

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Teori Post Date

##### 2.1.1 Definisi

Kehamilan postdate disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat waktu, kehamilan lewat bulan, *prolonged pregnancy*, *extended pregnancy*, *post datisme* atau *pascamaturitas*, *postterm* 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 (Prawirohardjo, 2009).

Postdate yaitu menunjukkan kehamilan telah melampaui umur 42 minggu sejak hari pertama menstruasi.

Postterm yaitu menunjukkan bahwa kehamilan telah melampaui waktu perkiraan persalinan menurut hari pertama menstruasi.

Postmatur yaitu menunjukkan atau menggambarkan keadaan janin yang lahir telah melampaui batas waktu persalinannya, sehingga dapat menimbulkan beberapa komplikasi.

Kehamilan postdate adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih. Istilah lain yang sering dipakai adalah postmaturitas, postdatism, atau serotinus (Nita Norma, 2012).

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melewati 42 minggu atau 294 hari (Manuaba, 2004).

### **2.1.2 Etiologi**

#### 1) Pengaruh progesteron

Pengaruh hormon progesteron dalam kehamilan dipercaya merupakan kejadian perubahan endokrin yang penting dalam memacu proses biomolekuler pada persalinan dan peningkatan sensitivitas uterus terhadap oksitosin, sehingga beberapa penulis menduga bahwa terjadinya kehamilan postdate adalah karena berlangsungnya pengaruh progesteron.

#### 2) Teori oksitosin

Pemakaian oksitosin untuk induksi persalinan pada kehamilan postdate memberi kesan atau dipercaya bahwa oksitosin secara fisiologis memegang peranan penting dalam menimbulkan persalinan dan pelepasan oksitosin dari neurohipofisis ibu hamil yang kurang pada usia kehamilan lanjut diduga sebagai salah satu faktor penyebab 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 progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin. Pada cacat bawaan janin seperti anensepalus, 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) Saraf uterus

Tekanan pada ganglion servikalis dari pleksus Frankenhauser akan mengakibatkan kontraksi uterus. Pada keadaan di mana 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) Heriditer

Beberapa penulis menyatakan bahwa seorang ibu yang mengalami kehamilan postdate mempunyai kecenderungan untuk melahirkan lewat bulan pada kehamilan berikutnya. Mogren (1999) seperti dikutip Cunningham, menyatakan bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan postdate saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan postdate.

( Prawirohardjo, 2009)

### 1.1.3 Patofisiologis

Permasalahan dari kehamilan postdate yaitu 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).

#### **1.1.4 Manifestasi Klinis**

Keadaan klinis yang dapat ditemukan ialah gerakan janin yang jarang. Yaitu secara subyektif kurang dari 7 kali/ 20 menit atau secara obyektif dengan KTG kurang dari 10 kali/ 20 menit.

Pada bayi akan ditemukan tanda-tanda postdate yang terbagi menjadi :

- a. Stadium I : kulit kehilangan serviks kaseosa dan terjadi maserasi sehingga kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas.
- b. Stadium II : seperti stadium satu disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
- c. Stadium III : seperti stadium satu disertai pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit dan tali pusat ( Fadlun, 2012).

#### **1.1.5 Diagnosa**

##### **1) Riwayat haid**

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

- a. Penderita harus yakin betul dengan HPHT-nya

- b. Siklus 28 hari dan teratur
- c. Tidak minum pil antihamil setidaknya 3 bulan terakhir

Selanjutnya diagnosis ditentukan dengan menghitung menurut rumus Naegele. Berdasarkan riwayat haid, seorang penderita yang diterapkan sebagai kehamilan postdate kemungkinan adalah sebagai berikut.

- a. Terjadi kesalahan dalam menentukan tanggal haid terakhir atau akibat menstruasi abnormal
- b. Tanggal haid terakhir diketahui jelas, tetapi terjadi kelambatan ovulasi
- c. 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

- a. Tes kehamilan. Bila pasien melakukan pemeriksaan tes imunologik sesudah terlambat 2 minggu, maka dapat diperkirakan kehamilan memang telah berlangsung 6 minggu.
- b. 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 pada multigravida pada 16 minggu. Petunjuk umum untuk menentukan persalinan adalah quickening ditambah 22 minggu pada primigravida atau ditambah 24 minggu pada multiparitas.

- c. Denyut jantung janin (DJJ). Dengan stetoskop Laennec DJJ dapat didengar mulai umur kehamilan 18-20 minggu, sedangkan dengan Doppler dapat terdengar pada usia kehamilan 10-12 minggu.

