

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Postdate

2.1.1 Definisi

Postdate adalah kehamilan yang berlangsung sampai 42 minggu (294 hari) atau lebih, dihitung dari hari pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Fadlun, 2012)

Kehamilan postdate adalah kehamilan yang menetap selama 42 minggu atau lebih dari awitan suatu periode haid yang di ikuti oleh ovulasi 2 minggu setelahnya (Norman, 2010).

Postdate menunjukkan kehamilan telah melampaui umur 42 minggu sejak hari pertama menstruasi (Manuaba, 2007)

2.1.2 Etiologi

Menurut Sarwono Prawirohardjo dalam bukunya (Ilmu Kebidanan, 2008) faktor penyebab kehamilan postdate adalah :

1) Pengaruh progesterone

Penurunan hormon progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya postdate adalah masih berlangsungnya pengaruh progesterone.

2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada postdate memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis pada kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu penyebab postdate

3) Teori kortisol/ACTH janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin. Hal ini diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan memengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada janin yang mengalami cacat bawaan seperti anensefalus, hipoplasia adrenal janin, dan tidak adanya kelenjar hipofisis pada janin akan menyebabkan kortisol janin tidak diproduksi dengan baik sehingga kehamilan dapat berlangsung lewat bulan

4) Syaraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus rankenhauser 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, semua hal tersebut diduga sebagai penyebab terjadinya postdate

5) Herediter.

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami postdate, mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan

pada kehamilan berikutnya. Mogren (1999) seperti dikutip Cunningham, menyatakan bahwa bilamana seseorang ibu mengalami kehamilan postdate saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya mengalami kehamilan postdate.

2.1.3 Diagnosis

Dalam menentukan diagnosis postdate disamping dari riwayat menstruasi, sebaiknya dilihat pula dari pemeriksaan antenatal.

1) Riwayat haid

Diagnosis postdate tidak sulit untuk ditegakkan bila hari pertama haid terakhir (HPHT) diketahui dengan pasti. Untuk riwayat haid yang dapat dipercaya, diperlukan beberapa kriteria antara lain sebagai berikut.

1. Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya
2. Siklus 28 hari dan teratur
3. Tidak minum pil antihamil setidaknya 3 bulan terakhir

Selanjutnya diagnosis ditentukan dengan menghitung menurut rumus Naegle. Berdasarkan riwayat menstruasi, seorang penderita yang ditetapkan sebagai postdate kemungkinan adalah sebagai berikut .

1. Terjadi kesalahan dalam menentukan tanggal haid terakhir atau akibat menstruasi abnormal
2. Tanggal haid terakhir diketahui jelas namun terjadi keterlambatan ovulasi

3. Tidak ada kesalahan menentukan haid terakhir dan kehamilan memang berlangsung lewat bulan (keadaan ini sekitar 20-30% dari seluruh penderita yang diduga Kehamilan postdate).

2) Riwayat pemeriksaan antenatal

1. Tes kehamilan: bila pasien melakukan pemeriksaan tes imunologi setelah terlambat 2 minggu, maka dapat diperkirakan kehamilan memang telah berlangsung 6 minggu
2. Gerak janin: gerak janin atau *quickening* 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 persalianan adalah *quickening* ditambah 22 minggu pada primigravida atau ditambah 24 minggu pada multiparitas
3. Denyut jantung janin: dengan stetoskop Laennec, DJJ dapat didengar mulai umur 18-20 minggu, sedangkan dengan Doppler dapat terdengar pada usia kehamilan 10- 12 minggu.

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan postdate bila terdapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemerksaan berikut ini.

1. Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif
2. Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan Doppler
3. Telah lewat 24 minggu sejsk dirasakan gerak janin pertama kali

4. Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop Laennec
- 3) Tinggi fundus uteri

Dalam trimester pertama pada pemeriksaan tinggi fundus uteri serial dalam sentimeter dapat bermanfaat bila dilakukan pemeriksaan berulang tiap bulan. Lebih dari 20 minggu, tinggi fundus uteri dapat menentukan umur kehamilan secara kasar (Fadlun, 2012).

