

**ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA NY. N 39 TAHUN
G5P3A1 PARTURIEN 26-27 MINGGU KALA II DENGAN GEMELLI
DI PUSKESMAS CIBATU**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyelesaikan Program Studi D3 Kebidanan Sekolah Tinggi

Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

DHEA SULISTYA

NIM KHGB20061



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN**

2023

PERNYATAAN

Dengan ini saya mengatakan bahwa:

1. Karya Tulis Ilmiah ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Ahli Madya Kebidanan dari STIKes Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Ilmiah ini adalah murni gagasan, rumusan dan Analisa saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam Daftar Pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar akademik yang diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut.

Garut, Mei 2023



Dhea Sulistya

KHGB20061

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. N 39 TAHUN
G5P3A1 PARTURIEN 26-27 MINGGU KALA II DENGAN
GEMELLI DI PUSKESMAS CIBATU**

NAMA : DHEA SULISTYA

NIM : KHGB20061

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D-3 Kebidanan

STIKES Karsa Husada

Garut, Mei 2023

Pembimbing,



(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.KM)

NIK. 043298.1004.031

Mengetahui,

Ka. Prodi D-3 Kebidanan



(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.KM)

NIK. 043298.1004.031

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. N 39 TAHUN
G5P3A1 PARTURIEN 26-27 MINGGU KALA II DENGAN
GEMELLI DI PUSKESMAS CIBATU**

NAMA : DHEA SULISTYA

NIM : KHGB20061

KARYA TULIS ILMIAH

KTI ini telah disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D3 Kebidanan
STIKES Karsa Husada
Garut, Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing: Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.KM

NIK. 043298.1004.031

Penguji I : Tri Wahyuni, M.Keb

NIK. 043298.0107.038

Penguji II : Lina Humaeroh, SST., M.Kes

NIK. 043298.1009.064

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-3 Kebidanan



(Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb., M.KM)

NIK. 043298.1004.031


(.....)
(.....)
(.....)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr, Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang maha sempurna Allah SWT, karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan salah satu tugas Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA Ny. N 39 TAHUN G5P3A1 PARTURIEN 26-27 MINGGU KALA II DENGAN GEMELLI DI PUSKESMAS CIBATU"**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya akan segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam penggalian materi maupun bahasanya, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, pengarahan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Dr. H. Hadiat MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. H. Suryadi, SE, M. Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S Kep, M.Kes. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Hj. Esa Risi Suazini, AM.Keb. M.K.M. Selaku Ketua Prodi D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut dan pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis ini.

5. Tri Wahyuni, SST,M.Keb selaku penguji 1 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Lina Humaeroh, SST,.M.Kes selaku penguji 2 pada saat sidang Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Para Dosen dan Staf Kependidikan dan Tata Usaha di lingkungan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Kepada Ny. N yang telah bersedia berpartisipasi dan membantu dalam penyusunan laporan kasus ini.
9. Ruang PONED Puskesmas Cibatu, sebagai lahan praktik pengkajian kasus Karya Tulis Ilmiah.
10. Yang teristimewa yaitu keluarga penulis, teruntuk ayahanda Aded sujana, Ibunda Ani rohayani, nenek dan kakek tersayang, yang telah memberikan dukungan, terima kasih atas dorongan do'a, nasihat, dan pengorbanan baik materi serta moril selama penulis menempu studi, penulis ucapkan terima kasih banyak dan sangat bersyukur menjadi bagian keluarga yang sangat sayang kepada penulis.
11. Semua rekan-rekan seperjuangan D3 Kebidanan STIKes Karsa Husada Garut, yang telah berjuang bersama menyelesaikan karya tulis ini, penulis belajar banyak dari pengalaman yang kita lalui bersama.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang turut membantu sehingga karya tulis ini dapat diselesaikan. Akhir kata kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan ini, penulis mengucapkan terimakasih dan semoga

Allah senantiasa melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua,
Aamiin.

