

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Post date

2.1.1 Pengertian

Kehamilan lewat bulan (KLB) disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, *prolonged pregnancy*, *psstern pregnancy*, *extended pregnancy*, *postdate/postdatisme* atau postmaturitas (Fadlun, dkk, 2012).

Kehamilan dan persalinan lewat bulan adalah 294 hari setelah hari pertama menstruasi terakhir, atau 280 hari setelah ovulasi. Istilah lewat bulan (postdate) digunakan karena tidak menyatakan secara langsung pemahaman mengenai lama kehamilan dan maturitas janin (Varney, 2007).

Kehamilan lewat tanggal atau postdate adalah kehamilan yang terjadi dalam jangka waktu > 40 minggu sampai dengan 42 minggu (Rachmawati, 2012).

2.1.2 Etiologi

Penyebab pasti kehamilan lewat waktu sampai saat ini belum kita ketahui. Diduga penyebabnya adalah siklus haid yang tidak diketahui pasti, kelainan pada janin (anencefalus, kelenjar adrenal janin yang fungsinya kurang baik, kelainan pertumbuhan tulang janin/osteogenesis imperfect, atau kekurangan enzim sulfatase plasenta).

Penyebab kehamilan lewat waktu adalah kelainan pada janin sehingga tidak ada kontraksi dari janin untuk memulai proses persalinan.

Kelainan janin tersebut antara lain anencephalus, hipoplasia, kelenjar supra renal janin, dan janin tidak memiliki kelenjar hipofisia, kelainan pada plasenta yang berupa tali pusat pendek dan kelainan letak kehamilan.

Beberapa faktor penyebab kehamilan lewat waktu adalah sebagai berikut :

- 1) Kesalahan dalam penanggalan, merupakan penyebab yang paling sering.
- 2) Tidak diketahui.
- 3) Primigravida dan riwayat kehamilan lewat bulan.
- 4) Defisiensi sulfatase plasenta atau anensephalus merupakan penyebab yang jarang terjadi.
- 5) Jenis kelamin janin laki-laki juga merupakan predisposisi.
- 6) Faktor genetik.

Disamping itu faktor obstetrik pun ikut berpengaruh, diantaranya pemeriksaan kehamilan yang terlambat atau tidak adekuat (cukup), kehamilan sebelumnya yang lewat waktu, perdarahan pada trisemester pertama kehamilan, jenis kelamin janin (jenis laki-laki lebih sering menyebabkan kehamilan lewat waktu ketimbang jenis perempuan) dan cacat bawaan (Rachmawati, 2012).

Penyebab pasti dari kehamilan postdate sampai saat ini masih belum diketahui pasti. Beberapa teori yang diajukan pada umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan postdate sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan. Beberapa teori diajukan antara lain :

1) Teori Progesteron

Penurunan hormone progesterone dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekular pada persalinan dan meningkatkan sensitivitas uterus terhadap oksitosin. Berdasarkan teori ini, diduga bahwa terjadinya kehamilan postdate adalah karena masih berlangsungnya pengaruh progesterone melewati waktu yang semestinya.

2) Teori Oksitosin

Rendahnya pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil pada kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab terjadinya kehamilan postdate.

3) Teori Kortisol/ACTH Janin

Dalam teori ini diajukan bahwa sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin, diduga akibat peningkatan tiba-tiba kadar kortisol plasma janin. Kortisol janin akan mempengaruhi plasenta sehingga produksi progesterone berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin 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) Teori Saraf Uterus

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 postdate.

5) Teori Heriditer

Pengaruh heriditer terhadap insidensi kehamilan postdate telah dibuktikan pada beberapa penelitian sebelumnya. Kitska et al (2007) menyatakan dalam hasil penelitiannya, bahwa seorang ibu yang pernah mengalami kehamilan postdate pada kehamilan berikutnya akan memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kehamilan postdate pada kehamilan berikutnya. Hasil penelitian ini memunculkan kemungkinan bahwa kehamilan postdate juga dipengaruhi faktor genetik.

(Prawirohardjo, 2009).

2.1.3 Patofisiologis

Fungsi plasenta mencapai puncaknya pada kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan estriol dan plasental laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin dengan resiko 3 kali. Permasalahan kehamilan lewat waktu adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran CO₂/O₂ akibat tidak timbul his sehingga pemasukan nutrisi dan O₂ menurun menuju janin di samping adanya spasme arteri spiralis menyebabkan janin resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim. Makin menurun sirkulasi darah menuju sirkulasi plasenta dapat mengakibatkan

pertumbuhan janin makin lambat dan penurunan berat disebut dismatur, sebagian janin bertambah besar sehingga memerlukan tindakan operasi persalinan, terjadi perubahan metabolisme janin, jumlah air ketuban berkurang dan makin kental menyebabkan perubahan abnormal jantung janin, (Wiknjosastro, 2009).