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Ketetapan usia gestasi sebaiknya mengacu pada hasil pemeriksaan ultrasonografi pada trimester pertama. Kesalahan perhitungan dengan rumus Naegele dapat mencapai 20 %. Bila telah dilakukan pemeriksaan ultrasonografi serial terutama sejak trimester pertama, hampir dapat dipastikan usia kehamilan. Pada trimester pertama pemeriksaan panjang kepala-tungging (*cron-rump length* / CRL) memberikan ketepatan kurang lebih 4 hari dari taksiran persalinan. Pada umur kehamilan sekitar 16-26 minggu, ukuran diameter biparietal dan panjang femur memberikan ketepatan sekitar 7 hari dari taksiran persalinan. Selain CRL, diameter biparietal dan panjang femur, beberapa parameter dalam pemeriksaan USG juga dapat dipakai seperti lingkaran perut, lingkaran kepala, dan beberapa rumus yang merupakan perhitungan dari beberapa hasil pemeriksaan parameter tersebut diatas. Sebaliknya, pemeriksaan sesaat setelah trimester III dapat dipakai untuk menentukan berat janin, keadaan air ketuban,

ataupun keadaan plasenta yang sering berkaitan dengan kehamilan postterm, tetapi sukar untuk memastikan usia kehamilan

2) Pemeriksaan radiologi

Umur kehamilan ditentukan dengan melihat pusat penulangan. Gambaran episis femur bagian distal paling dini dapat dilihat pada kehamilan 32 minggu, episis tibia proksimal terlihat setelah umur kehamilan 36 minggu, dan episis kuboid pada kehamilan 40 minggu. Cara ini sekarang jarang dipakai selain karena dalam pengenalan pusat penulangan sering kali sulit, juga memberikan pengaruh tidak baik terhadap janin

3) Pemeriksaan cairan amnion

1. Kadar lesitin/spingomeilin

Bila lesitin/spingomeilin dalam cairan amnion kadarnya sama, maka umur kehamilan sekitar 22 – 28 minggu, lesitin 1,2 kali kadar spingomeilin: 28 – 32 minggu, pada kehamilan genap bulan rasio menjadi 2 : 1. Pemeriksaan ini tidak dapat dipakai untuk menentukan kehamilan postterm, tetapi hanya digunakan untuk menentukan apakah janin cukup umur/matang untuk dilahirkan yang berkaitan dengan mencegah kesalahan dalam tindakan pengakhiran kehamilan.

2. Aktivitas tromboplastin cairan amnion (ATCA)

Hastell berhasil membuktikan bahwa cairan amnion mempercepat waktu pembekuan darah. Aktivitas ini meningkat dengan bertambahnya umur kehamilan. Pada umur kehamilan 41 – 42

minggu ATCA berkisar antara 45 – 65 detik, pada umur kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan ATCA kurang dari 45 detik. Bila didapat ATCA antara 42 – 46 detik menunjukkan bahwa kehamilan berlangsung lewat waktu.

3. Sitologi cairan amnion

Pengecatan *nile blue sulphate* dapat melihat sel lemak dalam cairan amnion. Bila jumlah sel yang mengandung lemak melebihi 10 %, maka kehamilan diperkirakan 36 minggu dan apabila 50% atau lebih, maka umur kehamilan 39 minggu atau lebih

4. Sitologi vagina

Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik > 20 %) mempunyai sensitivitas 75 %. Perlu diingat bahwa kematangan serviks tidak dapat dipakai untuk menentukan usia gestasi (Sarwono, 2009).

2.1.5 Patofisiologi

Perubahan plasenta menunjukkan penurunan diameter dan panjang vilikoriari nekrosis fibrinoid dan terjadi arterosclerosis pembuluh darah desidua dan korion. Perubahan ini disertai dengan terjadinya gambaran infark hemoragik yang merupakan tempat penimbunan kalsium dan pembentukan infark pada kehamilan lewat waktu infark ditemukan 60-80% pada plasenta.

Apabila kehamilan berlangsung melampaui masa fungsi plasenta, maka janin mungkin kekurangan nutrisi oksigen akibat dari penurunan

fungsi plasenta. Sindroma postmaturns dapat terjadi hanya 10-20% dari bayi persalinan kehamilan lewat waktu.

