

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Tentang Post Date**

##### **2.1.1 Definisi Post Date**

Kehamilan post date adalah kehamilan yang telah berlangsung selama 42 minggu (294 hari) atau lebih, pada siklus haid teratur rata-rata 28 hari dan hari pertama haid terakhir diketahui dengan pasti (Nugroho, 2011).

Kehamilan post date adalah kehamilan yang menetap selama 42 minggu atau lebih dari awitan suatu periode haid yang diikuti oleh ovulasi 2 minggu setelahnya (Gant, 2010).

##### **2.1.2 Etiologi Post Date**

Penyebab pasti kehamilan post date sampai saat ini belum diketahui. Beberapa teori yang diajukan pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan post date sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan yaitu:

- 1) Pengaruh progesteron yaitu penurunan progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin,
- 2) Teori oksitosin yaitu pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan post date memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisi ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab,
- 3) Teori kortisol / ACTH janin yaitu dalam teori kortisol diajukan bahwa sebagai "pemberi tanda" untuk dimulainya

persalinan adalah janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin, 4) Syaraf uterus yaitu tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan membangkitkan kontraksi uterus. Pada keadaan dimana tidak ada tekanan pada pleksus ini, seperti pada kelainan letak, tali pusat pendek dan bagian bawah masih tinggi kesemuanya diduga sebagai penyebab terjadinya kehamilan post date, 5) Herediter yaitu beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan post date, mempunyai kecenderungan untuk melahirkan post date pada kehamilan berikutnya (Fadlun dan Feryanto, 2012).

### **2.1.3 Patofisiologi Post Date**

Masalah dari kehamilan post date adalah masalah terbesar pada resiko kematian ibu dan janin yaitu disebabkan plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO<sub>2</sub> atau O<sub>2</sub> sehingga janin mempunyai risiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurunnya sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan pertumbuhan janin makin lambat, terjadi perubahan metabolisme janin, air ketuban berkurang dan makin kental, sebagian janin bertambah berat, sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, berkurangnya nutrisi dan O<sub>2</sub> ke janin yang menimbulkan asfiksia dan setiap saat dapat meninggal dalam rahim, saat persalinan janin lebih mudah mengalami asfiksia (Manuaba, 2010).

### **2.1.4 Diagnosis Post Date**

Tidak jarang seorang dokter mengalami kesulitan dalam menentukan diagnosis kehamilan post date karena diagnosis ini ditegakkan berdasarkan umur

kehamilan, bukan terhadap kondisi kehamilan. Beberapa kasus yang dinyatakan sebagai kehamilan post date merupakan kesalahan dalam menentukan umur kehamilan. Lipshutz menyatakan bahwa kasus kehamilan post date yang tidak dapat ditegakkan secara pasti diperkirakan sebesar 22%. Dalam menentukan diagnosis kehamilan post date di samping dari riwayat menstruasi, sebaiknya dilihat pula hasil pemeriksaan antenatal:

1. Riwayat haid yaitu diagnosis kehamilan post date tidak sulit untuk ditegakkan bila hari pertama haid terakhir (HPHT) diketahui dengan pasti.
2. Riwayat pemeriksaan antenatal
  - a. Tes kehamilan yaitu bila pasien melakukan pemeriksaan tes imunologi setelah terlambat 2 minggu, maka dapat diperkirakan kehamilan memang telah berlangsung 6 minggu.
  - b. Gerak janin yaitu gerak janin pada umumnya dirasakan ibu pada umur kehamilan 18-20 minggu. Pada primigravida dirasakan sekitar umur kehamilan 18 minggu, sedangkan multigravida pada 16 minggu. Petunjuk umum untuk menentukan persalinan adalah gerak janin ditambah 22 minggu pada primigravida atau ditambah 24 minggu pada multiparitas.
  - c. Denyut jantung yaitu dengan stetoskop Laennec, DJJ dapat didengar mulai umur kehamilan 18-20 minggu, sedangkan dengan Doppler dapat terdengar pada usia kehamilan 10-12 minggu.

