

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010).

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Marmi, 2012)

2. Jenis Persalinan

Menurut Manuaba (2010) persalinan terbagi menjadi 3 macam yaitu:

- a. Persalinan spontan. Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan dan tenaga dari sendiri.
- b. Persalinan buatan. Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c. Persalinan anjuran. Bila persalinan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan merangsang.

3. Proses terjadinya persalinan

Estrogen dan progesteron terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofase past posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hick* akan menjadi dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua hamil semakin sering kontraksi. Oksitosin

diduga bekerja sama atau melalui prostaglandin yang makin meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15. Di samping faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim (Manuaba, 2010).

Manuaba (2010) menyatakan bahwa teori yang mendasari terjadinya proses persalinan yaitu:

a. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

b. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitifitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai.

d. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur hamil 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap merupakan pemicu terjadinya persalinan.

e. Teori Hipotalamus-Pituitari

Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi (mulainya) persalinan.

4. Tahap persalinan

Manuaba (2010) menyatakan bahwa tahap persalinan terdiri dari:

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multi gravida sekitar 8 jam. Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan primi gravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

b. Kala II

Kala II atau kala pengusiran, gejala utama :

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, durasi 50-100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai pengeluaran cairan secara mendadak
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap, diikuti keinginan mengejan.
- 4) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, sub oksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala.
- 5) Kepala lahir seluruhnya diikuti oleh putaran paksi luar
- 6) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong
- 7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit.

c. Kala III (pelepasan uri)

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta, tanda-tandanya : uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan.

d. Kala IV (observasi)

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan). Perdarahan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc .

5. Tanda-tanda persalinan :

Simkin (2010) menyatakan bahwa tanda persalinan dikategorikan sebagai tanda kemungkinan, tanda awal dan tanda positif. Berikut merupakan tanda persalinan :

Tabel 2.1
Tanda Persalinan

| Kategori | Tanda |
|--|---|
| Tanda kemungkinan persalinan (Bisa atau tidak menjadi tanda awal dari persalinan, waktu akan menentukan) | Sakit pinggang, nyeri yang samar, ringan, mengganggu dapat hilang-timbul |
| | Kram pada perut bagian bawah seperti kram menstruasi dapat disertai rasa tidak nyaman pada paha |
| | Tinja yang lunak |
| | Buang air beberapa kali dalam beberapa jam, dapat disertai dengan kram perut atau gangguan pencernaan |
| | Desakan bebenah |
| | Lonjakan energi yang mendadak menyebabkan ibu melakukan aktivitas |

| Kategori | Tanda |
|---|--|
| | untuk menuntaskan persiapan bagi bayi |
| Tanda awal persalinan (Adalah tanda perkembangan, tetapi tetap dikaitkan dengan proses persalinan awal atau pra persalinan) | Kontraksi yang tidak berkembang Menjadi lebih lama/ lebih kuat dan atau dekat jaraknya bersamaan dengan berjalannya waktu, biasanya disebut sakit atau sangat kuat dan terasa di daerah perut pinggang |
| | Keluarnya darah Air lendir yang bernoda darah dari vagina |
| | Rembesan cairan ketuban dari vagina Disebabkan oleh robekan kecl pada membran (ROM) |
| Tanda positif persalinan (adalah tanda paling jelas bahwa leher rahim melebar) | Kontraksi yang berkembang Menjadi lebih lama, lebih kuat, dan/ atau lebih dekat jaraknya bersama dengan berjalannya waktu: biasanya disebut “sakit” atau “sangat kuat” dan terasa di daerah perut atau pinggang atau keduanya |
| | Aliran cairan ketuban yang deras dari vagina. Disebabkan oleh robekan membran yang besar (ROM) |

Sumber : Simkin (2010)

6. Mekanisme Persalinan

Menurut Manuaba (2008) proses persalinan ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu :

- a. Power, kekuatan his yang adekuat dan tambahan kekuatan mengejan
- b. Passage, jalan lahir tulang, jalan lahir otot
- c. Passanger, janin, plasenta dan selaput ketuban

Ketiga faktor utama ini sangat menentukan jalannya persalinan.