Gawat janin dapat terjadi akibat penekanan tali pusat yang dihubungkan dengan oligohidramnion. Walaupun dapat bertumbuh menjadi postmaturitas, sebagian (25-30%) janin juga dapat terus tumbuh dan melebihi 4000 gram (Sujiyatini, 2009)

2.1.6 Komplikasi

1) Pada ibu

1. Rasa takut akibat terlambat lahir
2. Rasa takut menjalani operasi dengan akibatnya Trias komplikasi

2) Pada janin

1. Oligohidramnion

Air ketuban normal pada kehamilan 34-37 minggu adalah 1000 cc, aterm 800 cc dan lebih 42 minggu 400 cc. Akibat oligohidramnion adalah amnion menjadi kental karena mekonium (diaspirasi oleh janin), asfiksia intrauterine (gawat janin), pada inpartu (aspirasi air ketuban, nilai Apgar rendah, sindrom gawat paru, bronkus paru tersumbat sehingga menimbulkan atelektasis).

2. Diwarnai mekonium

Mekonium keluar karena refleks vagus terhadap usus. Peristaltik usus dan terbukanya sfingter ani membuat mekonium keluar. Aspirasi air ketuban yang disertai mekonium dapat menimbulkan pernafasan bayi atau janin, gangguan sirkulasi bayi setelah lahir, dan hipoksia intrauterin sampai kematian janin.

3. Makrosomia

Pertumbuhan intrauteri terus berlanjut sehingga menyebabkan penambahan berat janin (Hollingworth, 2011). Risiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4.000 gram pada kehamilan postdate meningkat 2-4 kali lebih besar dari kehamilan aterm (Sarwono, 2009). Akibatnya terhadap persalinan adalah perlu dilakukannya tindakan operatif seksio sesaria, dapat menjadi trauma persalinan karena distosia bahu yang menimbulkan kematian bayi, atau trauma jalan lahir ibu

4. Dismaturitas bayi

Pada kehamilan 37 minggu, luas plasenta 11 m² selanjutnya, terjadi penurunan fungsi sehingga plasenta tidak berkembang atau terjadi klasifikasi dan aterosklerosis pembuluh darah. Penurunan kemampuan nutrisi plasenta menimbulkan perubahan metabolisme menuju an aerob sehingga terjadi badan keton dan asidosis. Terjadi dismaturitas dengan gejala Clifford yang ditandai dengan:

- a. Kulit subkutan diwarnai mekonium
- b. Otot makin lemah
- c. Kuku tampak panjang
- d. Tampak keriput
- e. Tali pusat lembek, mudah tertekan dan disertai oligohidramnion (Manuaba, 2009).

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

- 1) Pengelolaan secara aktif yaitu dilakukan induksi setelah ditegakkan diagnosis postterm dengan melakukan persalinan anjuran 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 postdate mempunyai risiko/komplikasi cukup besar terutama risiko persalinan operatif sehingga menganjurkan untuk dilakukan pengawasan terus-menerus terhadap kesejahteraan janin, baik secara bioisik maupun biokimia sampai persalinan berlangsung dengan sendirinya atau timbul indikasi untuk mengakhiri kehamilan.

Sebelum mengambil langkah, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kehamilan postterm adalah sebagai berikut.

1. Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan (postterm) atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan kepada dua variasi dari postterm ini.
2. Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin
 - a. Pemeriksaan kardiografi seperti nonstress test (NST) dan *contraction stress test* dapat mengetahui kesejahteraan janin sebagai akibat reaksi terhadap gerak janin atau kontraksi uterus. Bila didapat hasil reaktif, maka nilai spesifisitas 98,8 % menunjukkan kemungkinan besar janin baik. Pemeriksaan ultrasonografi untuk menentukan besar janin, denyut jantung janin,

- gangguan pertumbuhan janin, keadaan dan derajat kematangan plasenta, jumlah (indeks cairan amnion) dan kualitas air ketuban
- b. Beberapa pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan seperti pemeriksaan kadar Estriol
 - c. Gerakan janin dapat ditentukan secara subjektif (normal rata-rata 7 kali/20 menit) atau secara objektif dengan tokografi (normal 10 kali/20 menit).
 - d. Amnioskopi. Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya, air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% asfiksia
3. Periksa kematangan serviks dengan skor bishop. Kematangan serviks ini memegang peranan penting dalam pengelolaan kehamilan postterm. Sebagian besar keputusasaan sepakat bahwa induksi persalinan dapat segera dilaksanakan baik pada usia 41 maupun 42 minggu bilamana serviks telah matang