### 3. Tinggi fundus uteri

Dalam trimester I, pemeriksaan tinggi fundus uteri dapat bermanfaat bila dilakukan pemeriksaan secara berulang tiap bulan. Lebih dari 20 minggu,

tinggi fundus uteri dapat menentukan umur kehamilan secara kasar (Fadlun dan Feryanto, 2012). Jarak antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus. Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri:

- a. 12 minggu :  $\frac{1}{3}$  di atas simpisis
- b. 16 minggu :  $\frac{1}{2}$  di atas simpisis-pusat
- c. 20 minggu :  $\frac{2}{3}$  di atas simpisis
- d. 22 minggu : setinggi pusat
- e. 28 minggu :  $\frac{1}{3}$  di atas pusat
- f. 34 minggu :  $\frac{1}{2}$  pusat-proxesus xipoideus
- g. 36 minggu : setinggi proxesus xipoideus
- h. 40 minggu : 2 jari (4 cm) di bawah proxesus xipoideus (Manuaba, 2010).

Pemeriksaan palpasi Leopold dilakukan dengan sistematika:

- a. Leopold I : menentukan tinggi fundus dan meraba bagian janin yang di fundus dengan kedua telapak tangan.
- b. Leopold II : kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri-kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian besar (biasanya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bulat (kepala) janin.
- c. Leopold III : satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak di bawah (di atas simfisis) sementara tangan lainnya menahan fundus untuk untuk di fiksasi.
- d. Leopold IV : kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri-kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/melewati pintu panggul. Pada kehamilan aterm, perkiraan berat janin dapat

menggunakan rumus cara Johnson-Tausak yaitu :  $TFU \text{ (cm)} - (11,12,13) \times 155 \text{ gr}$  (Rustam mochtar).

- a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis.
- b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- c) 3/5 jika sebagian (2/5) jika sebagian dari bagian terbawah janin masi berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- d) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- e) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah (JNPK-KR, 2008).

### **2.1.5 Komplikasi dalam Post Date**

Komplikasi pada janin

#### **1. Kelainan pertumbuhan janin**

- a. Berat janin yaitu bila terjadi perubahan anatomi yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin. Sesudah umur kehamilan 36 minggu, grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu.
- b. Sindrom postmaturitas yaitu dapat dikenali pada neonatus dengan ditemukan beberapa tanda seperti gangguan pertumbuhan, dehidrasi, kulit kering, keriput seperti kertas (hilangnya lemak subkutan), kuku

tangan dan kaki panjang, tulang tengkorak lebih keras, hilangnya verniks kaseosa dan lanugo, maserasi kulit terutama daerah lipat paha dan genetalia luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, muka tampak menderita dan rambut kepala banyak atau tebal.

2. Komplikasi perinatal yaitu kematian perinatal menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih sebagian besar terjadi intrapartum. Umumnya disebabkan karena makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan, insufisiensi plasenta akibatnya pertumbuhan janin terhambat/ligohidroamnion yaitu terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental, hipoksia janin, dan terjadi cacat bawaan terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus.
3. Komplikasi pada ibu yaitu morbiditas/mortalitas ibu dapat meningkatkan sebagian akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan distosia persalinan, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik dan perdarahan post partum. Dan terjadi pada aspek emosi yaitu ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan (Fadlun dan Feryanto, 2012).

#### **2.1.6 Manifestasi Klinis Post Date**

Keadaan klinis yang dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan kardiotokografi kurang dari 10 kali/20 menit. Pada bayi akan ditemukan tanda-

tanda lewat waktu yang terbagi menjadi: a) Stadium I yaitu kulit kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas, b) Stadium II yaitu seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit, c) Stadium III yaitu seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat (Nugroho, 2011).

