supaya janin tidak terlahir premature, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif. Pemantauan klinis dilaksanakan secara ketat dan baik.

Syarat-syarat terapi ekspetatif :

- a) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
 - b) Belum ada tanda-tanda inpartu
 - c) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal),
 - d) Janin masih hidup
- 2) Rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotic profilaksis.
- 3) Lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantasi plasenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak dan presentasi janin

- 4) Berikan tokolitik bila ada kontraksi :
 - a) MgSO₄ 4 g IV dosis awal dilanjutkan 4 g setiap 6 jam.
 - b) Nifedipin 3x20 mg/hari
 - c) Betamethasone 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin.
- 5) Uji pematangan paru janin dengan tes kocok (Bubble Test) dari hasil amniosentesis
- 6) Bila setelah usia kehamilan diatas 34 minggu, plasenta masih berada di sekitar ostium uteri internum, maka dugaan plasenta previa semakin jelas, sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.
- 7) Bila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dipulangkan untuk rawat jalan (kecuali apabila rumah pasien di luar kota dan jarak untuk mencapai rumah sakit lebih dari 2 jam) dengan pesan untuk segera kembali ke rumah sakit apabila terjadi perdarahan ulang.

b. Terapi Aktif (Tindakan segera)

- 1) Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin.
- 2) Untuk diagnosis plasenta previa dan menemukan cara menyelesaikan persalinan, setelah semua persyaratan terpenuhi, lakukan PDMO jika :
 - a) Infus/ transfuse setelah terpasang kamar dan tim operasi telah siap
 - b) Kehamilan > 37 minggu (berat badan > 2500 gram) dan in partu, atau

- c) Janin telah meninggal atau terdapat anomaly kengenital mayor (missal, anensefali)
- d) Perdarahan dengan bagian terbawah janin telah jauh melewati pintu atas panggul ($2/5$ atau $3/5$ pada palpasi luar).

Cara menyelesaikan persalinan dengan plasenta previa ialah :

c. Seksio Sesarea

- 1) Prinsip utama dalam melakukan seksio sesarea adalah untuk menyelamatkan ibu, sehingga walaupun janin meninggal atau tak punya harapan untuk hidup, Tindakan ini tetap dilaksanakan.
- 2) Tujuan seksio sesarea :
 - a) Melahirkan janin dengan segera sehingga uterus dapat segera berkontraksi dan menghentikan perdarahan.
 - b) Menghindarkan kemungkinan terjadinya robekan pada serviks uteri, jika janin dilahirkan pervaginam.
- 3) Tempat implantasi plasenta previa terdapat banyak vaskularisasi sehingga serviks uteri dan segmen bawah Rahim menjadi tipis dan mudah robek, selain itu, bekas tempat implantasi plasenta sering menjadi sumber perdarahan karena adanya perbedaan vaskularisasi dan susunan serabut otot dengan korpus uteri.
- 4) Siapkan darah pengganti untuk stabilisasi dan pemulihan kondisi ibu.
- 5) Lakukan perawatan lanjut pasca bedah termasuk pemantauan perdarahan, infeksi dan keseimbangan cairan masuk-keluar.

Tabel 2.1 Protap Perdarahan Antepartum

Perdarahan Antepartum	
1. Pengertian (Definisi)	<p>Perdarahan antepartum adalah perdarahan dari jalan lahir pada wanita hamil dengan usia 20 minggu atau lebih, dapat berupa plasenta previa atau solusio plasenta.</p> <p>Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya tidak normal sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.</p> <p>Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruhnya, pada plasenta yang implantasinya normal sebelum jalan lahir.</p>
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">• Perdarahan dari jalan lahir pertama kali akan berulang tanpa disertai rasa nyeri, dapat sedikit-sedikit atau banyak• Dapat disertai atau tanpa adanya kontraksi Rahim• Faktor predisposisi grade multipara, riwayat kuretase berulang• Pemeriksaan spekulum darah berasal dari ostium uteri eksternum
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none">• Tanda-tanda syok (ringan sampai berat)• Pada pemeriksaan luar biasanya bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul atau ada kelainan letak
4. Kriteria Diagnosis	Perdarahan keluar dari OUI
5. Diagnosis Kerja	Perdarahan antepartum
6. Diagnosis Banding	Vasa previa, kelainan serviks
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none">• Laboratorium : crossmatch, kadar HB, L,Tr, Ht, golongan darah, fibrinogen, D-Drimer, BT, CT, PT, APTT