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

- (a) Telah lewat 36 minggu sejak tes kehamilan positif.
- (b) Telah lewat 32 minggu sejak DJJ pertama terdengar dengan Doppler.
- (c) Telah lewat 24 minggu sejak dirasakan gerak janin pertama.

Telah lewat 22 minggu sejak terdengar DJJ pertama kali dengan stetoskop Laennec

### 3) Tinggi fundus uteri

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

(Prawirohardjo, 2009)

## 1.1.6 Komplikasi dalam Post Date

1. Pengaruh pada janin
  - a. Berat janin : 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 : dapat dikenali pada neonatus melalui 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 lipatan paha dan genetalia luar, warna coklat kehijauan atau kekuningan pada kulit dan tali pusat, serta muka tampak menderita dan rambut kepala banyak atau tebal. Tidak seluruh neonatus KLB (kelahiran lebih bulan) menunjukkan tanda postmaturitas tergantung fungsi plasenta. Umumnya didapat sekitar 12-20% neonatus dengan tanda postmaturitas pada KLB (Kehamilan Lebih Bulan).
- c. Gawat janin atau kematian perinatal menunjukkan angka meningkat setelah kehamilan 42 minggu atau lebih, sebagian besar terjadi intrapartum. Keadaan ini umumnya disebabkan karena hal-hal berikut :
- (a) Makrosomia yang dapat menyebabkan terjadinya distorsia pada persalinan.
  - (b) Insufisiensi plasenta dapat berakibat :
    - Pertumbuhan janin terlambat
    - Oligohidramnion : terjadi kompresi tali pusat, keluar mekonium yang kental
    - Hipoksia janin
    - Aspirasi mekonium oleh janin

(c) Cacat bawaan : terutama akibat hipoplasia adrenal dan anensefalus.

## 2. Pengaruh pada ibu

- a) Morbiditas/mortalitas ibu : dapat meningkat akibat dari makrosomia janin dan tulang tengkorak menjadi lebih keras sehingga menyebabkan terjadi distorsia persalinan, *incoordinate uterine action*, partus lama, meningkatkan tindakan obstetrik, dan perdarahan postpartum.
- b) Aspek emosi : ibu dan keluarga menjadi cemas bilamana kehamilan terus terus berlangsung melewati taksiran persalinan. Komentar tetangga atau teman, seperti “belum lahir juga?” akan menambah frustrasi ibu (Fadlun, 2012).

### 1.1.7 Pemeriksaan Laboratorium

#### 1. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pada trimester I pemeriksaan panjang kepala-tungging (*crown-rump length*) memberikan ketepatan sekitar  $\pm 4$  hari dari taksiran persalinan.

Pada umur kehamilan sekitar 16-26 minggu ukuran diameter biparietal dan panjang femur memberikan ketepatan  $\pm 7$  hari dari taksiran persalinan.

Beberapa parameter dalam pemeriksaan USG juga dapat dipakai seperti lingkaran perut, lingkaran kepala, dan beberapa rumus yang merupakan perhitungan dari beberapa hasil pemeriksaan parameter seperti tersebut di atas. Taksiran persalinan tidak dapat ditentukan secara akurat bilamana  $BPD > 9,5$  cm dengan sekali saja pemeriksaan USG (tunggal).

## 2. Pemeriksaan radiologi

Umur kehamilan ditentukan dengan melihat pusat penulangan. Gambaran epifisis femur bagian distal paling dini dapat dilihat pada kehamilan 32 minggu, epifisis tibia proksimal terlihat setelah umur kehamilan 36 minggu, dan epifisis 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

### a. Kadar lesitin / spingomielin

Bila kadar lesitin / spingomielin sama, maka umur kehamilan sekitar 22-28 minggu, lesitin 1,2 kadar spingomielin: 28-32 minggu. Pada kehamilan genap bulan ratio menjadi 2:1. Pemeriksaan ini tidak dapat dipakai untuk menentukan kehamilan lebih bulan, tetapi hanya digunakan untuk menentukan apakah janin cukup umur / matang untuk dilahirkan.

### b. Aktivitas tromboplastin cairan amnion (ATCA)

Hastwell berhasil membuktikan bahwa cairan amnion mempercepat waktu pembekuan darah. Aktivitas ini meningkat dengan bertambahnya umur kehamilan. Yaffe menyatakan bahwa pada umur kehamilan 41-42 minggu ACTA berkisar antara 45-46 detik. Pada umur kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan ACTA kurang dari 45 detik. Bila didapat ACTA antara 42-46 detik, maka menunjukkan bahwa kehamilan berlangsung lewat waktu.

c. 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.