Pada umumnya penatalaksanaan sudah dimulai sejak umur kehamilan mencapai 41 minggu dengan melihat kematangan serviks, mengingat dengan bertambahnya umur kehamilan, maka dapat terjadi keadaan yang kurang menguntungkan, seperti janin tumbuh makin besar atau sebaliknya, terjadi kemunduran ungsi plasenta dan oligohidramnion. Kematian janin neonatus meningkat 5-7% pada persalinan 42 minggu atau lebih

1. Bila serviks telah matang (dengan nilai Bishop >5) dilakukan induksi persalinan dan dilakukan pengawasan intrapartum terhadap jalannya persalinan dan keadaan janin. Saat induksi harus dilakukan observasi

ketat terhadap kesejahteraan janin dalam uterus dengan alat yang memadai (Manuaba, 2007)

Tabel 2.1 Skor pelvic menurut Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan serviks	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran serviks	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Penurunan kepala diukur dari bidang hodge III (cm)	-3	-2	-1.0	+1 +2
Turunnya kepala dengan palpasi abdominal	4/5	3/5	2/5	1/5
Konsistensi serviks	keras	Sedang	Lunak	
Posisi serviks	Kebelakang	Searah sumbu jalan lahir	Ke arah depan	

Sumber : Prawirohardjo (2007)

2. Bila serviks belum matang, perlu dinilai keadaan janin lebih lanjut apabila kehamilan tidak diakhiri, seperti berikut.
 - a. NST dan penilaian volume kantong amnion. Bila keduanya normal, kehamilan dibiarkan berlanjut dan penilaian janin dilanjutkan seminggu dua kali.
 - b. Bila ditemukan oligohidramnion (<2 cm pada kantong yang vertical atau indeks cairan amnion <5) atau dijumpai deselerasi variable pada NST, maka dilakukan induksi persalinan
 - c. Bila volume cairan amnion normal dan NST tidak reaktif, tes dengan kontraksi (CST) harus dilakukan. Bila hasil CST positif, janin perlu dilahirkan, sedangkan bila CST negative, kehamilan dibiarkan berlangsung dan penilaian janin dilakukan lagi 3 hari kemudian.

- d. Keadaan serviks (skor Bishop) harus dinilai ulang setiap kunjungan pasien dan kehamilan harus diakhiri bila serviks matang.
3. Kehamilan lebih dari 42 minggu diupayakan diakhiri. Dapat diakhiri dengan tindakan seksio sesarea dengan pertimbangan AFI kurang dari 5 cm, janin yang makrosomia atau serviks belum matang (Manuaba, 2007).
- 3) Pengelolaan selama persalinan adalah sebagai berikut.
 1. Pemantauan yang baik terhadap ibu (aktivitas uterus) dan kesejahteraan janin. Pemakaian continous electronic fetal monitoring sangat bermanfaat
 2. Hindari penggunaan obat penenang atau analgetik selama persalinan
 3. Awasi jalannya persalinan
 4. Persiapan oksigen dan SC bila sewaktu-waktu terjadi kegawatan 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 postmaturitas. perlu disadari bahwa persalinan adalah saat saling berbahaya bagi janin postterm sehingga setiap persalinan postdate harus dilakukan pengamatan ketat dan sebaiknya dilaksanakan dirumah sakit dengan pelayanan operatif dan neonatal yang memadai (Fadlun, 2012).

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1 Pengertian 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).

2.2.2 Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Hellen Varney

1) Langkah 1 pengumpulan data

Pada langkah ini, dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu : Riwayat kesehatan, Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi. Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari segala yang berhubungan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengajukan komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi (Asrinah, 2010).

2) Langkah 2 interpretasi data dasar

Pada langkah ini, dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Diagnosis kebidanan yaitu diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek

kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan (Muslihatin, 2009).

3) Langkah 3 mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita dapat mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman (Asrinah, 2010).

4) Langkah 4 mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Bidan mengidentifikasi atas perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan (Asrinah, 2010).

5) Langkah 5 merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Soepardan, 2008).

6) Langkah 6 melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus 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. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, memastikan langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana (Soepardan, 2008).

7) Langkah 7 evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektivitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosis. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dan efektif dalam pelaksanaannya (Asrinah. 2010)

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.3.1 Penerapan Asuhan Kebidanan Kehamilan

1) Pengkajian

1. Keluhan Utama

Gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/ 20 menit (Prawiroharjo, 2009).