Menurut Wiknjosastro (2006), pada minggu-minggu terakhir kehamilan, segmen bawah lahir meluas untuk menerima kepala janin, terutama pada primipara. Supaya janin dapat dilahirkan, janin harus beradaptasi dengan jalan lahir selama proses penurunan. Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran disebut mekanisme persalinan, yang terdiri dari:

a. Engagement

Apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul. Pada wanita multipara hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang, sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul.

b. Penurunan (*descent*)

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan, yaitu :

- 1) Tekanan dari cairan amnion
- 2) Tekanan langsung kontraksi fundus pada janin
- 3) Kontraksi diafragma dan otot-otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan. Pada kehamilan pertama, penurunan berlangsung lambat, tetapi kecepatan sama.

c. Fleksi

Sejara setelah kepala yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan

dagu didekatkan ke arah dada janin. Dengan fleksi, *suboksipitobregmatika* yang berdiameter lebih kecil (9,5 cm) dapat masuk ke dalam pintu bawah panggul.

d. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi spina iskiadika, tetapi putaran ini belum selesai sampai bagian presentasi mencapai panggul bagian bawah.

e. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi, pertama-tama oksiput, kemudian wajah dan akhirnya dagu.

f. Restitusi dan putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas, gerakan ini dikenal sebagai restitusi. Putaran 45° membuat kepala janin kembali sejajar dengan punggung dan bahunya. Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan kepala.

g. Ekspulsi

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan bayi selesai. Ini merupakan akhir tahap kedua persalinan.

B. Partus Tidak Maju

1. Pengertian

Tidak adanya penurunan kepala, pembukaan, serta putaran paksi yang menunjukkan bahwa persalinan tidak maju dan perlu dilakukan tindakan (Oxform & Forte, 2010).

2. Penyebab

Achadiat (2010) menyatakan bahwa penyebab partus tidak maju dibedakan menjadi dua sebagai berikut:

a. Faktor ibu

1) Kelainan tenaga (*Power*) kelainan pada his atau tenaga mengejan

Kontraksi uterus yang tidak efektif menyebabkan kemajuan persalinan menjadi terhambat atau bahkan persalinan tidak maju sama sekali. Ini disebabkan karena kelelahan myometrium akibat persalinan yang lama (Oxorn & Forte, 2010).

Kontraksi uterus yang tidak efektif, ini terjadi karena adanya disfungsi uterus yang ditandai oleh kontraksi intensitas rendah, jarang, dan biasanya sering terjadi pada disproporsi fetopelvis yang signifikan (Leveno dkk, 2009). Dapat dilakukan terapi untuk kontraksi uterus yang tidak efektif adalah :

- a) Uterus diistirahatkan, karena umumnya pasien kelelahan baik fisik maupun mental sebaiknya dibantu agar dapat istirahat dengan sepuluh milligram morfin sulfat atau 100 mg demerol dapat memberi istirahat satu atau dua jam sedangkan untuk persalinan ini dapat menimbulkan dilatasi serviks, dan berikan infuse glukosa dalam air 5 % sebanyak 1 liter untuk memperbaiki status dehidrasi.
- b) Dipacu, yaitu dengan menambahkan 5 kesatuan *oxytocin* dalam satu liter glukosa dalam air 5 % dan ini diberikan sebagai infuse intravena. Tetesan dimulai perlahan-lahan, dengan kecepatan sekitar 10 tetes/menit. Tujuannya adalah untuk mencapai kontraksi uterus yang baik setiap 2 atau 3 menit, lamanya 45 sampai 60 detik (Oxorn & forte, 2010).
- c) Pecah ketuban dengan menggunakan Klem Kocher dan percepat persalinan menggunakan oksitosin. Kemudian kaji kembali kemajuan persalinan dengan periksa dalam 2 jam

setelah drip oksitosin dan diharapkan terbentuk kontraksi yang baik dan kuat. Jika tidak terjadi kemajuan persalinan dalam beberapa kali pemeriksaan, lahirkan janin melalui *sectio caessarea*, dan apabila kemajuan persalinan terjadi, lanjutkan infuse oksitosin dan periksa kembali setelah dua jam, dan lanjutkan mengikuti persalinan secara cermat.