Pemeriksaan penunjang dilakukan bila sarana dan dana memungkinkan:

1. Sitologi vagina : indeks kariopiknotik meningkat ( $> 20\%$ ).
2. Foto rongen : melihat inti penulangan terutama pada os kuboid, proximal tibia dan bagian distal femur.
3. USG : menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, derajat maturitas plasenta, besarnya janin, keadaan janin.
4. Kardiotokografi : menilai kesejahteraan janin dengan NST (reaktif atau tidak reaktif) maupun CST (negatif atau positif).
5. Amnioskopi : warna air ketuban.
6. Amniosintesis : 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)

### 1.1.8 Penatalaksanaan

- a. Di bidan praktek mandiri :
  - a. Melakukan konsultasi dengan dokter.
  - b. Menganjurkan untuk melakukan persalinan di rumah sakit.

- c. Merujuk pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan yang adekuat.
- b. Di rumah sakit :
- a. Kehamilan lewat waktu memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran.
  - b. Persalinan induksi tidak banyak menimbulkan penyulit bayi, asalkan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang cukup.
  - c. Oleh karena itu berikut ini di paparkan mengenai beberapa metode induksi persalinan atau persalinan anjuran.
- a) Persalinan anjuran atau induksi persalinan dapat dilakukan dengan metode :
- (a) Persalinan anjuran dengan infuse pituitrin (sintositon) :
- a. Persalinan anjuran dengan infus oksitosin, pituitrin atau sintositon 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.

(b) 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.”

(c) 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).

b) Menurut Arief Mansjoer, 2001 Penatalaksanaan kehamilan lewat waktu bila keadaan janin baik dapat dilakukan dengan cara :

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

(b) Induksi persalinan.

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

- (a) Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan pada dua variasi dari postterm.
- (b) Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin.
- (c) 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.

( Prawirohardjo, 2008).

- d) Skor Bishop adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks dengan skor bishop rendah (serviks belum matang) memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi di banding serviks yang matang. Lima kondisi yang dinilai dari serviks adalah :
  - a. Pembukaan (*Dilatation*)
  - b. Pendataran (*Effacement*)
  - c. Penurunan kepala janin (*Station*)
  - d. Konsistensi (*Consistency*)
  - e. Posisi ostium uteri (*Position*)

Tabel 2.1 Tabel Skor Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Stasion	-3	-2	-1	+1 +2
Konsistensi	Keras	Sedang	Lunak	Amat lunak
Posisi os	Posterior	Tengah	Anterior	Anterior

( Manuaba, 2008)

Tabel 2.2 Cara Pemakaian Skor Bishop

Tambah 1 angka untuk	Kurangi 1 Angka untuk
Pre-eklampsia	Post date
Setiap Normal Partus	Nullipara
	Ketuban negative atau lama

( Manuaba, 2008)

Tabel 2.3 Skor Kemungkinan Berhasil dan Gagal Skor Bishop

Bila total skor	Kemungkinan	
	Berhasil	Gagal
0-4	50-60 %	40-50 %
5-9	90 %	10 %
10-13	100 %	0 %

( Manuaba, 2008)

Keterangan :

- a. Yang disebut induksi persalinan persalinan berhasil dalam obstetrii modern ialah : bayi lahir pervaginam dengan skor APGAR baik ( $> 6$ ), termasuk yang harus di bantu dengan akstraksi forceps ataupun vakum (Manuaba, 2008).

- b. Bila serviks telah matang (dengan nilai bishop  $> 5$ ) dilakukan induksi persalinan dan dilakukan pengawasan intrapartum terhadap jalannya persalinan dan keadaan janin. Induksi pada serviks yang telah matang akan menurunkan resiko kegagalan ataupun persalinan tindakan (Prawirohardjo, 2008)