Ibu cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan akan menambah frustrasi ibu dan mempengaruhi janin (Prawiroharjo, 2009).

2. Riwayat Kebidanan

a. Haid

Menghitung usia kehamilan dari haid pertama haid terakhir menurut rumus Naegele dengan siklus haid rata-rata 28 hari (Fadlun, 2012).

Pada kasus postdate ibu bermasalah lupa haid terakhir sehingga sukar menentukan ovulasi yang tepat (Prawiroharjo, 2009)

3. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu

a. Kehamilan

Pada kehamilan postdate dapat terjadi makrosomia dan tulang tengkorak menjadi lebih keras (Prawiroharjo, 2009)

b. Persalinan

Persalinan dengan postdate dapat terjadi distosia bahu, partus lama, dan meningkatkan tindakan obstetrik (Prawiroharjo, 2009). Operasi caesarea dengan akibatnya trias komplikasi (Manuaba, 2009)

c. Nifas

Pada pasien postdate dengan SC dapat terjadi infeksi

4. Data Obyektif

a. Leopold I : tinggi fundus uteri bisa nmelebihi ukuran normal dicurigai makrosomia,

b. Leopold II : bagian kanan dan kiri perut ibu tidak selalu punggung atau bagian terkecil janin dicurigai malpresentasi.

- c. Leopold III : kepala, sudah atau belum masuk PAP, kalau belum masuk curiga CPD.
 - d. Leopold IV : presentasi kepala janin sudah atau belum masuk pintu atas panggul
 - e. TBJ : $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \dots$ berat (gram). Bila kepala diatas atau pada spina ischiadika maka $n = 12$. Bila kepala dibawah spina ischiadika maka $n = 11$ (Kusmiyati,2010)
 - f. DJJ : normal 120–160 x/menit dan teratur(Feryanto, 2011)
5. Pemeriksaan Penunjang
- a. Radiologi
Umur kehamilan ditentukan dengan melihat pusat penulangan.
 - b. USG
untuk menentukan besar janin,denyut jantung janin, gangguan pertumbuhan janin,keadaan dan derajat kematangan plasenta,jumlah (indeks cairan amnion dan kualitas air ketuban
 - c. Kardiotokografi
dapat mengetahui kesejahteraan janin sebagai reaksi terhadap gerak janin atau kontraksi baik
 - d. Amnioskopi
Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya, air ketuban

sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami risiko 33% asfiksia (Prawiroharjo, 2009)

2) Interpretasi Data dasar

1. Diagnosa : GPAPIAH umur kehamilan 42 minggu dengan postdate.
2. Masalah : Timbulnya rasa takut akibat terlambat melahirkan (Manuaba, 2009).
3. Kebutuhan : Informasi dan edukasi tentang kehamilan postdate dan pelaksanaannya serta support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan

3) Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Oligohidramnion, Hipoksia intrauterine sampai kematian janin, distosia bahu yang bisa menyebabkan kematian bayi, trauma jalan lahir ibu (Manuaba, 2009).

4) Identifikasi Kebutuhan segera

1. Kolaborasi dengan dokter spesialis obstetric dan ginekologi

5) Rencana Asuhan Kebidanan Menyeluruh

Tujuan : Dengan asuhan yang telah diberikan diharapkan ibu dapat memahami keadaannya dan ibu kooperatif dengan tindakan/terapi yang akan dilakukan agar bayi dapat lahir dengan selamat.

Kriteria hasil : Kriteria-kriteria normal untuk memenuhi hasil sesuai dengan tujuan yang dicapai

Rencana Tindakan

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan fisik dan kondisi kehamilan pada ibu dan keluarga bahwa saat ini dari HPHT usia kehamilan ibu lewat waktu.

Rasional : Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan pada klien di harapkan ibu dapat mengetahui keadaannya dan bayinya.

2. Informasikan kepada ibu komplikasi yang mungkin dapat terjadi baik pada ibu maupun pada janin pada kehamilan lewat waktu

Rasional : Ibu dan keluarga lebih tanggap mengenai kondisinya saat ini

3. Lakukan kolaborasi dengan dokter obgyn

advis : lakukan NST

Rasional : Dengan melakukan kolaborasi dengan dokter agar dapat memberikan terapi untuk tindakan selanjutnya.

6) Pelaksanaan

Rencana asuhan yang menyeluruh dalam langkah kelima harus 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 (Soepardan, 2008).

7) Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang kita berikan kepada pasien (Asrinah, 2010)

2.3.2 Penerapan Asuhan Kebidanan persalinan

1) Pengkajian

1. Keluhan utama

Pada pasien dengan kehamilan postdate dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/menit (Sujiyatini, 2009)

Ibu menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melebihi taksiran persalinan akan menambah frustrasi ibu dan juga akan mempengaruhi janin (Prawiroharjo, 2007)

2. Riwayat menstruasi

Pada kasus ibu bersalin dengan postdate kadang bermasalah pada lupa akan tanggal haid terakhir disamping sukar menentukan secara tepat saat ovulasi (Prawiroharjo, 2007)

3. Riwayat kehamilan,persalinan dan nifas

a. Kehamilan

Pada kehamilan dengan postdate dapat terjadi makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi keras (Prawiroharjo, 2008)

b. Persalinan

Pada persalinan dengan postdate permasalahan yang akan timbul adalah distosia bahu, partus lama dan perdarahan (Prawiroharjo, 2008)

c. Nifas

Pada persalinan dengan induksi pada kehamilan postdate bisa terjadi perdarahan, akibat terlalu kuatnya kontraksi saat persalinan (Manuaba, 2010)

4. Riwayat kehamilan sekarang

a. HPHT

Dapat digunakan untuk mengetahui umur kehamilan pada kasus persalinan postdate umur kehamilan lebih dari 42 minggu (Prawiroharjo, 2007)

5. Data Obyektif

a. Keadaan umum : pada ibu bersalin dengan postdate keadaan umumnya baik (Manuaba, 2010)

b. Auskultasi : pada kasus kehamilan postdate dapat diketahui janin mengalami fetal distress dengan tanda DJJ kurang dari 120 x/m atau lebih dari 160 x/m

c. Data penunjang : pada persalinan dengan postdate dilakukan pemeriksaan amnioskopi dan pemeriksaan USG (Sulistyawati, 2012)

2) Interpretasi data dasar

1. Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan, Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.

2. Masalah : masalah yang mungkin timbul pada ibu bersalin dengan postdate adalah cemas (Manuaba, 2010)

3. Kebutuhan : kebutuhan untuk ibu bersalin dengan postdate dalam menghadapi persalinan adalah informasi dan edukasi tentang kehamilan postdate dan pelaksanaannya serta support mental dari keluarga dan tenaga kesehatan

3) Merumuskan diagnosa potensial

Pada ibu : partus lama, inersia uteri, atonia uteri, perdarahan postpartum

Pada janin : berat badan janin bertambah besar atau berkurang, gawat janin, gerakan janin berkurang, asfiksia, kelainan letak, sindroma aspirasi mekonium, distres, kelainan jangka panjang pada bayi, IUGR

4) Antisipasi dan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

Antisipasi pada ibu bersalin pada kehamilan postdate dengan skor bishop <5 adalah kolaborasi dengan dokter SpoG untuk tindakan SC , namun jika skor bishop >5 penanganan induksi persalinan dengan oxytosin drip, mulai 8 tetes per menit selama 15 menit dinaikkan dengan intervensi 15 menit sebanyak 4 tetes sampai mencapai kontraksi maksimal, tetesan maksimal 40 tetes, jumlah cairan seluruhnya 500 cc (Saifuddin, 2002)

5) Merencanakan asuhan kebidanan

Perencanaan asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan postdate menurut Manuaba (2010), antara lain

a. Jelaskan tentang proses persalinan pada kehamilan postdate dengan induksi

Rasional : Dapat mengurangi kecemasan

b. Jelaskan tentang rasa sakit saat persalinan itu fisiologis

Rasional : Dapat mengurangi kecemasan

- c. Anjurkan ibu untuk bernafas panjang bila ada kontraksi sebelum pembukaan lengkap

Rasional : Dapat sedikit mengurangi kesakitan ibu karena his

- d. Observasi DJJ, nadi dan kontraksi setiap 30 menit, tekanan darah dan VT setiap 4 jam

Rasional : Mengetahui kondisi ibu dan janin

- e. Observasi pemberian induksi oxytosin sekitar 15 menit, mulai dari 8 tetes per menit, dinaikkan sampai tetesan input maksimal 40 tetes/menit

Rasional : Pemberian terapi

- f. Siapkan partus set dan resusitasi bayi

Rasional : Kelengkapan alat berpengaruh pada proses persalinan

- g. Jika induksi gagal lakukan SC

Rasional : Mencegah kematian maternal dan perinatal

2.3.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Nifas

1) Pengkajian

1. Keluhan Utama

Perut kram, nyeri perineum, mastitis, depresi berat, psikosis post partum, dan post partum blues (Jannah, 2011).