Garut, Mei 2023

Dhea Sulistya

KHGB20061

DAFTAR ISI

PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSUTUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	2
1.1 Latar Belakang.....	2
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Metode Pengumpulan Data	4
1.5 Waktu dan Tempat Penelitian	5
1.5.1 Lokasi.....	5
1.5.2 Waktu	5
1.6 Manfaat.....	5
1.6.1 Bagi penulis.....	5
1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan	5
1.6.3 Bagi lahan praktek	5
1.6.4 Bagi Klien	6
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7

2.1	Kehamilan.....	7
2.1.1	Definisi Kehamilan Gemelli	7
2.1.2	Macam-macam kehamilan gemelli	7
2.1.3	Etiologi kehamilan gemelli	9
2.1.4	Gambaran klinis	12
2.1.5	Diagnosis kehamilan gemelli	13
2.1.6	Pertumbuhan janin kembar	14
2.1.7	Komplikasi kehamilan kembar terhadap ibu dan janin.....	14
2.2	Penatalaksanaan Kehamilan Kembar	17
2.3	SOP Penatalaksanaan Persalinan Gemelli.....	25
2.4	Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Gemelli	27
2.5	Kewenangan Bidan.....	28
2.6	Pendokumentasian.....	29
2.6.1	Langkah-langkah (7langkah Varney).....	29
2.6.2	Model Pendokumentasian.....	30
BAB III	TINJAUAN KASUS	31
3.1	Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N 39 Tahun G5P3A1 Perturien 26-27 Minggu Kala II dengan Gemelli Di Puskesmas Cibatuh	31
BAB IV	PEMBAHASAN.....	41
4.1	Data Subjektif.....	41
4.2	Data Objektif	42
4.3	Analisa.....	44

4.4	Penatalaksanaan.....	44
4.5	Pendokumentasian.....	46
BAB V PENUTUP.....		47
5.1	Kesimpulan.....	47
5.2	Saran.....	48
Daftar Pustaka.....		ix
Lampiran		xii

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kehamilan gemelli merupakan kehamilan yang terdiri dari dua janin dalam kandungan pada waktu yang sama. Angka kejadian kehamilan gemelli semakin meningkat hal ini terjadi karena semakin meluasnya penggunaan teknologi reproduksi dalam penatalaksanaan infertilisasi. Namun, kehamilan gemelli lebih berisiko dibandingkan dengan kehamilan tunggal, komplikasi yang sering terjadi seperti keguguran, anemia, gestational diabetes mellitus (GDM), hipertensi dan risiko terhadap bayi yang dikandung seperti kelahiran prematur, berat bayi lahir rendah (BBLR), *intrauterine growth restriction* (IUGR) dan kelainan kongenital (Saffira et al., 2020)

Angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 305/100.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian bayi sebanyak 15/1000 kelahiran hidup (WHO, 2018). Bayi baru lahir merupakan periode kritis, karena bayi harus beradaptasi dengan lingkungan diluar kandungan. Bayi baru lahir merupakan kelompok yang sangat rentan mengalami berbagai masalah kesehatan sehingga memiliki hambatan untuk beradaptasi dengan lingkungan barunya. Kemampuan dan kegagalan bayi beradaptasi diluar kandungan yang menentukan kehidupan dan kematian bayi baru lahir (Suherman et al., 2021)

Salah satu penyebab kematian neonatal adalah BBLR, dan resiko penyebab terjadinya BBLR adalah kehamilan gemelli. Menurut WHO diperkirakan sekitar 17 juta bayi lahir BBLR setiap tahun dan 16% diantaranya lahir di negara berkembang. WHO juga menyebutkan bahwa Indonesia berada pada peringkat 9 angka kejadian BBLR dengan presentasi BBLR lebih dari 15,5% dari kelahiran bayi setiap tahunnya (Saffira et al., 2020)

Menurut penelitian sebelumnya, insidensi kehamilan gemelli meningkat sesuai dengan bertambahnya usia. Penyebab kematian terbesar adalah karena perdarahan, hipertensi dan infeksi. Angka kematian neonatal (AKN) didapatkan sebesar 15 per 1.000 kelahiran hidup dimana penyebab utamanya adalah prematur dan BBLR. (Sartika, 2019)

Berdasarkan data data tersebut kejadian persalinan gemelli masih menjadi perhatian yang sangat besar karena berkontribusi pada mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi. Pentingnya penelitian mengenai kehamilan gemelli berfungsi untuk menganalisis faktor apa saja yang menyebabkan kehamilan gemelli, serta dampak positif maupun negative bagi ibu dan bayi. Sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan penatalaksanaan yang tepat terhadap persalinan gemelli. Dengan memperhatikan faktor yang menyebabkan persalinan gemelli serta dampak yang mungkin terjadi, merupakan salah satu upaya preventif untuk menurunkan angka mortalitas dan morbiditas pada ibu dan bayi.