2) Kelainan jalan lahir (*passage*) kelainan tulang panggul maupun jaringan lunak panggul

Bagian terbawah janin berada diatas panggul, atau biasanya kepala tidak turun ke panggul yang sering kali bisa disebabkan oleh masalah *disproporsi*, masalah ini terjadi dikarenakan adanya ukuran panggul yang kurang dari normal, serta ukuran janin yang terlalu berlebihan. Di panggul tengah terdapat kegagalan putaran paksi secara sebagian atau total/seluruhnya, ini disebabkan karena (Oxorn & Forte, 2010).

- a) Adanya disproporsi kepala panggul, disproporsi ini terjadi karena janin terlalu besar atau panggul ibu terlalu kecil. Jika persalinan terjadi dengan disproporsi, persalinan dapat terhenti atau bahkan tidak ada kemajuan dalam pembukaan.
 - b) Panggul tengah berbentuk android yaitu pintu atas panggul yang berbentuk segitiga.
- b. Faktor janin

Menurut Prawirohardjo (2010) penyebab partus tidak maju dari faktor janin sebagai berikut:

1) Posisi Oksipitalis Posterior Persisten

Dimana sutura sagitalis melintang atau miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada dikiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang atau kanan belakang. Ini dapat disebabkan karena penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Mekanisme persalinannya bila hubungan antara panggul dengan kepala janin cukup longgar persalinan dapat

dilakukan secara spontan, tetapi pada umumnya akan lebih lama untuk mengambil tindakan yang tepat maka persalinan yang aman bagi ibu dan janin adalah *sectio caesarea*

2) Presentasi Dahi

Presentasi dahi ialah keadaan dimana kedudukan kepala diantara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada umumnya presentasi dahi ini merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala.

Pada permulaan persalinan, diagnosis sulit ditegakkan. Pemeriksaan luar memberikan hasil seperti pada muka, tetapi bagian belakang kepala tidak seberapa menonjol. Denyut jantung janin jauh lebih jelas didengar dibagian dada, yaitu sebelah yang sama dengan bagian-bagian kecil. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, yang bila diikuti, pada ujung yang satu diraba ubun-ubun besar dan pada ujung lain teraba pangkal hidung dan lingkaran orbita, pada presentasi dahi ini mulut dan dagu tidak bisa diraba. Pada janin kecil masih bisa lahir spontan, tetapi janin dengan berat dan besar normal tidak dapat lahir spontan per vaginam.

3) Ukuran janin berlebihan

Janin yang ukurannya berlebihan bahkan kepala dan bahu akan mengalami kesulitan untuk melewati pintu atas panggul, janin yang ukurannya melebihi 4250-4500 kemungkinan harus dilakukan tindakan sesar secara selektif (Leveno dkk, 2009).

3. Pemeriksaan penunjang

- a. Ultrasonografi
- b. Pelvimetri Radiologic

4. Komplikasi

a. Komplikasi pada Ibu

1) Infeksi intrapartum

Bahaya yang serius akan mengancam ibu dan bayi apalagi jika ketuban sudah pecah, bakteri didalam cairan amnion akan menembus desidua serta pembuluh korion sehingga akan terjadi bakteremia dan sepsis pada ibu dan janin. Pneumonia pada janin, ini terjadi karena akibat aspirasi cairan amnion yang terinfeksi.

2) Cincin retraksi patologis

Cincin ini sering timbul akibat persalinan yang sulit yang disertai dengan peregangan dan penipisan berlebihan segmen bawah uterus. Antisipasi yang bisa dilakukan apabila terjadi cincin retraksi patologis diantaranya yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG dan pengakhiran persalinan dengan cara sectio caessarea.

3) Rupture uteri

Menurut Prawirohardjo (2010) penipisan abnormal segmen bawah uterus dapat menimbulkan bahaya serius selama partus tak maju, terutama bila wanita dengan paritas tinggi dan wanita yang mempunyai riwayat section caessarea. Apabila disproporsi antara kepala janin dengan panggul cukup besar dan tidak terjadi penurunan bagian terbawah janin maka segmen bawah uterus akan menjadi sangat regang yang kemudian dapat menyebabkan ruptur. Antisipasi yang dapat dilakukan apabila terjadi ruptur uteri diantaranya yaitu :

- a) Lakukan kolaborasi dengan dokter SpOG
- b) Berikan injeksi pethidin 50 mg untuk melemahkan kontraksi dan mengurangi nyeri
- c) Berikan infuse NaCl atau glukosa untuk mengatasi dehidrasi