	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan USG
8. Tatalaksana	<p>Penatalaksanaan Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informed consent 2. Stabilisasi, ABC (posisi semi ekstensi, bebaskan jalan nafas, O2 jika perlu, resusitasi cairan). Tentukan ada syok atau tidak jika ada, berikan transfuse darah, infus cairan, oksigen dan control perdarahan. Jika tidak ada syok atau keadaan umum optimal, segera lakukan pemeriksaan untuk mencari etiologi. 3. Hentikan sumber perdarahan 4. Monitoring tanda-tanda perdarahan <p>Penatalaksanaan Spesifik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspetatif <p>Syarat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu dan anak baik 2. Perdarahan sedikit 3. Usia kehamilan < 37 minggu atau taksiran berat badan janin < 2500 gram 4. Tidak ada his persalinan <p>Penatalaksanaan Ekspetatif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasang infus, tirah baring 2. Bila ada kontraksi prematur bias diberikan tokolitik 3. Pemantauan kesejahteraan janin dengan USG dan CTG setiap minggu • Aktif <p>Persalinan pervaginam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan pada plasenta letak rendah, plasenta previa lateralis di anterior (dengan anak letak kepala). Diagnosis ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG. Perabaan forniks atau pemeriksaan dalam kamar operasi tergantung indikasi 2. Dilakukan oksitosin drip disertai pemecahan ketuban Persalinan perabdominan, dilakukan pada keadaan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Plasenta previa dengan perdarahan banyak 2. Plasenta previa totalis 3. Plasenta previa lateralis di posterior 4. Plasenta letak rendah dengan anak letak sungsang
9. Penyulit	Syok irreversible, DIC

10. Edukasi (<i>Hospital Health Promotion</i>)	Kemungkinan pemberian transfuse darah, efek terhadap kehamilan
--	--

Sumber : (14)

Tabel 2.2 Protap Plasenta Previa

PLASENTA PREVIA	
1. Pengertian (Definisi)	Plasenta yang letaknya tidak normal sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan pervaginam • Tidak disertai rasa sakit
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda-tanda syok (ringan sampai berat) • Pada pemeriksaan luar biasanya bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul atau ada kelainan letak
4. Kriteria Diagnosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan dari jalan lahir berulang tanpa disertai rasa nyeri 2. Dapat disertai atau tanda adanya kontraksi 3. Pada pemeriksaan luar biasanya bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul atau ada kelainan letak 4. Pemeriksaan speculum darah berasal dari ostium uteri eksternum
5. Diagnosis Kerja	Plasenta previa
6. Diagnosis Banding	Robekan jalan lahir, polip, serviks, erosi portio
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorium : golongan darah, kadar hemoglobin, hematocrit, waktu perdarahan dan waktu pembekuan, trombosit, ureum, creatinine, HbSag, HIV, Sifilis • Pemeriksaan USG untuk mengetahui jenis plasenta previa dan taksiran berat badan janin
8. Tatalaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum ibu dan anak baik 2. Perdarahan sedikit 3. Usia kehamilan < 37 minggu atau taksiran berat badan janin < 2500 gram