2.1.4 Manifestasi Klinis

- (a) Keadaan klinis yang dapat ditemukan jarang ialah gerakan janin yang jarang, yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali per 30 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali per 30 menit.
- (b) Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda lewat waktu atau postdate yang terbagi menjadi 3 yaitu :
 - (1) Stadium I : Kulit kehilangan verniks caseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kring, rapuh dan mudah mngelupas.
 - (2) Stadium II : Seperti stadium I disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) dikulit.
 - (3) Stadium II : Seperti stadium I disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat (Sujiyantini, 2009).

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis kehamilan lewat waktu biasanya dari perhitungan rumus Naegele setelah mempertimbangkan siklus haid dan keadaan klinis. Bila ada keraguan, maka pengukuran tinggi fundus uteri serial dengan sentimeter akan memberikan informasi mengenai usia gestasi lebih tepat. Keadaan klinis yang mungkin ditemukan ialah air ketuban yang berkurang dan gerakan janin yang jarang.

Ada beberapa syarat yang harus dipenuhi dalam mendiagnosis kehamilan lewat waktu, antara lain:

1. HPHT jelas
2. Siklus 28 hari dan teratur
3. Dirasakan gerakan janin pada umur kehamilan 16-18 minggu.
4. Terdengar denyut jantung janin (normal 10-12 minggu dengan Doppler, dan 19-20 minggu dengan fetoskop).
5. Umur kehamilan yang sudah ditetapkan dengan USG pada umur kehamilan kurang dari atau sama dengan 20 minggu.
6. Tes kehamilan (urin) sudah positif dalam 6 minggu pertama telat haid.

Berdasarkan riwayat haid, seorang penderita yang ditetapkan sebagai kehamilan postdate kemungkinan adalah sebagai berikut :

- 1) Terjadinya kesalahan dalam menentukan tanggal HPHT atau akibat menstruasi abnormal.
- 2) Tanggal haid terakhir diketahui jelas, tetapi terjadi kelambatan ovulasi.
- 3) Tidak ada kesalahan menentukan HPHT dan kehamilan memang berlangsung lewat bulan (keadaan ini sekitar 20-30% dari seluruh penderita yang diduga kehamilan postdate).

Bila telah dilakukan pemeriksaan USG serial terutama sejak trimester pertama, maka hampir dapat dipastikan usia kehamilan. Sebaliknya pemeriksaan yang sesaat setelah trimester III sukar untuk memastikan usia kehamilan. Diagnosis juga dapat dilakukan dengan

penilaian biometrik janin pada trimester I kehamilan dengan USG. Penyimpangan pada tes biometrik ini hanya lebih atau kurang satu minggu.

Pemeriksaan sitologi vagina (indeks kariopiknotik $> 20\%$) mempunyai sensitifitas 75 % dan tes tanpa tekanan dengan KTG mempunyai spesifisitas 100% dalam menentukan adanya disfungsi janin plasenta atau postterm. Kematangan serviks tidak biasa dipakai untuk menentukan usia kehamilan.

Yang paling penting dalam menangani kehamilan lewat waktu ialah menentukan keadaan janin, karena setiap keterlambatan akan menimbulkan resiko kegawatan. Penentuan keadaan janin dapat dilakukan:

1. Tes tanpa tekanan (non stress test)

Bila memperoleh hasil non reaktif maka dilanjutkan dengan tes tekanan oksitosin. Bila diperoleh hasil reaktif maka nilai spesifisitas 98,8% menunjukkan kemungkinan besar janin baik. Bila ditemukan hasil tes tekanan yang positif, meskipun sensitifitas relative rendah tetapi telah dibuktikan berhubungan dengan keadaan postmatur.

2. Gerakan janin.

Gerakan janin dapat ditentukan secara subyektif (normal rata-rata 7 kali / 20 menit) atau secara obyektif dengan tokografi (normal rata-rata 10 kali/ 20 menit), dapat juga ditentukan dengan USG. Penilaian banyaknya air ketuban secara kualitatif dengan USG

(normal > 1 cm / bidang) memberikan gambaran banyaknya air ketuban, bila ternyata oligohidramnion maka kemungkinan telah terjadi kehamilan lewat waktu.