- d) Berikan infuse cairan kristaloid atau RL untuk mengganti cairan yang hilang
- e) Lakukan transfuse darah
- f) Lakukan histerektomi

4) Pembentukan fistula

Apabila bagian terendah janin menekan kuat pintu atas panggul tetapi tidak maju untuk jangka waktu yang cukup lama, bagian jalan lahir yang terletak diantaranya dan dinding panggul dapat mengalami tekanan yang berlebihan. Karena gangguan sirkulasi, dapat terjadi nekrosis yang akan jelas dalam beberapa hari setelah melahirkan dan akan munculnya fistula vesikovaginal, vesikoservikal, atau rektovaginal (Leveno dkk, 2009)

b. Komplikasi pada Janin

- 1) Kaput Suksedaneum akibat dari panggul yang tidak normal pada saat terjadinya persalinan.
- 2) Moulase kepala janin ini terjadi akibat tekanan his yang kuat, lempeng-lempeng tulang tengkorak saling bertumpang tindih satu sama yang lain di sutura-sutura besar (Leveno dkk, 2009).
- 3) Cedera
- 4) Fetal distress atau gawat janin adalah ditemukannya denyut jantung janin di atas 160/menit atau di bawah 100/menit, denyut jantung tidak teratur, atau keluarnya mekonium yang kental pada awal persalinan, untuk memperbaiki apabila terjadi fetal distress menurut (Prawirohardjo, 2009) adalah :
 - a) Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG
 - b) Melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis anak
 - c) Miringkan ibu ke sebelah kiri untuk memperbaiki sirkulasi plasenta
 - d) Beri ibu oksigen dengan kecepatan 6-8 liter/menit dengan tujuan untuk membantu memperlancar pertukaran sirkulasi udara dari plasenta ke janin.

- e) Asfiksia, akibat partus tak maju atau partus lama dikarenakan adanya gangguan pada uteroplacental selama kontraksi rahim yang lama dan kuat. Penanganan yang bisa dilakukan apabila terjadi asfiksia yaitu lakukan resusitasi pada janin (Oxorn & Forte, 2010)

5. Patofisiologi

Partus tak maju merupakan penyulit persalinan dalam kala I, hal ini terjadi di karenakan adanya 2 faktor yaitu faktor ibu dan faktor janin, dimana dari faktor ibu adanya penyempitan pintu tengah panggul yang berbentuk android, tidak adanya penurunan kepala serta putaran paksi yang disebabkan karena disproporsi antara panggul dan janin, kontraksi uterus yang tidak adekuat sehingga menghambat kemajuan pembukaan. Dari faktor janin yang ditimbulkan yaitu adanya kelainan posisi seperti Posisi Oksipitalis Posterior Persisten atau ubun-ubun kecil janin melintang, presentasi dahi serta berat janin yang melebihi dari normal > 4250-4500 (Oxorn & Forte, 2010).

C. Anemia

1. Pengertian

Anemia adalah keadaan dimana kadar Hb dan/atau hitung eristrosit lebih rendah dari harga normal (Arif Mansjoer, 2001). Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari 12 gr% (Winkjosastro, 2002).

Anemia adalah keadaan dimana jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada dibawah normal. Anemia adalah pengurangan jumlah sel darah merah, kuantitas hemoglobin dan volume pada sel darah merah (Hematokrit per 100 ml darah). Anemia adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin dibawah 11g/dl pada trimester 1 dan 3 atau kadar <10,5g% pada trimester 2 (Sarwono Prawirohardjo, 1998)

Sedangkan anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dibawah 11 gr% pada trimester I dan III atau kadar <10,5 gr% pada trimester II (Saifuddin, 2002).

2. Etiologi

Menurut Rustam Mochtar, 1998, penyebab anemia secara umum antara lain ;

- a. Diet yang tidak mencukupi
- b. Kurang gizi (malnutrisi)
- c. Absorpsi yang menurun
- d. Penyakit-penyakit kronik seperti TBC, paru, cacing usus,
- e. Kerusakan pada sumsum tulang atau ginjal.
- f. Kekurangan zat besi, vitamin B6, vitamin B12, vitamin C dan asam folat
- g. Kerusakan pada sumsum tulang atau ginjal
- h. Perdarahan kronik
- i. Penghancuran sel darah merah
- j. Pertambahan darah tidak sebanding dengan pertambahan plasma
- k. Hipervolemia, menyebabkan terjadinya pengenceran darah.
- l. Kehilangan darah akibat perdarahan dalam atau siklus haid wanita
- m. Penyakit darah yang bersifat genetik : hemofilia. Thalasemia
- n. Parasit dan penyakit lain yang merusak darah : malaria
- o. Terlalu sering menjadi donor darah
- p. Gangguan penyerapan nutrisi (malabsorpsi)
- q. Infeksi HIV
- r. Kebutuhan yang meningkat pada kehamilan, laktasi
- s. Penyimpanan zat besi yang kurang.