Berdasarkan hal-hal yang telah diuraikan diatas maka penulis tertarik membuat laporan asuhan kebidanan yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN PADA**

NY. N 39 TAHUN G5P3A1 PARTURIEN 26-27 MINGGU KALA II DENGAN GEMELLI PUSKESMAS CIBATU”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dari karya tulis ilmiah ini adalah bagaimana asuhan persalinan pada Ny. N 39 tahun G5P4A0 parturien 26-27 minggu dengan gemell.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. N 39 tahun G5P4A0 parturien 26-27 minggu dengan gemelli di puskesmas Cibatu dengan pendekatan Asuhan Kebidanan dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian data subjektif pada Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu dengan gemelli
- b. Melakukan pengkajian data objektif pada Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu dengan gemelli
- c. Menetapkan analisa pada kasus Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu dengan gemelli
- d. Menentukan asuhan dan penatalaksanaan pada Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu dengan gemelli

e. Melakukan pendokumentasian pada Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu dengan gemelli

1.4 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dengan menggunakan teknik pengumpulan data primer dan sekunder yang disusun dalam bentuk karya tulis ilmiah adapun teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1) Wawancara

Teknik ini wawancara dilakukan melalui komunikasi secara langsung dengan klien, dan keluarga untuk memperoleh data yang berhubungan dengan permasalahan klien yang akan dijadikan kasus, sehingga data yang diperoleh lebih akurat

2) Observasi

Data dapat diperoleh dari hasil observasi secara langsung kepada klien dan juga pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang

3) Study rekam medik

Data diperoleh dari rekam medis pasien yang selanjutnya data didokumentasikan

4) Study kepustakaan

Membaca dan mempelajari buku buku sumber yang berhubungan dengan kasus yang diambil dan dapat dijadikan sumber atau referensi bagi penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah

1.5 Waktu dan Tempat Penelitian

1.5.1 Lokasi

Lokasi pengambilan kasus dilakukan di Puskesmas Cibat

1.5.2 Waktu

Pada tanggal 23 Februari 2023, pukul 01.40 WIB

1.6 Manfaat

1.6.1 Bagi penulis

Dengan melakukan asuhan kebidanan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam mendeskripsikan kasus tersebut menurut berbagai referensi, serta untuk mengaplikasikan ilmu yang di dapatkan dari institusi pendidikan terutama yang berkaitan dengan persalinan gemelli.

1.6.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasilnya dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mencari referensi untuk mahasiswa kebidanan selanjutnya yang melakukan studi kasus asuhan kebidanan. Sehingga dapat menambah pengetahuan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir terutama yang berkaitan dengan asuhan ibu bersalin dengan gemelli

1.6.3 Bagi lahan praktek

Menjadi bahan masukan dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan asuhan kebidanan, serta menjadi bahan untuk melakukan evaluasi dalam pelayanan, penegakan diagnosa dan pendokumentasian

1.6.4 Bagi Klien

Dapat dijadikan sebagai media informasi dan motivasi bagi klien bahwa pemantauan dan pemeriksaan kesehatan sangat penting karena kehamilan gemelli butuh perhatian khusus dibandingkan kehamilan tunggal, dan untuk mencegah komplikasi pada ibu bersalin dengan gemelli.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan Gemelli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan yang terjadi apabila dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi (dizigotik) atau apabila satu ovum yang dibuahi secara dini hingga membentuk dua embrio yang sama pada stadium massa sel dalam atau lebih awal (monozigotik). (Sartika, 2019).

Kehamilan kembar dapat didefinisikan sebagai kehamilan dimana 2 atau lebih embrio terbentuk secara simultan. Kehamilan kembar terjadi 1% dari seluruh kehamilan. Pada kehamilan kembar dapat terjadi peningkatan seluruh komplikasi obstetric seperti hiperemesis, abortus, kelahiran prematur, IUGR, kematian janin, dan presentasi abnormal (Lubis, 2018)

2.1.2 Macam-macam kehamilan gemelli

Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kembar dizigotik memiliki dua amnion (diamniotik) dan dua plasenta (dikorionik). Pada kembar monozigot dapat terbentuk satu plasenta (monokorionik), satu amnion (monoamniotik) atau bahkan satu organ fetal (kembar siam). (Lubis, 2018)