3. Amnioskopi.

Bila ditemukan air ketuban yang banyak dan jernih mungkin keadaan janin masih baik. Sebaliknya air ketuban sedikit dan mengandung mekonium akan mengalami resiko 33% asfiksia.

(Nugroho, 2012).

2.1.6 Pemeriksaan

- (1) Berat badan ibu turun dan lingkaran perut mengcil, air ketuban berkurang.
- (2) Pemeriksaan rontgenologik dengan pemeriksaan ini pada janin matur dapat ditemukan osifikasi pada os cuboid bagian distal femur dan bagian proksimal tibia, diameter biparietal kepala 9,8 cm lebih. Keberatan pemeriksaan ini kemungkinan pengaruh tidak baik sinar rontgen terhadap janin.
- (3) Pemeriksaan Sitologik Liquor amni
Amniostopi dan periksa pHnya dibawah 7,20 dianggap sebagai tanda gawat janin.
- (4) Pemeriksaan dengan USG
Dengan pemeriksaan ini diameter biparietal kepala janin dapat diukur dengan teliti tanpa bahaya.
- (5) Pemeriksaan sitologik vagina untuk menentukan infusensi plasenta dinilai berbeda-beda (Dewi, 2011).

Kehamilan dapat dinyatakan sebagai kehamilan postdate bila didapat 3 atau lebih dari 4 kriteria hasil pemeriksaan sebagai berikut:

- (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 sejak dirasakan gerakan janin pertama kali.
- (4) Telah lewat 22 minggu sejak terdengarnya DJJ pertama kali dengan stetoskop Laennec.

(Rachmawati, 2012).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- (1) Penilaian warna air ketuban dengan amnioskopi atau amniotomi (tes tanpa tekanan dinilai apakah reaktif atau tidak ada tes tekanan oksitosin).
- (2) USG untuk menilai usia kehamilan, oligohidramion, derajat maturitas plasenta.
- (3) KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin (Sujiyantini, 2009).

2.1.8 Permasalahan Pada Postdate

Kehamilan postdate mempunyai resiko lebih tinggi dari pada kehamilan atterm, terutama terhadap kematian perinatal (antepartum, intrapartum, dan postpartum) berkaitan dengan aspirasi mekonium dan asfiksia. Pengaruh kehamilan postdate antara lain sebagai berikut :

- 1) Perubahan pada Plasenta

Disfungsi plasenta merupakan faktor penyebab terjadinya komplikasi pada kehamilan postterm dan meningkatnya resiko pada

janin. Penurunan fungsi plasenta dapat dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plasenta laktogen. Perubahan yang terjadi pada plasenta sebagai berikut :

(a) Penimbunan kalsium

Pada kehamilan postdate terjadi peningkatan penimbunan kalsium pada plasenta. Hal ini dapat menyebabkan gawat janin dan bahkan kematian janin intrauterine yang dapat meningkat sampai 2-4 kali lipat.

(b) Selaput vaskulosinsisial menjadi tambahan tebal dan jumlahnya berkurang. Keadaan ini dapat menurunkan mekanisme traspor plasenta.

(c) Terjadi proses degenerasi jaringan plasenta seperti edema, timbunan fibrinoid, fibrosis, thrombosis intervili dan infrak vili

(d) Perubahan biokimia. Adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar DNA dibawah normal, sedangkan konsentrasi RNA meningkat, transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium dan glukosa menurun. Pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak, dan gama globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin intrauterine (Fadlun, dkk, 2012).

2) Pengaruh pada Janin

Pengaruh kehamilan postdate terhadap janin sampai saat ini masih diperdebatkan. Fungsi plasenta mencapai puncak pada

kehamilan 38 minggu dan kemudian mulai menurun terutama setelah 42 minggu. Hal ini dapat dibuktikan dengan penurunan kadar estriol dan plasenta laktogen. Rendahnya fungsi plasenta berkaitan dengan peningkatan kejadian gawat janin resiko 3 kali. Akibat dari proses penuaan plasenta, pemasokan makanan dan oksigen akan menurun disamping adanya spasme arteri spiralis. Sirkulasi utero plasenter akan berkurang dengan 50% menjadi 250 ml/menit. Beberapa pengaruh kehamilan postdate terhadap janin antara lain sebagai berikut :

(a) Berat Janin

Dari penelitian vorher tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun seringkali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. Resiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4000 gram pada kehamilan post date tingkat dua sampai 4 kali lebih besar dari kehamilan aterm.