2. Pola fungsional

a. Pola nutrisi

Intake nutrisi harus ditingkatkan untuk mengatasi kebutuhan energi selama persalinan dan persiapan menyusui (Prawirohardjo, 2010).

b. Pola eliminasi

Ibu BAK 1-2 kali dan belum BAB (Jannah, 2011).

c. Pola personal hygiene

Mandi 2x/ hari. Mengganti pembalut setiap kali mandi, BAK/BAB, paling tidak dalam waktu 3-4 jam ganti pembalut, mengganti pakaian 1 kali per hari (Jannah, 2011)

d. Pola istirahat tidur

Istirahat siang 1-2 jam, istirahat malam 6 sampai 7 jam (Jannah, 2011).

e. Pola aktivitas

Mobilisasi dini dimulai dari tahapan miring kanan, miring kiri, duduk, berdiri, berjalan, dan melakukan aktivitas secara bertahap (Jannah, 2011).

f. Pola seksual

Perilaku seksual dan kesehatan seksual wanita setelah melahirkan telah terbukti di pengaruhi oleh faktor-faktor psikologis, interpersonal, sosial dan fisik yang bermakna. Banyak wanita cemas terhadap tubuh mereka setelah melahirkan seorang anak dan ini dikaitkan dengan nyeri perineum, rasa sakit, penurunan sensasi ketertarikan. Aktivitas seksual dan kesenangan setelah melahirkan biasanya menghilang dalam waktu 1 tahun (Jannah, 2011).

3. Riwayat psikososiospiritual

Psikologis ibu selama masa nifas sering ditandai dengan perubahan mood seperti sering murung, sering menangis, mudah marah, cepat berubah menjadi senang dan sering sedih (Jannah, 2011).

4. Obyektif

- a. Nadi : cenderung menurun 60 kali/menit, jika meningkat kira-kira 110 kali/menit bisa juga gejala shock karena infeksi khususnya bila disertai peningkatan suhu tubuh (Suherni, 2009).
- b. Suhu : cenderung terjadi kenaikan antara 37,2°C-37,5°C, jika meningkat sampai 38°C pada hari kedua sampai hari berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, 2009)
- c. Muka : pucat/ tidak akan adanya rasa nyeri yang dirasakan atau tanda anemia pada ibu nifas (Prawirohardjo, 2009).
- d. Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah (conjungtivitis) (Suherni, 2009).
- e. Payudara : membesar, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol/ tidak, colostrum sudah keluar/ belum, bersih/ tidak
- f. Abdomen : adakah luka bekas operasi, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong (Suherni, 2009).
- g. Genetalia : tidak ada condiloma acuminata, tidak odema, adanya pengeluaran pervaginam yaitu terdapat lochea rubra, terdapat luka jahitan atau tidak.

5. Pemeriksaan laboratorium

Darah : Hb > 11 gr%, dilakukan pada hari ke 2 s/d hari ke 3 setelah proses persalinan baik normal maupun SC (Medhforth, 2012).

2) Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : PAPIAH Post Partum Hari ke-...
- b. Masalah : Nyeri
- c. Kebutuhan : KIE penyebab nyeri, personal hygiene, pola nutrisi dan pola aktivitas (Medforth, 2012).