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Post Date**

Pemeriksaan penunjang dilakukan bila sarana dan dana memungkinkan dengan cara: 1) Sitologi vagina yaitu indeks kariopiknotik meningkat ( $> 20\%$ ), 2) Foto rongen yaitu melihat inti penulangan terutama pada os kuboid, proximal tibia dan bagian distal femur, 3) USG yaitu menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besarnya janin, keadaan janin, 4) Kardiotokografi yaitu menilai kesejahteraan janin dengan NST (reaktif atau tidak reaktif) maupun CST (negatif atau positif), 5) Amnioskopi yaitu warna air ketuban, 6) Amniosintesis yaitu pemeriksaan kadar lesitin-sfingomoelin ( $> 12$ : matur), Shakefoam test (buih bertahan  $> 15$  menit: matur), pemeriksaan aktivitas tromboplastin dalam cairan amnion/ATCA ( $< 45$  detik: serotinus), pemeriksaan sitologi sel dalam cairan amnion mengandung lemak ( $50\% \geq$  : aterm) (Nugroho, 2011).

### **2.1.8 Penatalaksanaan Medis Post Date**

Pengelolaan kehamilan post date dapat dilakukan dengan dua cara : 1) Pengelolaan aktif yaitu dengan melakukan persalinan anjuran (induksi persalinan) pada usia kehamilan 41 atau 42 minggu untuk memperkecil risiko terhadap janin. 2) Pengelolaan pasif/menunggu/ekspektatif, didasarkan pandangan bahwa persalinan anjuran yang dilakukan semata-mata atas dasar kehamilan post date

mempunyai resiko/komplikasi cukup besar terutama resiko persalinan operatif sehingga menganjurkan untuk dilakukan pengawasan terus-menerus terhadap kesejahteraan janin, baik secara biofisik maupun biokimia sampai persalinan berlangsung dengan sendirinya atau timbul indikasi untuk mengakhiri kehamilan.

Pengelolaan selama persalinan adalah sebagai berikut: 1) Pemantauan yang baik terhadap ibu (aktivitas uterus) dan kesejahteraan janin. Pemakaian *continous electronic fetalmonitoring* sangat bermanfaat, 2) Hindari penggunaan obat penenang atau analgetik selama persalinan, 3) Awasi jalannya persalinan, 4) Persiapan oksigen dan SC bila sewaktu-waktu terjadi kegawat janin, 5) Cegah terjadinya aspirasi mekonium dengan segera mengusap wajah neonatus dan pengisapan pada tenggorokan saat kepala lahir dilanjutkan resusitasi sesuai prosedur pada janin dengan cairan ketuban bercampur mekonium, 6) Pengawasan ketat terhadap neonatus dengan tanda-tanda post date (Fadlun dan Feryanto, 2012).

## **2.2 Konsep Manajemen Kebidanan**

### **2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan**

Asuhan kebidanan adalah proses pemecahan masalah dengan metode pengaturan pemikiran dan tindakan dalam suatu urutan yang logis baik pasien maupun petugas kesehatan (Sudarti, 2010).

Peran bidan dalam melakukan pengawasan kehamilan, dapat memperkirakan bahwa kehamilan post date dengan cara: 1) Anamnesis, dimana kehamilan belum lahir setelah melewati waktu 42 minggu, gerak janinnya makin berkurang dan kadang-kadang berhenti sama sekali. Hasil anamnesa penderita perlu diperhatikan sebagai dasar permulaan, 2) Hasil pemeriksaan dapat dijumpai

berat badan ibu tetap atau menurun, air ketuban terasa berkurang, dan gerak janin menurun, 3) Sikap bidan menghadapi keadaan demikian adalah melakukan konsultasi dengan dokter, menganjurkan untuk melakukan persalinan di rumah sakit dan penderita dirujuk ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan yang adekuat (Manuaba, 2010).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah. Penemuan–penemuan keterampilan dalam rangkaian/tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

### **2.2.2 Konsep Manajemen Kebidanan menurut Hellen Varney**

Varney (1997) menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat dan bidan pada awal 1970–an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode pengorganisasian pemikiran dan tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan, baik pada klien ataupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen bukan hanya terdiri atas pemikiran dan tindakan, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar layanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Dengan demikian, proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberi pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan, dan penilaian yang terpisah, pisah, menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah disempurnakan secara berkala. Proses di mulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu

kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

1. Langkah I : Pengumpulan data dasar.

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah II : Interpretasi data dasar.