(b) Sindroma Postmaturitas

Umumnya didapat sekitar 12-20% neonatus dengan tanda postmaturitas pada kehamilan post date.

(c) Gawat janin atau kematian perinatal

Menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Umumnya disebabkan oleh :

1. Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distosia pada persalinan, fraktur klavikula, palsy Erb-Duchene, sampai kematian bayi.
2. Insufisiensi plasenta yang berakibat :
 - a) Pertumbuhan janin terhambat
 - b) Oligohidramion : terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental, perubahan abnormal jantung janin.
 - c) Hipoksia janin
 - d) Keluarnya mekonium yang berakibat dapat terjadi aspirasi mekonium pada janin.

(d) Cacat bawaan pada janin terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus.

Kematian janin akibat kehamilan postterm terjadi 30% sebelum persalinan, 55% dalam persalinan dan 15% pasca natal.

Komplikasi yang dapat dialami oleh bayi baru lahir adalah suhunya tidak stabil, hipoglikemi, polisitemi dan kelainan neurologik.

3) Pengaruh pada Ibu

(a) Morbiditas atau Mortalitas Ibu

Dapat meningkatkan sebagai akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras yang menyebabkan terjadinya distosia persalinan , incoordinate uterine action, partus lama, meningkatkan tindakan obstetric dan persalinan traumatis/ perdarahan postpartum akibat bayi besar.

(b) Aspek emosi

Ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus berlangsung melewati taksiran persalinan. Komentar tetangga atau teman seperti “Belum lahir juga? Akan menambah frustrasi ibu.

(Manuaba, 2008).

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur, minimal 4 kali selama kehamilan, 1 kali pada trimester pertama (sebelum 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (antara 13 minggu sampai 28 minggu) dan 2 kali trimester ketiga (diatas 28 minggu). Bila keadaan memungkinkan, pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 bulan sekali sampai usia 7 bulan, 2 minggu sekali pada kehamilan 7-8 bulan dan seminggu sekali pada bulan terakhir. Hal ini akan menjamin ibu dan dokter mengetahui dengan benar usia kehamilan dan mencegah terjadinya kehamilan lewat waktu yang berbahaya.

Perhitungan dengan satuan minggu seperti yang digunakan para dokter kandungan merupakan perhitungan yang lebih tepat. Untuk itu

perlu diketahui dengan tepat tanggal hari pertama haid terakhir seorang (calon) ibu itu. Perhitungannya jumlah hari sejak hari pertama haid terakhir hingga saat itu dibagi 7 (jumlah hari dalam minggu). Misalnya hari pertama haid terakhir Bu A jatuh pada 2 januari 1999. Saat ini tanggal 4 maret 1999. Jumlah hari sejak hari pertama haid terakhir adalah 61. Setelah itu dibagi 7 diperoleh angka 8,7. Jadi usia kehamilannya saat ini 9 minggu, (Rachmawati, 2012).

2.1.10 Penatalaksanaan

1) Di bidan praktek mandiri :

- a) Melakukan konsultasi dengan dokter.
- b) Mengajukan untuk melakukan persalinan di rumah sakit.
- c) Merujuk pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan yang adekuat.

2) Di rumah sakit :

- a) Pengantar :
 1. Kehamilan lewat waktu memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran.
 2. Persalinan induksi tidak banyak menimbulkan penyulit bayi, asalkan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang cukup.
 3. Oleh karena itu berikut ini di paparkan mengenai beberapa metode induksi persalinan atau persalinan anjuran.
- b) Persalinan anjuran atau induksi persalinan dapat dilakukan dengan metode :
 1. Persalinan anjuran dengan infuse pituitrin (sintonsin) :

- a. Persalinan anjuran dengan infus oksitosin, pituirin atau sintosinon 5 unit dalam 500 cc glukosa 5%, banyak digunakan.
 - b. Teknik induksi dengan infuse glukosa lebih sederhana, dan mulai dengan 8 tetes, dengan maksimal 40 tetes/menit.
 - c. Kenaikan tetesan setiap 15 menit sebanyak 4 sampai 8 tetes sampai kontraksi optimal tercapai.
 - d. Bila dengan 30 tetes kontraksi maksimal telah tercapai, maka tetesan tersebut di pertahankan sampai terjadi persalinan.
 - e. Apabila terjadi kegagalan, ulangi persalinan anjuran dengan selang waktu 24-48 jam atau lakukan operasi seksio cesarean.
2. Memecahkan ketuban :
- a. Memecahkan ketuban merupakan salah satu metode untuk mempercepat persalinan.
 - b. Setelah ketuban pecah, di tunggu sekitar 4 sampai 6 jam dengan harapan kontraksi otot rahim akan berlangsung.
 - c. Apabila belum berlangsung kontraksi otot rahim dapat di ikuti induksi persalinan dengan infuse glukosa yang mengandung 5 unit oksitosin.
3. Persalinan anjuran dengan menggunakan prostaglandin :
- a. Telah diketahui bahwa kontraksi otot rahim terutama di rangsang oleh prostaglandin.
 - b. Pemakaian sebagai induksi persalinan dapat dalam bentuk infus intravena (Nalador) dan pervaginam (prostaglandin vagina suppositoria) (Manuaba, 2008).