3) Antisipasi terhadap diagnose potensial

Tidak ada

4) Identifikasi kebutuhan dan tindakan segera/ kolaborasi/ rujukan

Tidak ada

5) Intervensi

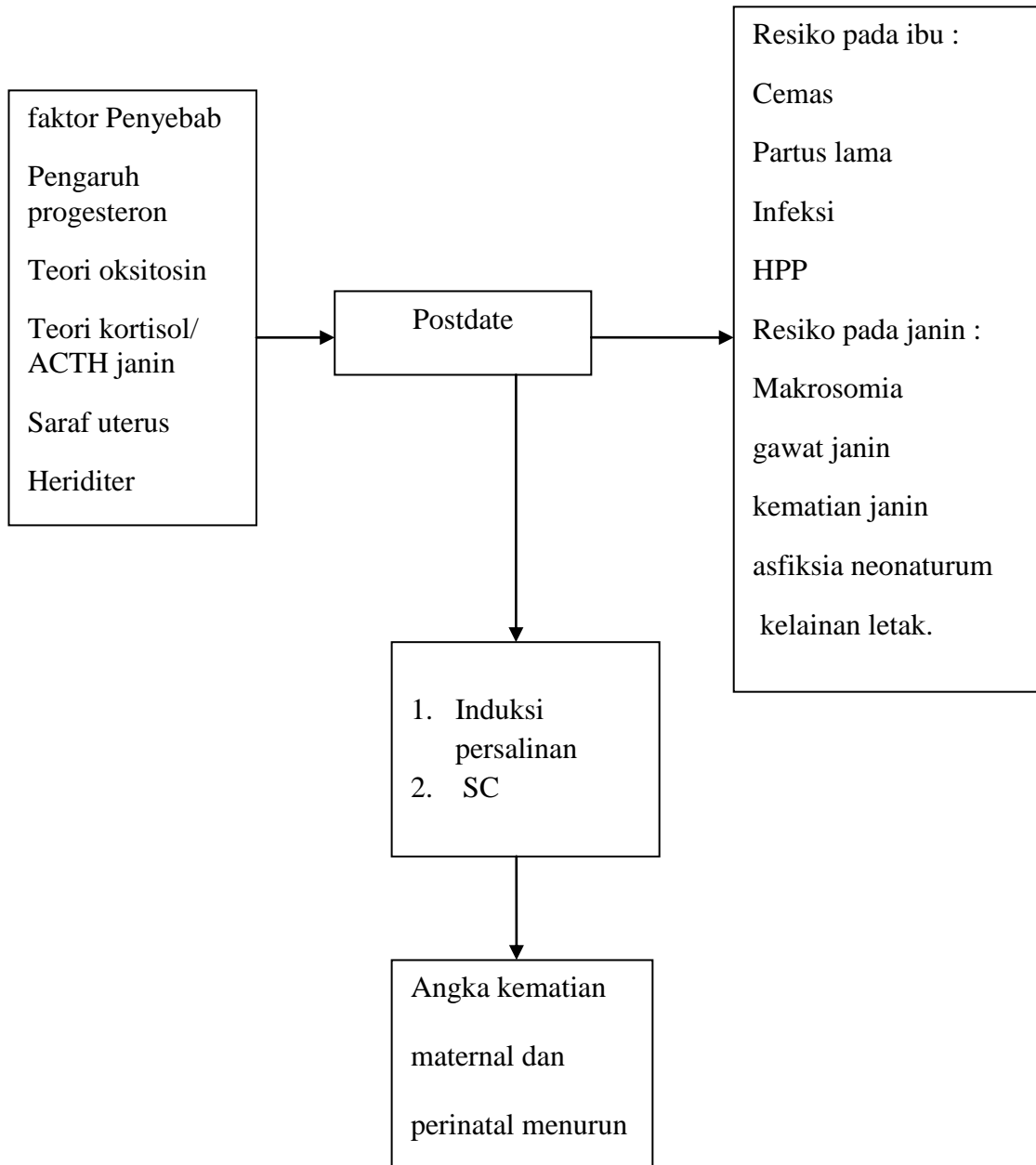
1. Kunjungan 1 (6-8 jam)

- a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan apabila perdarahan masih tetap berlanjut.
- c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir (Bonding Attachment)
- e. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu

- f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah hipotermia, bisa dengan menggunakan metode kangguru.
 - g. Jika bidan menolong persalinan ibu, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil atau normal.
 - h. Berikan 1 kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 SI segera setelah melahirkan dan vitamin A dengan dosis 200.000 SI dengan jarak pemberian dari kapsul pertama dan kedua minimal 24 jam.
2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
- a. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan yang abnormal, lochea tidak berbau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda infeksi pada ibu misalnya demam, atau kelainan lainnya pasca melahirkan.
 - c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit yang abnormal.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
- Sama dengan hari ke enam.
4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)
- 1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dirasakan ibu

2. Memberikan konseling untuk KB(Keluarga Berencana) secara dini (Suherni, 2009)

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Asuhan Kebidanan pada Ibu dengan Postdate