Pada tahapan ini bidan mengidentifikasi diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien secara tepat berdasarkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa sama-sama di gunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah seringkali berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan arahan. Masalah ini sering kali menyertai diagnosis.

3. Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial.

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini membutuhkan upaya antisipasi atau bila memungkinkan upaya pencegahan, sambil mengamati kondisi klien. Bidan

diharapkan dapat bersiap–siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4. Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Pada tahapan ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun dokter atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain, manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan.

5. Langkah V : Merencanakan asuhan yang menyeluruh.

Pada tahapan ini, bidan merencanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan menurut langkah–langkah sebelumnya. Tahapan ini merupakan kelanjutan manajemen diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi sebelumnya, dan bidan dapat segera melengkapi informasi/data yang tidak lengkap.

6. Langkah VI : Melaksanakan perencanaan.

Pada langkah 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 dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam upaya kolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan

bersama tersebut. Manajemen yang efisien akan menghemat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

#### 7. Langkah VII : Evaluasi.

Pada langkah ini bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosa yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bila saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. Mengingat manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu kontinuitas atau cara. Bidan perlu mengulang kembali dari awal sampai asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Proses manajemen tersebut berlangsung didalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik (Saminem, 2010).

### **2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Pada Ibu Dengan Post Date**

#### **2.3.1 Kehamilan**

##### **1. Pengumpulan data dasar**

###### a. Data Subyektif

###### 1) Keluhan

Cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati tafsiran persalinan (Fadlun dan Feryanto, 2012).

## 2) Riwayat Kehamilan

- a) Riwayat Haid yaitu hari pertama haid terakhir (HPHT), siklus 28 hari dan teratur, usia kehamilan > 42 minggu (Fadlun dan Feryanto, 2012).
- b) Riwayat kehamilan pada ibu yang mengalami kehamilan post date, mempunyai kecenderungan untuk melahirkan post date pada kehamilan berikutnya (Fadlun dan Feryanto, 2012).

## b. Data Obyektif

- 1) Pemeriksaan umum pada keadaan emosional yaitu cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati tafsiran persalinan (Fadlun dan Feryanto, 2012).

## 2) Pemeriksaan Fisik

### a) Inspeksi

Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan kardiotokografi kurang dari 10 kali/20 menit (Nugroho, 2011).

### b) Auskultasi

Denyut Jantung Janin (DJJ) 120-160 kali/menit interval teratur (APN, 2008).

## 3) Pemeriksaan Penunjang

### a) Ultrasonografi (USG)

Tampak kepala janin, besarnya janin, keadaan janin, derajat maturitas plasenta, menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban (Nugroho, 2010).

b) Radiologi

Tampak penulangan epifisis femur, epifisis proksimal, epifisis kuboid (Fadlun dan Feryanto, 2012).

c) Cairan amnion

Kadar lesitin/spingomielin melihat janin cukup umur/matang untuk dilahirkan, aktivitas tromboplastin cairan amnion (ATCA) melihat cairan amnion dan sitologi cairan amnion yaitu melihat sel lemak dalam cairan amnion (Fadlun dan Feryanto, 2012).

d) Foto rontgen

Melihat inti penulangan os kuboid, proksimal tibia dan bagian distal femur (Nugroho, 2010).

e) Karditokografi

Menilai kesejahteraan janin dengan NST (reaktif/tidak reaktif) (Nugroho, 2010).

f) Amnioskopi

Warna air ketuban (Nugroho, 2011).

## 2. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan > 42 minggu, hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, intrauteri/ekstrauteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin dengan post date (Saminem, 2009).
- b. Masalah : Cemas apabila kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan (Fadlun dan Feryanto, 2012).
- c. Kebutuhan : Memberi support pada ibu.