c) Penatalaksanaan kehamilan lewat waktu bila keadaan janin baik dapat dilakukan dengan cara :

1. Tunda pengakhiran kehamilan selama 1 minggu dengan menilai gerakan janin dan tes tanpa tekanan 3 hari kemudian bila hasil positif segera lakukan seksio cesaria.

2. Induksi persalinan (Mansjoer, 2001).

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

(1) Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan pada dua variasi dari postterm.

(2) Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin.

(3) Periksa kematangan serviks dengan skor bishop. Kematangan serviks ini memegang peranan penting dalam pengelolaan kehamilan possterm. Sebagian besar kepustakaan sepakat bahwa induksi persalinan dapat segera dilaksanakan baik pada usia 41 minggu maupun 42 minggu bilamana serviks telah matang (Sarwono Prawirihardjo, 2008).

Tabel 2.1 Pengukuran Serviks

Skor	Pendataran Serviks	Pembukaan Serviks	Penurunan dari Kepala Hodge III	Konsistensi Serviks
0	0-30%	0	-3	Keras
1	40-50%	1-2	-2	Sedang
2	60-70%	3-4	-1.0	Lunak
3	80%	5-6	+1 +2	Posisi serviks, Posterior searah sumbu jalan lahir anterior

Keterangan :

1. Bila nilai pelviks >8 , maka induksi persalinan kemungkinan besar akan berhasil.
2. Bila pelviks skor >5 , dapat dilakukan drip oksitosin.
3. Bila pelviks skor <5 , dapat dilakukan pematangan serviks terlebih dahulu, kemudian lakukan pengukuran pelviks skor kembali.

Tatalaksana yang biasa dilakukan ialah induksi dengan oksitosin 5 IU. Sebelum dilakukan induksi, pasien dinilai terlebih dahulu kesejahteraan janinnya dengan alat KTG, serta diukur skor pelviksnya. Jika keadaan janin baik dan skor pelvis >5 , maka induksi persalinan dapat dilakukan.

Induksi persalinan dilakukan dengan oksitosin 5 IU dalam infus Dextrose 5%. Tetesan infus dimulai dengan 8 tetes/menit, lalu dinaikkan tiap 30 menit sebanyak 4 tetes/menit hingga timbul his yang adekuat. Selama pemberian infus, kesejahteraan janin tetap diperhatikan karena dikhawatirkan dapat timbul gawat janin. Setelah timbul his adekuat, tetesan infus dipertahankan hingga persalinan. Namun jika infus pertama habis dan his adekuat belum muncul, dapat diberikan infuse drip oksitosin 5 IU ulang. Jika

his adekuat yang diharapkan tidak muncul, dapat dipertimbangkan terminasi dengan seksio sesaria.

Pada pelaksanaannya, kehamilan yang telah melewati 40 minggu dan belum menunjukkan tanda-tanda inpartu, biasanya langsung segera diterminasi agar resiko kehamilan dapat diminimalis (Rachmawati, 2012).

2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Menurut Varney

2.2.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu metode berpikir dan bertindak secara sistematis dan logis dalam memberi asuhan kebidanan. Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang berurutan dan secara berkala. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi dan dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail ini bisa berubah sesuai kebutuhan klien (Saminem, 2010).

2.2.2 Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney

Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid.

Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

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

Langkah IV : Mengidentifikasi kebutuhan akan tindakan segera

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

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya,

penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan social ekonomi-kultural atau masalah psikologis.

Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah

(Saminem, 2010).

2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan Dengan Postdate

2.3.1 Kehamilan Postdate

I. Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

1. Identitas
2. Alasan kunjungan/keluhan utama : muncul keluhan gerakan janin berkurang atau jarang (Nugroho, 2012).
3. Riwayat Kebidanan :
 - a) Riwayat Kehamilan.