3. Tanda dan Gejala

Untuk mengenali adanya anemia kita dapat melihat dengan adanya gejala-gejala seperti : keluhan letih, lemah, lesu, dan loyo yang berkepanjangan merupakan gejala khas yang menyertai anemia. Selain

gejala-gejala tersebut biasanya juga akan muncul keluhan sering sakit kepala, sulit konsentrasi, muka-bibir-kelopak mata tampak pucat, telapak tangan tidak merah, nafas terasa pendek, kehilangan selera makan serta daya kekebalan tubuh yang rendah sehingga mudah terserang penyakit. Jika anemia bertambah berat bisa menyebabkan stroke atau serangan jantung. Pada hamil muda sering terjadi mual muntah yang lebih hebat.

Gejala anemia pada kehamilan yaitu ibu mengeluh cepat lelah, sering pusing, palpitasi, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan turun (anoreksia), konsentrasi hilang, nafas pendek (pada anemia parah) dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda, perubahan jaringan epitel kuku, gangguan sistem neuromuskular, lesu, lemah, lelah, disphagia dan pembesaran kelenjar limpa.

4. Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Menurut Arif Mansjoer, untuk menegakkan diagnosis anemia dalam kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda. Pemeriksaan dan pengawasan tersebut dapat digunakan alat sahli. Klasifikasi Derajat Anemia Menurut WHO yang dikutip dalam buku Handayani W, dan Haribowo A S, (2008) :

- a. Normal, bila Hb 10,00 gr% -13,00 gr%
- b. Ringan, bila Hb 8,00 gr% -9,90 gr%
- c. Sedang, bila Hb 6,00 gr% -7,90 gr%
- d. Berat, bila Hb < 6,00 gr%

5. Efek Anemia Pada Persalinan

Anemia pada kehamilan trimester II dapat menyebabkan: Persalinan prematur, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrauterin sampai kematian, BBLR, gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah dan bahkan bisa mengakibatkan kematian. Saat inpartu, anemia dapat menimbulkan gangguan his baik primer maupun sekunder, janin akan lahir dengan anemia, dan persalinan

dengan tindakan yang disebabkan karena ibu cepat lelah. Untuk itu tindakan bidan dalam menghadapi persalinan dengan pasien anemia berat adalah merujuk dan meminta anggota keluarga membawa donor minimal 2 orang untuk persiapan jika diberikan tranfusi darah.

Alasan merujuk lainnya:

- a. Gangguan his kekuatan mengejan
- b. Pada kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar
- c. Pada kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan dan operasi kebidanan.
- d. Pada kala III (Uri) dapat diikuti Retencio Placenta, PPH karena Atonnia Uteri
- e. Pada kala IV dapat terjadi pendarahan Post Partum Sekunder dan Atonia Uteri (Ilmu Kebidanan; Kandungan dan Keluarga Berencana; 1998).

Pengaruh – pengaruhnya terhadap janin diantaranya :

- a. Abortus
- b. Kematian Interuterin
- c. Persalinan Prematuritas tinggi
- d. BBLR
- e. Kelahiran dengan anemia
- f. Terjadi cacat congenital
- g. Bayi mudah terjadi Infeksi sampai pada kematian
- h. Intelegensi yang rendah (Ilmu Kebidanan 1994).