## **2.2 Konsep Manajemen Kebidanan Menurut Hellen Varney**

### **2.2.1 Konsep Asuhan Kebidanan**

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

Proses management terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, dan setiap langkah di sempurnakan secara berkala. Proses di mulai dengan pengumpulan data dasar dan berakhir denga evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apa pun. Akan tetapi, setiap langkah dapat di uraikan 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 kebutuha klien secara tepat berdasatrkan interpretasi data yang akurat. Data dasar yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa sama – sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan layaknya diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang tertuang dalam sebuah rencana asuhan bagi klien. Masalah sering kali 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 diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah di identifikasi 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, dan / atau kondisi yang perlu di konsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses management kebidanan. Dengan kata lain, management 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 management diagnosis 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 ke – 5 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

dengandokter untuk menganani klien yang mengalami komplikasi, bidan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana asuhan bersama tersebut. Management 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 management asuhan kebidanan merupakan suatu kontineum. Bidan perlu mengulang kembali dari awal sampai asuhan yang tidak efektif melalui proses management tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah – langkah pada proses management umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakann serta berorientasi pada proses klinis. Proses management tersebut berlangsung di dalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik (saminem,2010).

## 2.3 Penerapan Asuhan Kebidanan kehamilan Postdate

### 2.3.1 Kehamilan

#### 1) Pengkajian

##### a. Data Subyektif.

##### (1) Keluhan Utama (PQRST)

Keluhan utama : ibu cemas karena bayi tidak kunjung lahir, melewati batas waktu (Indrayani, 2011).

##### (2) Riwayat kebidanan: Kunjungan pertama / ulang, riwayat haid, Menarce 12- 16 tahun, siklus 23-32 hari (Sulistyowati, 2009).

##### (3) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Keluarga :

Bahwa bilamana seorang ibu mengalami kehamilan postdate saat melahirkan anak perempuan, maka besar kemungkinan anak perempuannya akan mengalami kehamilan postdate (Heriditer) (Prawirohardjo, 2009)

##### b. Data Obyektif

##### 1) Tanda- tanda vital

Dengan keadaan cemas tekanan darah ,nadi, dan respirasi menjadi meningkat dapat menyebabkan kegawatan pada janin sehingga dapat terjadi resiko postdate.

##### 2) Pemeriksaan Fisik

##### a. Abdomen : Tidak tampak bekas operasi.

a) Leopold I : Teraba TFU 3 jari bawah processus xipoidius, umur kehamilan > 42 minggu, pada fundus teraba bagian kurang bulat dan kurang melenting.

- b) Leopold II : Punggung dapat diraba pada salah satu sisi perut, bagian kecil pada sisi yang berlawanan.
- c) Leopold III : Pada bagian terendah janin teraba bagian bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan (kepala sudah masuk PAP).
- d) Leopold IV : seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (Rukiyah dan Yulianti, 2010).
  - a. Makrosomia yang menyebabkan TFU Mc. Donald : > 40cm  
( Fadlun,2012)
  - b. Djj cepat atau lambat bisa mempengaruhi postdate karena janin mengalami asfiksia, yaitu :  
 DJJ Takikardi : >160 x/menit  
 DJJ Bradikardi : <120 x/menit (Fadlun,2012)

### 3) Pemeriksaan Penunjang :

- a. Amnioskopi: Melihat derajat kekeruhan air ketuban, menurut warnanya air ketuban untuk mengetahui apakah bayi mengalami asfiksi atau tidak, asfiksi salah satu penyebab kehamilan postdate.
- b. Foto Rongent  
 Rontgenologik : Dapat dijumpai pusat-pusat penulangan pada bagian distal femur bagian proksimal tibia, tulang kuboid, diameter bipariental 9,8cm/lebih ( Nugroho, 2011).
- c. USG: Dengan USG kita dapat menilai jumlah dan kekeruhan air ketuban, gerakan janin, derajat maturitas plasenta.

d. Kardiotokografi: Mengawasi dan membaca denyut jantung janin, karena insufisiensi plasenta (Nugroho, 2011).

2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan  $\geq 42$  minggu (Prawirohardjo, 2009). Hidup/mati, tunggal/ganda, letak/presentasi, intra uteri/ekstra uteri, kesan jalan lahir normal/tiak, keadaan umu ibu dan janin.

Masalah : Cemas (Yulianti, 2009).

Kebutuhan : HE tentang tanda-tanda persalinan dan istirahat

3) Antisipasi Diagnosa dan Masalah Potensial

Berat badan janin dapat bertambah besar, tetap dan ada yang berkurang, pada kehamilan  $> 42$  minggu, Kelainan letak, Gerak janin berkurang, IUGR, IUFD (Fadlun, 2012).

4) Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera

Kolaborasi dengan dokter (Manuaba, 2008).