### **3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial**

Terhadap janin yaitu berat badan bertambah besar, tetap dan ada yang berkurang, sesudah kehamilan 42 minggu (Fadlun dan Feryanto, 2012).

### **4. Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan**

Kolaborasi dengan dr.Sp.OG/dr. spesialis kandungan dan rujukan terencana (Nugroho, 2011).

### **5. Intervensi**

a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu  $\pm$  30 menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh bidan.

b. Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu dan janin baik, tidak terjadi komplikasi.

c. Intervensi dan Rasionalisasi

1) Lakukan pendekatan pada ibu dan bina hubungan baik.

Rasional : Langkah awal bagi bidan dalam membina hubungan komunikasi yang efektif.

2) Beritahu ibu hasil pemeriksaan.

Rasional : Mengetahui keadaan ibu dan bayinya.

3) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda bahaya kehamilan post date

Rasional : Meningkatkan pengetahuan ibu dan deteksi dini adanya komplikasi.

4) Jelaskan tanda-tanda persalinan.

Rasional : Mengetahui tanda-tanda persalinan ibu dapat segera datang ke petugas kesehatan.

5) Anjurkan ibu untuk melakukan hubungan seksual secara pelan-pelan dan berhati-hati.

Rasional : Masuknya sperma (prostaglandin) akan merangsang timbulnya kontraksi.

6) Anjurkan ibu melakukan pemeriksaan USG.

Rasional : Memantau kondisi ibu dan janin.

7) Anjurkan ibu kontrol setelah USG atau jika ada tanda-tanda persalinan.

Rasional : Mengetahui pertumbuhan janin dan kesehatan ibu.

### **2.3.2 Persalinan**

#### **1. Pengumpulan data dasar**

##### **a. Data Subyektif**

Keluhan yaitu kenceng-kenceng dan tahu tanda-tanda gejala inpartu (APN, 2008).

##### **b. Data Obyektif**

###### **1) Pemeriksaan Umum**

Keadaan emosional yaitu cemas akan menghadapi persalinan (Fadlun dan Feryanto, 2012).

###### **2) Pemeriksaan Fisik**

a) Leopold I : Menentukan tinggi fundus dan meraba bagian janin yang di fundus dengan kedua telapak tangan.

b) Leopold II : Kedua telapak tangan menekan uterus dari kiri-kanan, jari kearah kepala pasien, mencari sisi bagian

besar (biasanya punggung) janin, atau mungkin bagian keras bulat (kepala) janin.

- c) Leopold III : Satu tangan meraba bagian janin apa yang terletak di bawah (diatas simfisis) sementara tangan lainnya menahan fundus untuk untuk di fiksasi.
- d) Leopold IV : Kedua tangan menekan bagian bawah uterus dari kiri-kanan, jari kearah kaki pasien, untuk konfirmasi bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian tersebut sudah masuk/melewati pintu panggul.
- e) Inspeksi : Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/20 menit atau secara obyektif dengan kardiotokografi kurang dari 10 kali/20 menit (Nugroho, 2011).

## **2. Interpretasi Data Dasar**

- a. Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan > 42 minggu, hidup/mati, tunggal/gemeli, letak/presentasi, intrauteri/ekstrauteri, kesan jalan lahir, keadaan ibu dan janin, inpartu kala I fase aktif/ laten dengan post date (Saminem, 2009).
- b. Masalah : Masalah yang mungkin timbul pada ibu bersalin dengan postdate adalah cemas (Manuaba, 2010).
- c. Kebutuhan : Kebutuhan untuk ibu bersalin dengan post date dalam menghadapi persalinan adalah informasi dan edukasi tentang kehamilan post date dan pelaksanaannya serta support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan.

### **3. Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial**

- a. Komplikasi pada ibu yaitu partus lama, perdarahan post partum (Fadlun dan Feryanto, 2012).
- b. Komplikasi pada janin yaitu distosia persalinan, makrosomia, ligohidramnion, cacat bawaan (Fadlun dan Feryanto, 2012).