Pengaruh terhadap ibu pasca persalinan :

- a. Terjadi Subinvolusi Uteri yang dapat menimbulkan perdarahan (atonia uteri)
- b. Memudahkan infeksi Puerpurium
- c. Berkurangnya pengeluaran ASI
- d. Dapat terjadi DC mendadak setelah bersalin
- e. Memudahkan terjadi Infeksi mammae
- f. Terjadinya Anemia kala nifas

- g. Retensio placenta
 - h. Perlukaan sukar sembuh
 - i. Mudah terjadi febris puerpuralis
6. Pengobatan Anemia dalam Kehamilan

Pengobatan anemia dalam kehamilan dapat dilakukan melalui pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium, termasuk pemeriksaan tinja sehingga diketahui adanya infeksi parasit, pengobatan infeksi untuk cacing relatif mudah dan murah,. Pemerintah telah menyediakan preparat besi untuk dibagikan kepada masyarakat. Contoh preparat besi lainnya arralat , beosanbe, iberet, vitonal dan hemaviton. Semua preparat tersebut dapat dibeli dengan bebas, mengonsumsi suplemen penambah zat besi juga bisa membantu mencegah dan mengatasi anemia. Tetapi sebaiknya tidak bergantung pada obat atau suplemen tambah darah saja, yang paling penting adalah menjaga pola makan yang baik dengan mengonsumsi bahan makanan yang kaya asam folat dan zat besi yang berperan dalam pembentukan sel darah merah yang dapat diperoleh dari daging, sayuran hijau dan susu.

7. Pencegahan Anemia

Anemia dapat dicegah dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Zat besi dapat diperoleh dengan cara mengonsumsi daging (terutama daging merah) seperti sapi. Zat besi juga dapat ditemukan pada sayuran berwarna hijau gelap seperti bayam dan kangkung, buncis, kacang polong, serta kacang-kacangan. Perlu diperhatikan bahwa zat besi yang terdapat pada daging lebih mudah diserap tubuh daripada zat besi pada sayuran atau pada makanan olahan seperti sereal yang diperkuat dengan zat besi.

Anemia juga bisa dicegah dengan mengatur jarak kehamilan atau kelahiran bayi. Makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan, akan makin banyak kehilangan zat besi dan menjadi makin anemis. Jika persediaan cadangan Fe minimal, maka setiap kehamilan

akan menguras persediaan Fe tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia pada kehamilan berikutnya. Oleh karena itu, perlu diupayakan agar jarak antar kehamilan tidak terlalu pendek, minimal lebih dari 2 tahun.

D. Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah penerapan fungsi, kegiatan dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan dan atau masalah kebidanan meliputi masa kehamilan, persalinan, nifas bayi dan keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi perempuan serta pelayanan kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2003).

1. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney yang menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis yaitu :

Langkah 1 : Mengumpulkan data baik melalui anamnesa dan berikut adalah pemeriksaan yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara menyeluruh.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk memperoleh data dapat dilakukan dengan cara :

- a. Pengalaman riwayat
- b. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Pemeriksaan khusus
- d. Pemeriksaan penunjang

Langkah berikut merupakan langkah yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya.

Langkah 2 : Menginterpretasikan data dengan tepat untuk mengidentifikasi masalah atau diagnosa

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

Langkah 3 : Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial atau mungkin timbul untuk mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini, penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Langkah 4 : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera, sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kegawatan, tetapi memerlukan keputusan konsultasi dan kolaborasi dokter.

Langkah 5 : Menyusun rencana asuhan secara menyeluruh dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah-langkah sebelumnya.

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut. Seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologi.

Langkah 6 : Pelaksanaan pemberian asuhan dengan memperhatikan efisiensi dan keamanan tindakan.

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggungjawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan.

Langkah 7 : Mengevaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan.

Dilakukan secara siklus dan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif, untuk mengetahui faktor yang menguntungkan dan menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan. Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah diidentifikasi di alam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

E. Dasar Hukum Kewenangan Bidan

Dalam melakukan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan anemia, seseorang bidan akan membatasi kewenangannya sesuai dengan:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 28 Tahun 2017 ijin dan penyelenggaraan praktik bidan disebutkan pada

a. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak, dan
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. Pasal 19

1) Pelayanan kesehatan ibu yang dimaksudkan pasal 18 a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

1. Pelayanan konseling pada masa pra hamil
2. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
3. Pelayanan persalinan normal
4. Pelayanan ibu nifas normal
5. Pelayanan ibu menyusui, dan
6. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:

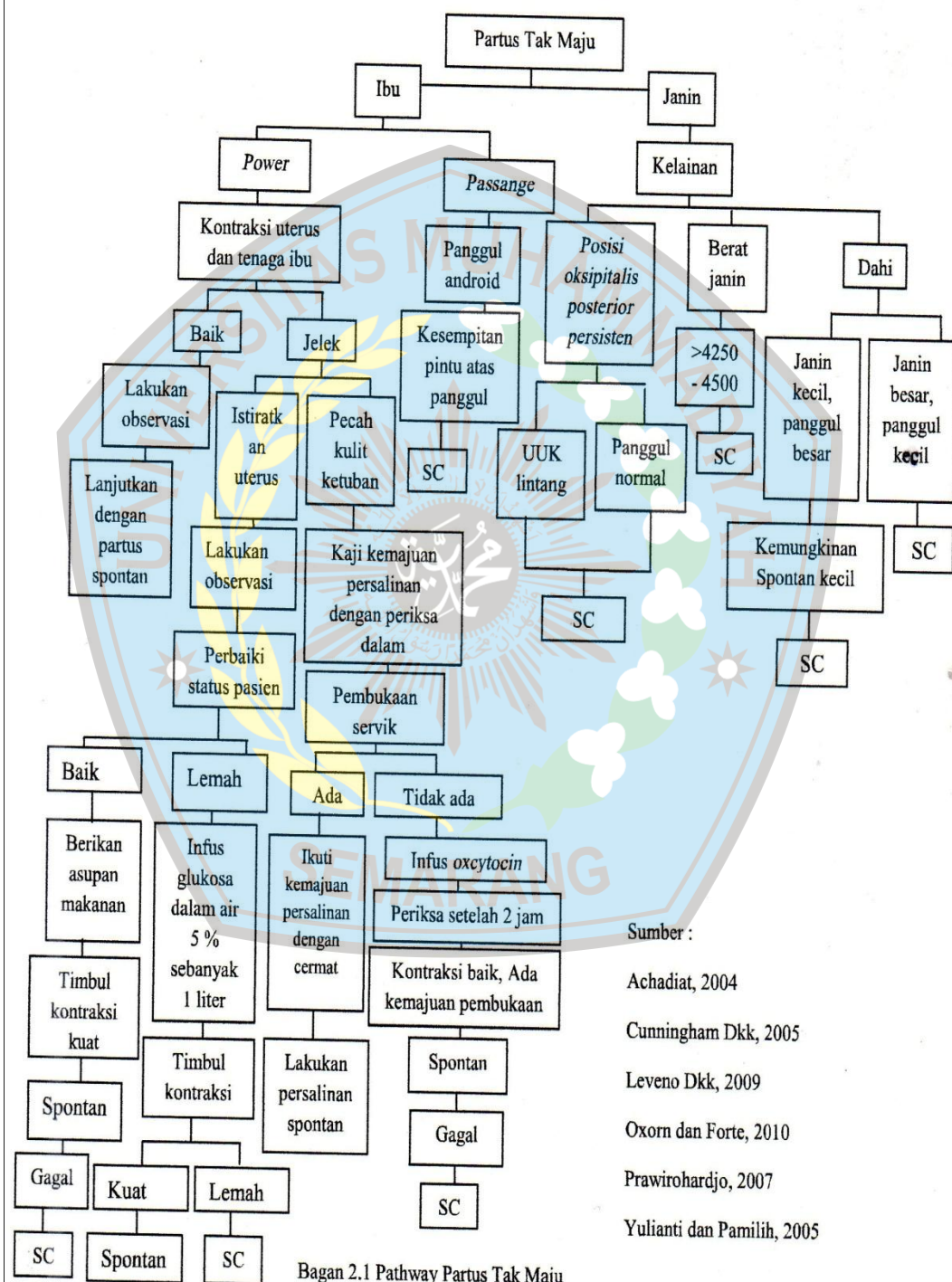
- a) Episiotomi
- b) Pertolongan persalinan normal
- c) Penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II
- d) Penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan dengan rujukan

- e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - f) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - g) Fasilitas / bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi ASI eksklusif
 - h) Pemberian utrotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - i) Penyuluhan dan konseling
 - j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan
 - k) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran
- c. Pasal 20
- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksudkan dalam pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
 - 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bidan berwenang melakukan :
 - a) pelayanan neonatal esensial;
 - b) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
 - c) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d) konseling dan penyuluhan
 - 3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
 - 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi

- a) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung,
- b) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO)



g. Pathway

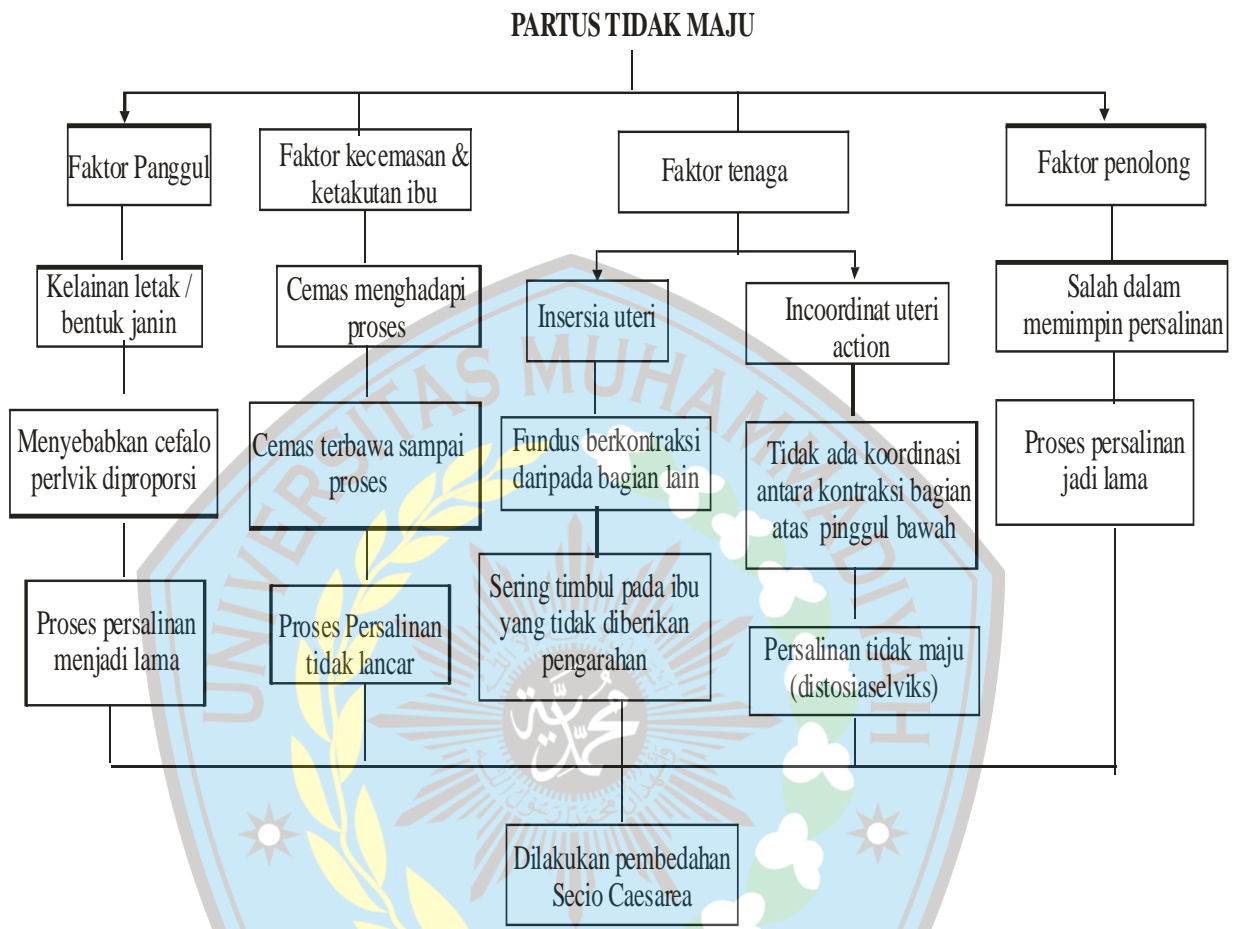


Sumber :

- Achadiat, 2004
- Cunningham Dkk, 2005
- Leveno Dkk, 2009
- Oxorn dan Forte, 2010
- Prawirohardjo, 2007
- Yulianti dan Pamilih, 2005

Bagan 2.1 Pathway Partus Tak Maju

G. Pathways Partus Tidak Maju



Bagan 2.2
Pathways Partus Tidak Maju

Sumber: Oxorn & Forte (2010)