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasang infus, tirah baring 5. Bila ada kontraksi premature bias diberikan tokolitik 6. Pemantauan kesejahteraan janin dengan USG dan KTG setiap minggu <p>Persalinan pervaginam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan pada plasenta letak rendah, plasenta previa lateralis di anterior (dengan anak letak kepala) diagnosis ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG, perabaan fornix atau pemeriksaan dalam di kamar operasi tergantung indikasi. 2. Dilakukan oksitosin drip disertai pemecahan ketuban <p>Persalinan per abdominal dilakukan pada keadaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plasenta previa dengan perdarahan banyak 2. Plasenta previa totalis
9. Penyulit	Syok hipovolemik, gagal ginjal, koagulasi intravaskuler diseminata, kematian
10. Edukasi (<i>Hospital Health Promotion</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Kemungkinan transfusi, efek perdarahan terhadap kehamilan • Dilakukan informed consent pada setiap aspek tindakan, baik diagnostic maupun terapeutik, kecuali bila keadaan sudah sangat mengancam jiwa

Sumber : (15)

B. Konsep Dasar Anemia

1. Definisi

Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau hemoglobin.(16)

Anemia merupakan kondisi berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin (Hb) sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen ke seluruh jaringan.

Pengertian anemia dalam kehamilan yaitu suatu kondisi adanya penurunan sel darah merah atau menurunnya kadar Hb, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang. Selain itu anemia dalam kehamilan dapat dikatakan juga sebagai suatu

kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) <11 gr% pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar Hb <10,5 gr%. (17)

2. Derajat Anemia

Drajat anemia berdasar kadar Hb menurut WHO adalah : (17)

Ringan Sekali	: 10 g/dl - batas normal
Ringan	: 8 g/dl – 9,9 g/dl
Sedang	: 6 g/dl – 7,9 g/dl
Berat	: <5 g/dl

3. Faktor Predisposisi (16)

- a. Diet rendah zat besi, B12, dan asam folat
- b. Kelainan gastrointestinal
- c. Penyakit kronis
- d. Riwayat Keluarga

4. Etiologi

Anemia dalam kehamilan Sebagian besar disebabkan oleh kekurangan besi, gangguan reabsorpsi, gangguan penggunaan, atau karena terlampau banyaknya besi keluar dari badan, misalnya pada perdarahan.

Anemia merupakan suatu kumpulan gejala yang disebabkan oleh bermacam-macam penyebab. Selain disebabkan oleh defisiensi zat besi, kemungkinan dasar penyebab anemia diantaranya adalah penghancuran sel darah merah yang berlebihan dalam tubuh sebelum waktunya (hemolisis), kehilangan darah atau perdarahan kronik, produksi sel darah merah yang tidak optimal, gizi yang buruk misalnya pada

gangguan penyerapan protein dan zat besi oleh usus, gangguan pembentukan eritrosit oleh sumsum tulang belakang.

5. Tanda dan Gejala

a. Gejala

- 1) Cepat Lelah
- 2) Sering pusing
- 3) Mata berkunang-kunang
- 4) Lidah luka
- 5) Nafsu makan turun
- 6) Konsentrasi hilang
- 7) Nafas pendek
- 8) Keluhan mual muntah hebat pada kehamilan muda

b. Dampak

- 1) Terjadinya peningkatan kecepatan denyut jantung karena tubuh berusaha memberi oksigen lebih banyak ke jaringan
- 2) Adanya peningkatan kecepatan pernafasan karena tubuh berusaha menyediakan lebih banyak oksigen pada darah
- 3) Pusing akibat kurangnya darah ke otak
- 4) Terasa lelah karena meningkatnya oksigenasi berbagai organ termasuk otot jantung dan rangka
- 5) Kulit pucat karena berkurangnya oksigenasi
- 6) Mual akibat penurunan aliran darah saluran cerna dan susunan saraf pusat
- 7) Penurunan kualitas rambut dan kulit (17)

6. Tatalaksana Anemia

a. Tatalaksana Umum

- 1) Apabila diagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan 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 µg 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 pascasalin. 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.
- 3) Berikut ini adalah tabel jumlah kandungan besi elemental yang terkandung dalam berbagai jenis sediaan suplemen besi yang beredar