Kehamilan sebelumnya dengan riwayat post date (Fadlun, dkk, 2012).

b) Riwayat Menstruasi :

- (1) Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya
- (2) Siklus 28 hari dan teratur
- (3) Tanggal haid terakhir diketahui jelas, tetapi terjadi kelambatan ovulasi.
- (4) Tidak ada kesalahan menentukan haid terakhir dan kehamilan memang berlangsung lewat bulan (keadaan ini sekitar 20-30% dari seluruh penderita yang diduga kehamilan postterm), (Prawirohardjo, 2008).

4. Riwayat Psikososial

Merasa cemas dan khawatir karena belum juga melahirkan. Kehamilan sangat diharapkan oleh keluarga (Manuaba, 2008).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

1. Tanda-tanda vital.

Nadi : Takikardia (> 100 x/menit).

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Inspeksi

Mata : konjungtiva merah muda, seklera putih

Muka : tidak edema

Payudara : puting susu menonjol, kolostrum belum keluar

Abdomen : dilihat pembesaran perut yang sesuai dengan usia kehamilan, tidak ada luka bekas operasi,

Genitalia : Dilihat genetalia bagian luar oedem atau tidak serta pengeluaran pervaginam

Ekstremitas : Atas maupun bawah tidak oedem.

(2) Palpasi

Abdomen : Pembesaran abdomen atau TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan dikarenakan pada ibu dengan post date beresiko melahirkan bayi dengan makrosomia dan IUFD (Fadlun, dkk, 2012).

Dengan menggunakan cara leopold:

Leopold I : Teraba bulat, tidak melenting, dan teraba lunak

Leopold II :Teraba keras, panjang seperti papan pada dinding abdomen bagian kanan

Leopold III :Teraba bulat, keras, dan melinting

Leopold IV :Sudah masuk ke pintu atas panggul (PAP), divergen

(3) Pemeriksaan Dalam

Pembukaan 1-10 cm, ketuban utuh (+), presentasi kepala, efisemen 100%, tidak ada molase, tidak ada bagian yang menumbung.

(4) Pemeriksaan Laboratorium :

Pemeriksaan USG untuk memantau kesejahteraan janin dan menentukan usia kehamilan.

II. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa

Ibu hamil GPAPIAH usia kehamilan, tunggal, hidup, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan post date.

2) Masalah : Cemas dan gelisah (Manuaba, 2008).

3) Kebutuhan : Menjelaskan kondisi saat ini dan memberi support agar tidak cemas dan gelisah.

III. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada Janin : a) Gawat janin

b) Pertumbuhan janin terhambat

c) Kematian janin dalam rahim

d) Asfkisia

e) Cacat bawaan

f) Makrosomia

Pada Ibu : a) Partus lama

b) Trauma jalan lahir

c) Distosia Persalinan

d) Inersia uteri

e) Perdarahan postpartum

(Prawirohardjo, 2008).

IV. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

a) Kolaborasi dengan dokter SpOG (Fadlun, dkk, 2012).

V. Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

- a) Pemberian dukungan emosional
- b) Mengakhiri kehamilan dengan memberikan induksi oksitosin atau dengan induksi kateter folley.
- c) Memantau kondisi ibu dan kesejahteraan janin.
- d) Melakukan konsultasi dengan dokter SpOG.
- e) Sarankan ibu untuk melakukan pertolongan persalinan di rumah sakit
(Prawirohardjo, 2008).

2.3.2 Persalinan

I. Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subyektif

Cemas dan gelisah dalam menghadapi proses persalinan
(Fadlun, dkk, 2012).

b. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Fisik

Abdomen : Pembesaran abdomen atau TFU tidak sesuai dengan usia kehamilan, dikarenakan pada ibu dengan post date berisiko melahirkan bayi dengan makrosomia dan IUFD
(Fadlun, dkk, 2012).

2. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG untuk mengetahui kondisi janin dan jumlah amnion yang ada didalam plasenta (Fadlun, dkk, 2012).

II. Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : GPAPIAH usia kehamilan, hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik dengan inpartu kala I fase laten/aktif dengan post date.
2. Masalah : cemas, gelisah, dan takut (Manuaba, 2008).
3. Kebutuhan : KIE tentang keadaannya saat ini, Dukungan emosional, asuhan sayang ibu

III. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Ibu: Partus lama, Distosia bahu, Trauma jalan lahir, inersia uteri.