5) Intervensi Tujuan dan Kriteria Hasil

a. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu  $\leq 45-60$  menit ibu mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh petugas.

b. Kriteria Hasil :

1. Beritahu ibu mengenai hasil pemeriksaan, bahwa ia dalam keadaan normal, namun tetap perlu untuk melakukan pemeriksaan secara rutin.

2. Beritahu ibu bahwa kehamilannya sudah lebih bulan

3. Rencanakan untuk dilakukan USG oleh dokter Obgyn

4. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup.

5. Berikan informasi kepada ibu dan keluarga tentang tanda-tanda bahaya kehamilan
6. Berikan informasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan.
7. Anjurkan ibu untuk kontrol kembali sesuai jadwal yang ditetapkan.
8. Berikan ibu obat penambah darah (Fe) dan vitamin

(Sulistiyowati, 2009).

### 2.2.3 Persalinan

#### 1) Pengkajian

##### a) Data Subyektif

##### 1. Keluhan Utama (PQRST)

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)

##### b) Data Obyektif

##### 1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum : baik

b. Tanda-Tanda Vital :

- a) Tekanan Darah : Batas normal 110/70 mmHg – 130/90 mmHg dengan pemeriksaan saat tidak ada his, jika naik curigai adanya pre- eklamsi/eklamsi dengan ditunjang pemeriksaan urine, dan jika menurun curigai adanya perdarahan.

b) Nadi : Batas normal ibu bersalin antara 80-100 kali/menit, jika nadi ibu meningkat kemungkinan dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan.

c) Suhu : Batas normal ibu bersalin antara  $36.5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ , jika naik curigai adanya infeksi (Fatmawati, 2011)

## 2. Pemeriksaan Fisik

a. Abdomen : Tinggi fundus uteri bisa melebihi ukuran normal, dicurigai makrosomia, teraba bagian janin selain ubun – ubun kecil dicurigai mal presentasi. Bagian kanan dan kiri perut tidak selalu punggung bagian terkecil janin dicurigai malpresentasi. Kepala, sudah atau belum masuk PAP ( Pinggul atas panggul), kalau belum masuk curigai panggul sempit. Presentasi kepala janin sudah masuk atau belum masuk pintu atas panggul.

DJJ : Normal 120–160 x/menit dan teratur. Bunyi jantung bila telah terjadi engagement kepala janin, suara jantung terdengar paling keras di bawah umbilikus (Feryanto, 2011).

b. Genetalia : Pengeluaran pervaginam (blood slym), tidak adanya infeksi genetalia, tidak ada odema.

c. Pemeriksaan dalam : Tidak teraba tonjolan spina, servik lunak atau tidak, mendatar atau menebal, pembukaan servik  $\emptyset$  1-10 cm, effecement 25-100%, ketuban utuh/pecah, presentasi kepala/bokong/kaki, Hodge I – IV, denominator, ada molase/tidak, teraba bagian kecil/tidak dan teraba bagian terkecil janin/tidak.

- d. Pemeriksaan penunjang
    - a) Tes lakmus/ Nitrazin test : air ketuban mempunyai sifat basa, jika lakmus merah berubah menjadi biru (Prawirohardjo, 2010).
    - b) NST : idealnya di lakukan untuk mengetahui kesejahteraan janin, yaitu batas normal DJJ (Ibrahim, 1993).
- 2) Interpretasi data dasar
- Diagnosa : G...PAPIAH Usia Kehamilan  $\geq$  42 minggu ( Prawirohardjo, 2009), Tunggal, Hidup, Presentasi Kepala, Intrauterin, Kesan jalan lahir normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik, dengan inpartu fase laten/aktif.
- Masalah : cemas
- Kebutuhan : Dukungan emosional, dampingi ibu saat persalinan, berikan posisi yang nyaman, berikan makan dan minum.
- 3) Antisipasi terhadap diagnose/ masalah potensial
- Pada ibu : Partus lama, inersia uteri, atonia uteri, perdarahan postpartum
- Pada janin : Gawat janin, asfiksia, sindroma aspirasi mekonium, distres, Distosia bahu.
- 4) Identifikasi Kebutuhan akan Tindakan Segera
- a. Berikan nutrisi pada ibu
  - b. Pantau kemajuan persalinan secara cermat
  - c. Segera rujuk ke dokter jika perkembangan terjadi secara lambat (Robson, 2011)

## 5) Intervensi Tujuan dan Kriteria Hasil

### a. 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.

### b. Di rumah sakit :

#### a) Pengantar :

- (a) Kehamilan lewat waktu memerlukan pertolongan induksi persalinan atau persalinan anjuran.
- (b) Persalinan induksi tidak banyak menimbulkan penyulit bayi, asalkan dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas yang cukup.
- (c) 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 :

##### (a) Persalinan anjuran dengan infuse pituitrin (sintositin) :

- a. Persalinan anjuran dengan infus oksitosin, pituitrin atau sintositin 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.