Tabel 2.3 Kandungan Besi Elemental

Jenis Sediaan	Dosis Sediaan	Kandungan besi elemental
Sulfas Ferosus	325	65
Fero fumarat	325	107
Fero glukonat	325	39
Besi polisakarida	150	150

Sumber : (16)

b. Tatalaksana 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, berikan terapi besi dengan dosis setara 180 mg besi elemental per hari. Apabila kadar ferritin normal, lakukan pemeriksaan SI dan TIBC.
 - b) Thalassemia: Pasien dengan kecurigaan thalassemia perlu dilakukan tatalaksana bersama dokter spesialis penyakit dalam untuk perawatan yang lebih spesifik
- 3) Anemia normositik normokrom dapat ditemukan pada keadaan:
 - a) Perdarahan: tanyakan riwayat dan cari tanda dan gejala aborsi, mola, kehamilan ektopik, atau perdarahan pasca persalinan
 - b) Infeksi kronik
- 4) Anemia makrositik hiperkrom dapat ditemukan pada keadaan:
 - a) Defisiensi asam folat dan vitamin B12: berikan asam folat 1 x 2 mg dan vitamin B12 1 x 250 – 1000 μ g
- 5) Transfusi untuk anemia dilakukan pada pasien dengan kondisi berikut:
 - a) Kadar Hb 7 g/dl dengan gejala klinis: pusing, pandangan berkunang
 - b) kunang, atau takikardia (frekuensi nadi >100 x per menit)

- 6) Lakukan penilaian pertumbuhan dan kesejahteraan janin dengan memantau penambahan tinggi fundus, melakukan pemeriksaan USG, dan memeriksa denyut jantung janin secara berkala.(16)

C. Kewenangan Bidan Dalam Pelayanan Asuhan Kebidanan

Dalam menjalankan tugasnya bidan memiliki kewenangan yang sesuai dengan kemampuannya, kewenangan tersebut diatur oleh kebijakan dalam UU No.4 tahun 2019 tentang pelayanan tugas dan wewenang bidan yang terdiri dari pasal 46, 48 dan 49 yang disebutkan bahwa:

1. Pasal 46

- a. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) pelayanan kesehatan ibu;
- 2) pelayanan kesehatan anak;
- 3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- 4) pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- 5) pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

- b. Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.

- 1) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

2. Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

3. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- c. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- e. melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- f. melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan. (9)

Pada pasal 46 bidan mendapatkan kelimpahan wewenang pada kasus komplikasi di rumah sakit dan pada pasal 49 bidan praktik mandiri dapat melakukan deteksi dini pada kasus resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

D. Aplikasi Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Plasenta Previa dan Anemia

1. Data subjektif

Dari data subjektif yang menunjang pada kasus plasenta previa totalis yaitu biasanya terjadi perdarahan tanpa rasa nyeri, sering terjadi pada malam hari saat pembentukan segmen bawah Rahim.(4)

2. Data objektif

Data objektif pada pemeriksaan pasien dengan plasenta previa totalis yaitu Biasanya kepala anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada kutub bawah Rahim, kepala tidak dapat mendekati pintu atas panggul, karena hal tersebut diatas, juga ukuran Panjang Rahim berkurang maka plasenta previa lebih sering terdapat kelainan letak. darah biasanya berwarna merah segar. Anemia pada ibu terjadi karena ibu mengalami kehilangan darah. (4)(17)

3. Analisa

Ny....usiaG....P.... A usia kehamilanminggu dengan plasenta previa totalis dan anemia

4. Penatalaksanaan

Penanganan masalah pada kasus plasenta previa totalis dengan Perencanaan asuhan kebidanan pada kasus tersebut antara lain:

Terapi ekspektatif jika tidak berhasil dilakukan Terminasi Kehamilan dengan SC dan anemia pada ibu dilakukan pemberian tablet Fe atau transfusi.