Bayi : Makrosomia, oligohidramnion, gawat janin.(Prawirohardjo, 2009).

IV. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

1. Kolaborasi dengan dokter SpOG

V. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

1. Kala I

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 14 jam pada primi, dan \pm 11 jam pada multigravida diharapkan terdapat tanda-tanda gejala kala II

Kriteria hasil: terdapat bloody show, adanya his 2-4 kali dalam 10 menit dan lamanya 60-90 detik, DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit), tanda-tanda vital dalam batas normal : tekanan darah systole 100-140 mmHg dan diastole 60-90 mmHg, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$, nadi 80-100 x/menit, pernafasan 16-24 x/menit.

Intervensi

- a. Persiapan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.
- b. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- c. Beri asuhan sayang ibu :
 - 1) Berikan dukungan emosional.
 - 2) Atur posisi ibu.
 - 3) Berikan nutrisi dan cairan yang cukup.
 - 4) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih.
 - 5) Lakukan pencegahan infeksi
- d. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, nadi setiap 30 menit.
- e. Observasi DJJ setiap 30 menit.
- f. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I dalam partograf.
- g. Persiapkan rujukan apabila terjadi komplikasi.

2. Kala II

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan \pm 1 jam pada multipara dan \pm 2 jam pada primigravida persalinan dapat berjalan normal.

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

Intervensi : Lakukan pertolongan persalinan sesuai APN langkah 1-27

3. Kala III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III \pm 15- 30 menit diharapkan plasenta lahir dan ibu kooperatif.

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

Intervensi : Lanjutkan manajemen aktif kala III langkah 28-40

4. Kala IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam diharapkan keadaan umum ibu baik dan tidak terjadi komplikasi.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, kontraksi uterus baik, tidak terjadi perdarahan dan tidak terjadi infeksi

Intervensi : Lanjutkan observasi kala IV langkah 41-58.

(APN, 2008).

2.3.3 Nifas

I. Pengumpulan Data Dasar

a. Data Subjektif :

1. Keluhan Utama : mules, nyeri luka jahitan.
2. Pola Kesehatan Fungsional

(1) Pola Nutrisi :

Pada ibu nifas memerlukan tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, vitamin dan zat besi (Sulistyawati, 2009).

(2) Pola Istirahat :

Tidur malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan releks pada siang hari selama 1 jam (Kusmiyati, 2010).

b. Data Objektif :

a. Pemeriksaan Fisik

1. Wajah : tidak pucat, dan tidak oedem.
2. Mata : konjungtiva merah muda, seklera putih, tidak ada nyeri tekan .
3. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi bersih, tidak ada caries dan tidak ada gigi yang berlubang.
4. Mamae : simetris, payudara bersih, terdapat hyperpigmentasi pada aerola mamae, puting susu menonjol dan payudara terisi penuh dan ASI keluar.
5. Abdomen : fundus 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus baik dan keras.
6. Genetalia : vulva vagina tidak odem, tidak ada varises, tidak ada condiloma akuminata, lochea rubra, warna merah segar, dan kandung kemih kosongg.

7. Ekstremitas : tidak oedem, tida ada varises dan tidak ada gangguan pergerakan (Widyatun, 2012).

II. Interpretasi Data Dasar

1. Diagnosa : PAPIAH 2 jam post partum dengan postdate.
2. Masalah : Nyeri luka jahitan
3. Kebutuhan: HE tentang nutrisi, istirahat, laktasi dan perawatan bayi, personal hygiene dan informasi tentang tanda-tanda bahaya pada masa nifas.

III. Identifikasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Masalah potensial : perdarahan postpartum, payudara bengkak, dan infeksi puerperium (Manuaba, 2010).

IV. Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera

Tidak ada

V. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama \pm 15 menit diharapkan ibu dapat mengerti penyebab mules.

Kriteria hasil : Ibu tidak mules lagi, ibu dapat mobilisasi. ibu memahami penjelasan yang diberikan dan dapat mengulangi kembali penjelasan yang diberikan.

Intervensi :

1. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

Rasionalisasi : ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam pemberian asuhan

2. Ajarkan ibu dan keluarga cara masase dan menilai kontraksi.

Rasionalisasi : deteksi dini tanda bahaya masa nifas.

3. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

Rasionalisasi : istirahat untuk memenuhi kebutuhan metabolik berkenaan dengan proses pemulihan ibu postpartum.

4. Ajarkan ibu cara menyusui yang benar.

Rasionalisasi : perlekatan antara ibu dan bayi.