### **4. Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan**

- a. Berikan nutrisi pada ibu
- b. Pantau kemajuan persalinan secara cermat
- c. Kolaborasi dengan dr.Sp.OG/ dr. spesialis kandungan dan rujukan terencana (RS) (Nugroho, 2011).

### **5. Intervensi**

- a. Kala I

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 14 jam (fase laten 8 jam, fase aktif 6 jam) pada primigravida dan selama 7 jam (fase laten 4 jam, fase aktif 3 jam) pada multigravida diharapkan terjadi pembukaan lengkap.

Kriteria Hasil : Pembukaan lengkap, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah sistole 100-140 mmHg dan diastole 60-90 mmHg, suhu 36,5-37,5°C, nadi 80-100 kali/menit, pernafasan 16-24 kali/menit.

Implementasi :

- 1) Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- 2) Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- 3) Beri asuhan sayang ibu, berikan dukungan emosional, atur posisi ibu, berikan nutrisi dan cairan yang cukup, anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih, dan lakukan pencegahan infeksi.
- 4) Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
- 5) Observasi DJJ setiap 30 menit.
- 6) Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf.
- 7) Persiapan Rujukan.

b. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan kebidanan  $\pm$  60 menit untuk multigravida dan  $\pm$  120 menit untuk primigravida persalinan dapat berjalan normal.

Kriteria hasil : Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan.

Implementasi :

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala II yaitu ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran, merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan sfingter ani membuka.

- 2) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yaitu menggelar kain di tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi dan menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Memakai celemek
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril) dan letakkan di partus set/wadah DTT atau steril.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- 9) Mencilupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 10) Mendengarkan denyut jantung janin batas normal 120-160 kali/menit.
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his.

- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman.
- 15) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16) Mengambil kain bersih, lipat 1/3 bagian dan letakkan di bawah bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat sub-occiput tampak dibawah symphysis, tangan kanan melindungi perineum dengan dialas lipatan kain dibawah bokong ibu, sementara tangan kiri menahan puncak kepala agar tidak terjadi defleksi yang terlalu cepat saat kepala lahir.
- 20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar kepala menghadap kesalah satu paha ibu, tempatkan kedua telapak tangan biparietal kepala janin, tarik secara hati-hati

kearah bawah sampai bahu anterior/depan lahir, kemudian tarik secara hati-hati keatas sampai bahu posterior/belakang lahir.

- 23) Setelah bahu lahir, tangan kanan menyangga kepala, leher dan bahu janin bagian posterior dan lakukan sangga susur.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Menilai segera bayi baru lahir yaitu menangis kuat/tidak dan bergerak dengan aktif/tidak.
- 26) Segera mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering dan membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Meletakkan kain bersih dan kering pada perut ibu. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi.

c. Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit diharapkan plasenta lahir spontan.

Kriteria hasil : Plasenta lahir lengkap, tidak terjadi perdarahan, kontraksi uterus keras.

Implementasi :

- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik agar uterus berkontraksi baik.

- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- 30) Setelah 2 menit jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.
- 31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan pengguntingan (lindungi perut bayi) tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- 32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 33) Menengkurapkan bayi pada perut/dada ibu (*skin to skin*) selimuti tubuh bayi dan ibu, memasang topi pada kepala bayi kemudian biarkan bayi melakukan inisiasi menyusu dini.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan tangan kiri di atas simpisis menahan bagian bawah uterus, sementara tangan kanan memegang tali pusat menggunakan klem atau kain kasa dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36) Saat uterus kontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorso kranial.
- 37) Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas,

mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras).

40) Sambil tangan kiri melakukan massage pada fundus uteri, periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia.

d. Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, tidak terjadi perdarahan dan komplikasi.

Implementasi :

41) Memeriksa apakah ada robekan pada introitus vagina dan perineum yang menimbulkan perdarahan aktif.