(b) 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.”

(c) 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) Menurut Arief Mansjoer, 2001 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.
- d) Sebelum mengambil langkah, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kehamilan postterm adalah sebagai berikut :
- a. Menentukan apakah kehamilan memang telah berlangsung lewat bulan atau bukan. Dengan demikian, penatalaksanaan ditujukan pada dua variasi dari postterm.
  - b. Identifikasi kondisi janin dan keadaan yang membahayakan janin.
  - c. 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.
- ( Prawirohardjo, 2008).
- e) Skor Bishop adalah suatu cara untuk menilai kematangan serviks dan responnya terhadap suatu induksi persalinan, karena telah diketahui bahwa serviks dengan skor bishop rendah (serviks belum matang) memberikan angka kegagalan yang lebih tinggi di banding serviks yang matang. Lima kondisi yang dinilai dari serviks adalah :
- a. Pembukaan (*Dilatation*)
  - b. Pendataran (*Effacement*)
  - c. Penurunan kepala janin (*Station*)

- d. Konsistensi (*Consistency*)
- e. Posisi ostium uteri (*Position*)

Keterangan :

- a. Yang disebut induksi persalinan persalinan berhasil dalam obstetri modern ialah : bayi lahir pervaginam dengan skor APGAR baik (>6), termasuk yang harus di bantu dengan akstraksi forceps ataupun vakum (Prawirohardjo, 2009).
- b. Bila serviks telah matang (dengan nilai bishop > 5) dilakukan induksi persalinan dan dilakukan pengawasan intrapartum terhadap jalannya persalinan dan keadaan janin. Induksi pada serviks yang telah matang akan menurunkan resiko kegagalan ataupun persalinan tindakan (Prawirohardjo, 2008).

### **2.3.3 Nifas**

#### 1) Pengkajian.

##### a. Data Subyektif.

##### 1. Keluhan Utama (PQRST).

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

##### 2. Riwayat Psiko-Sosial-Spiritual.

Situasi kedaruratan sering kali sangat mencemaskan semua yang terlibat dan menimbulkan serangkaian emosi yang dapat berakibat signifikan (Yulianti, 2009).

b. Data Obyektif.

(1) Pemeriksaan Umum.

(a) Tanda-tanda vital.

Tekanan darah : 110/mmHg-130/90 mmHg, jika turun curigai adanya perdarahan post partum, jika meningkat petunjuk adanya pre eklamsi yang bisa timbul pada masa nifas.

Pernapasan : 20-24 kali/menit, jika > 30 kali/ menit petunjuk adanya tanda-tanda syok.

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.

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).

(2) Pemeriksaan Fisik.

a. Muka : odema/tidak (gejala pre eklamsi), pucat/ tidak akan adanya rasa nyeri yang dirasakan atau tanda anemia pada ibu nifas (Prawirohardjo,2009).

b. Mata : conjungtiva pucat (anemia), sklera kuning (hepatitis), bila merah (conjungtivitis), kelopak mata bengkak kemungkinan menangis atau adanya tanda gejala preeklamsi.

c. Payudara : Tampak simetris/tidak, membesar, ada hiperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol/ tidak, colostrum sudah keluar/ belum, bersih/ tidak

- d. Abdomen : TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong
- e. Genetalia : tidak ada condiloma acuminata, tidak odema, adanya pengeluaran pervaginam yaitu terdapat lochea rubra, terdapat luka jahitan atau tidak.
- f. Ekstremitas : tidak ada oedema, tidak ada varices, tidak ada gangguan pergerakan (Suherni,2009).

## 2) Interpretasi Data Dasar

Diagnosa : PAPIAH Post Partum Hari ke-...

Masalah : Afer pain

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.

Rasional : SOP masa nifas.

- 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.

Rasional : SOP masa nifas.

## 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)
  - a. Menanyakan penyulit-penyulit yang dirasakan ibu
  - b. Memberikan konseling untuk KB (Keluarga Berencana) secara dini.

(Suherni,2009)

## 2.4 Kerangka Konsep