5. Berikan HE tentang : mobilisasi dini, penyebab mules, nutrisi, perawatan payudara, personal hygiene, perawatan luka perineum, ASI eksklusif dan perawatan bayi.

Rasionalisasi : menambah wawasan ibu.

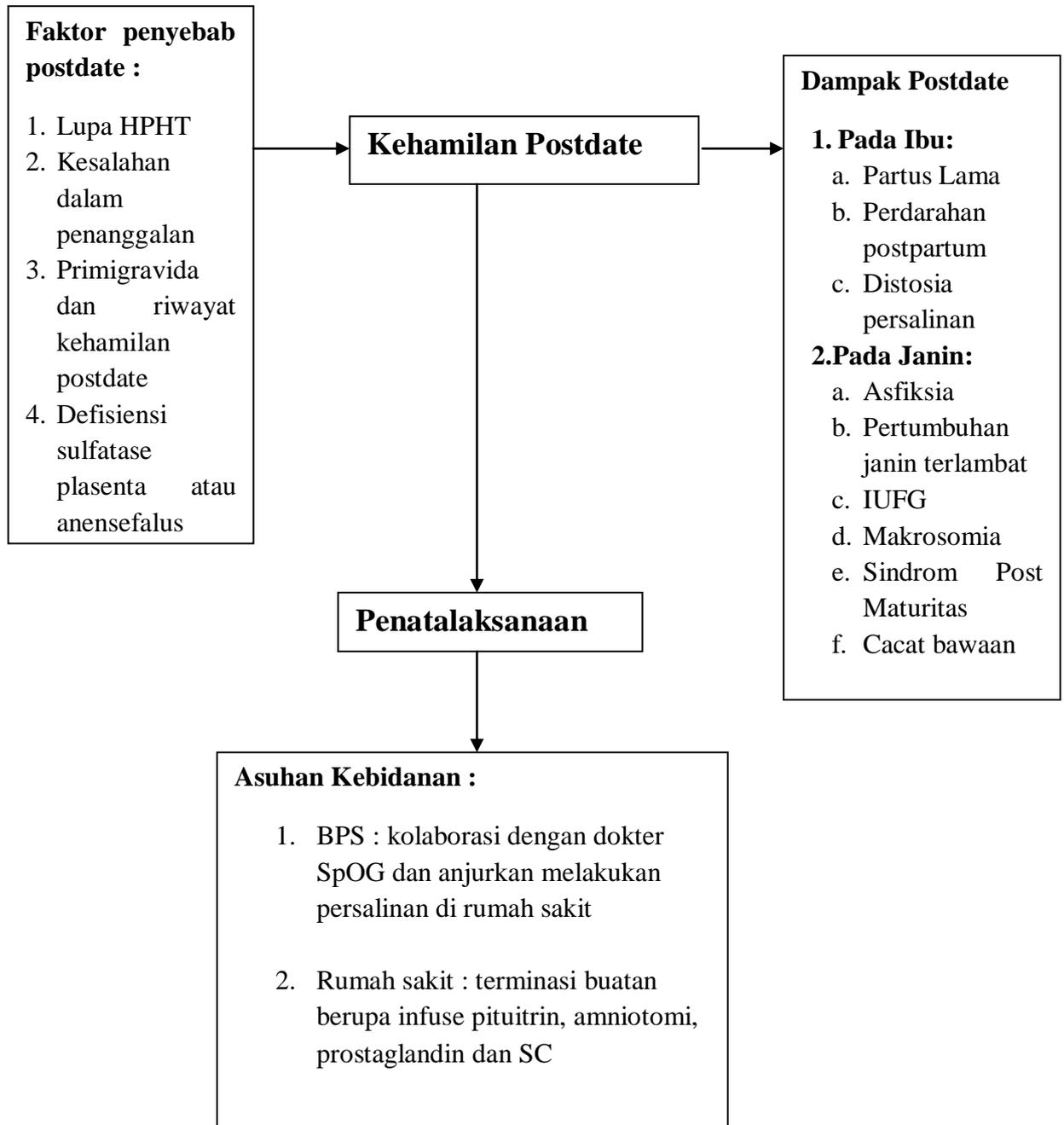
6. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu.

Rasionalisasi : mendeteksi dini adanya komplikasi pada masa nifas.

7. Observasi tanda-tanda vital.

Rasionalisasi : mendeteksi dini perubahan masa nifas.

2.4 Kerangka Konsep Postdate



Skema 2.2 Kerangka konseptual Asuhan Kebidanan Pada Ibu dengan Post Date.