- 42) Memeriksa kembali kontraksi uterus dan tanda adanya perdarahan pervaginam pastikan kontraksi uterus baik.
- 43) Membiarkan bayi berada di atas perut ibu setidaknya sampai menyusui selesai.
- 44) Menimbang berat badan bayi, olesi mata dengan salep Tetrasiklin 1 % kemudian berikan vitamin K 1 injeksi 1 mg IM di paha kiri.
- 45) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (*Uniject*) di paha kanan anterolateral.
- 46) Melanjutkan pemantauan terhadap kontraksi uterus, tanda perdarahan pervaginam dan tanda vital ibu :
  - (a) 2-3 kali dalam 10 menit pertama pasca persalinan
  - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
  - (c) Setiap 20-23 menit pada 1 jam kedua pasca persalinan
- 47) Mengajarkan ibu/keluarga untuk memeriksa merasakan uterus yang memiliki kontraksi baik dan mengajarkan untuk melakukan massase uterus apabila kontraksi uterus tidak baik.
- 48) Mengevaluasi jumlah perdarahan yang terjadi.
- 49) Memeriksa tekanan darah dan nadi ibu.
- 50) Memeriksa kembali untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- 51) Merendam semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

- 52) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan ibu dari sisa air ketuban, lendir dan darah dengan menggunakan air DTT. Mengganti pakaiannya dengan pakaian bersih/kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %.
- 56) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan 0,5 % lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 %.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 58) Melengkapi partograf (APN, 2008).

### **2.3.3 Nifas**

#### **1. Pengumpulan data dasar**

##### **a. Data Subyektif**

- 1) Keluhan utama : Nyeri perut (after pains), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, konstipasi dan nyeri pada luka jahitan ( Varney, 2007).
- 2) Riwayat Psikososiospiritual : Post partum blues sering terjadi pada awal setelah melahirkan, dimana ditandai dengan menangis, merasa letih karena melahirkan, gelisah, perubahan alam perasaan, menarik diri, serta reaksi negatif terhadap bayi dan keluarga.

## b. Data Obyektif

### 1) Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : baik

Tanda-tanda vital : Tekanan darah yaitu < 140/90 mmHg, nadi: 60 kali/menit, pernafasan : > 30x/menit, Suhu : 37,2 °C-37,5 °C (Suherni, 2009).

### 2) Pemeriksaan Fisik

a) Payudara : Membesarnya, adanya hiperpigmentasi areola, kebersihan cukup, ASI sudah keluar (Mochtar, 2011).

b) Abdomen : TFU : 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, dan kandung kemih kosong (Suherni, 2009).

c) Genetalia : Terdapat lochea rubra, oedem/tidak, keadaan jahitan, tanda-tanda infeksi pada luka jahitan, dan kebersihan perineum (Suherni, 2009).

## 2. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa : PAPIAH , 2 jam post partum.

b. Masalah : Nyeri perut (after pains), pembesaran payudara, keringat berlebih, nyeri perineum, post partum blues (Varney, 2007).

c. Kebutuhan : Health education mobilisasi, nutrisi, aktivitas, personal hygiene, dukungan emosional.

## 3. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

Upaya antisipasi atau upaya pencegahan terhadap suatu komplikasi, komplikasi yang dapat terjadi antara lain: bendungan payudara, depresi post partum (Marmi, 2011).

#### **4. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan**

Bidan perlu adanya kolaborasi kepada tim kesehatan yang lain jika diagnosa/masalah potensial benar terjadi.

#### **5. Intervensi**

a. 6-8 jam post partum:

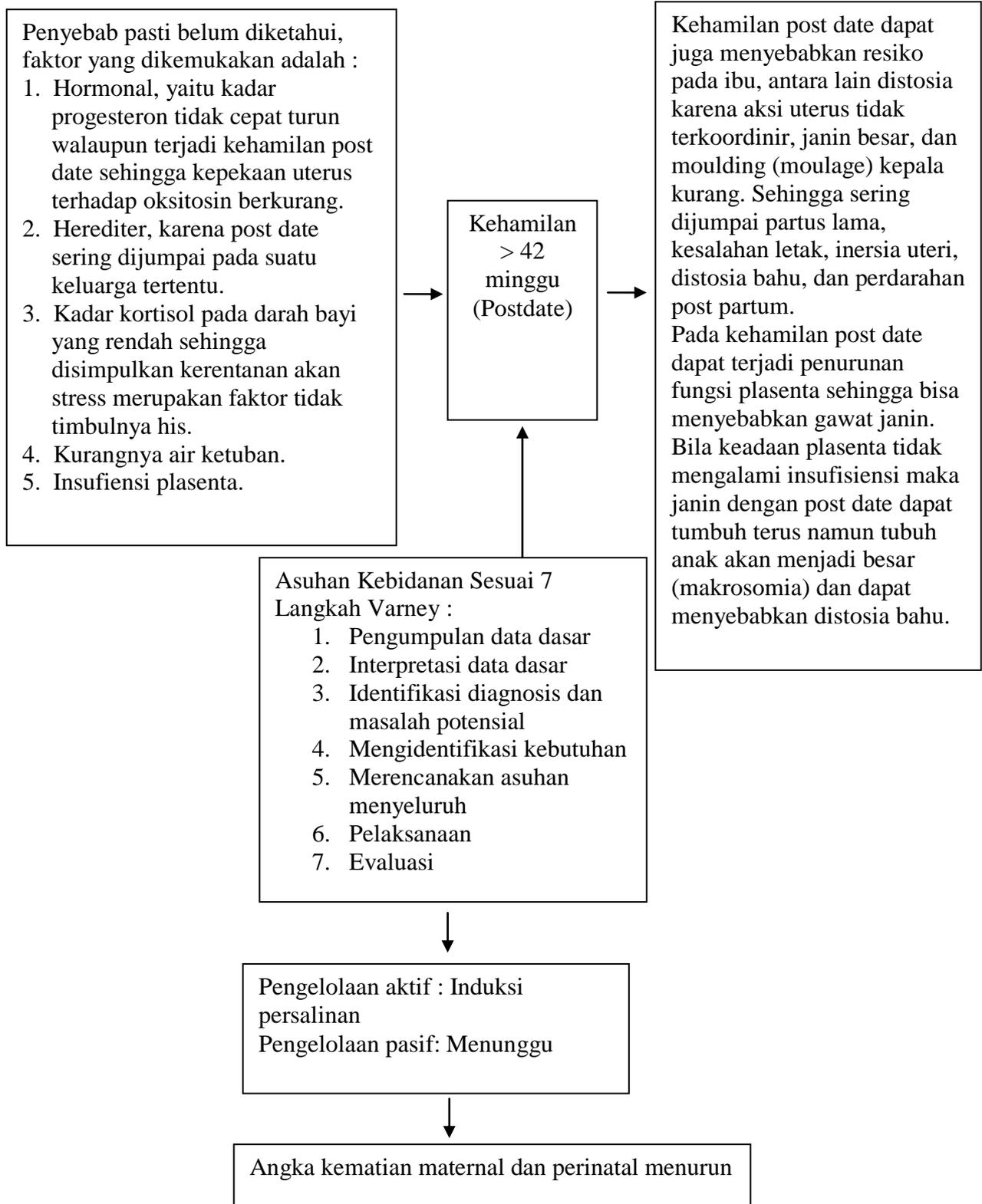
- 1) Cegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
- 2) Deteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- 3) Berikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal : Lakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, jaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

b. 6 hari Post Partum dan 2 minggu post partum:

- 1) Pastikan involusi berjalan normal.
- 2) Nilai adanya tanda-tanda bahaya nifas.
- 3) Pastikan nutrisi ibu terpenuhi.
- 4) Pastikan ibu menyusui.
- 5) KIE perawatan bayi.

c. 6 minggu post partum : Konseling KB (Suherni, 2009).

## 2.4 Kerangka Konsep Penelitian Tentang Post Date



**Gambar 2.1 Alur Pikir Peneliti**