Kehamilan kembar dapat dibagi atas beberapa tipe, menurut Lubis 2018:

- 1) Kembar dizigotik (Binovular-fraternal twins) (66%): yaitu

- a. Fertilisasi dari 2 ovum oleh 2 sperma
 - b. Dikorionik, korion yang terpisah, memiliki 2 plasenta.
 - c. Diamniotik, amnion yang terpisah (kantung amnion)
- 2). Kembar monozigotik (Mono ovular-identical twins) (33%) yaitu:
- d. Pembelahan dari 1 ovum, fertilisasi oleh 1 sperma
 - e. 2 bayi kembar berada di 1 amnion dan satu korion,
 - f. Bisa juga terjadi 1 amnion tetapi 2 korion,
 - g. 2 amnion 1 korion
 - h. Pada hari ke 0 saat terjadi fertilisasi akan berubah menjadi Blastomer, kemudian pada hari ke 3 Blastomer akan berubah menjadi morula, setelah hari ke 6-8 berubah menjadi blastokista, jarusnya terjadi implantasi, kemudian zigot yang sudah terimplantasi di hari ke 12, mengalami mudigasi/membelah diri sehingga terjadi 2 sel yang nantinya berubah menjadi 2 embrio/2 individu yang berbeda, jika di hari 12 terjadi keterlambatan dalam pembelahan embrio, besar kemungkinan akan terjadi monstro / kembar siam.

Sedangkan menurut Sartika 2019:

- 1) Monozigotik
- 2) Dizigotik
- 3) Superfekundasi adalah pembuahan dua telur yang dikeluarkan pada ovulasi yang sama, tetapi pada waktu koitus yang berbeda, dan dilakukan dengan jarak waktu yang pendek. Kehamilan ini susah dibedakan dengan dizigotik. Pada tahun 1910 oleh acher dilaporkan bahwa seorang wanita kulit putih yang melakukan koitus

berturut-turut dengan seorang kulit putih dan kemudian dengan seorang Negro melahirkan bayi kembar dengan satu bayi berwarna putih dan yang lainnya berwarna hitam

- 4) Superfetasi adalah kehamilan kedua yang terjadi beberapa minggu/bulan setelah kehamilan pertama terjadi. Keadaan ini pada manusia belum pernah dibuktikan, akan tetapi dapat ditemukan pada kuda. Sebagian pihak beranggapan bahwa kasus-kasus yang diduga superfetasi pada manusia terjadi akibat ketidakseimbangan yang mencolok dalam tumbuh kembang janin kembar dengan usia gestasi sama. (Sartika, 2019)

Jenis kehamilan gemelli berdasarkan letak, presentasi dan posisi adalah:

- 1) Kedua janin dalam letak membujur, presentasi kepala (44-47%).
- 2) Letak membujur, presentasi kepala bokong (37-38%).
- 3) Keduanya presentasi bokong (8-10%).
- 4) Letak lintang dan presentasi kepala (5-5,2%).
- 5) Letak lintang dengan presentasi bokong (1,5-2%).
- 6) Dua-duanya letak lintang (0,2-0,6%).
- 7) Letak dan presentasi “69” berbahaya karena terjadi inectrllocking.

2.1.3 Etiologi kehamilan gemelli

- 1) Ras/bangsa

Menurut literatur, ras yang berwarna seperti Asia dan Afrika berpeluang lebih besar mengalami kehamilan ganda ketimbang ras yang berkulit putih atau Eropa. Meski belum dapat dibuktikan secara empiris, tapi banyak kasus memang terlihat

kehamilan ganda lebih sering dialami kulit berwarna dibandingkan ibu-ibu yang berkulit putih. (Lubis, 2018)

2) Usia

Dengan bertambahnya usia, kemungkinan terjadinya kehamilan ganda semakin besar. Akan tetapi selepas umur 40 tahun, probabilitas akan terjadinya kehamilan ganda kembali menurun.

wanita yang berusia 37 tahun lebih beresiko mengalami kehamilan kembar, dimana terjadi stimulasi hormonal yang maksimal jika ibu hamil di atas umur 35 tahun, kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan bayi kembar. Ini dikarenakan umur ibu lebih tua, yang cenderung melepaskan lebih dari satu sel telur saat ovulasi (Intang & Vitariani, 2023)

Pada sebuah penelitian ditemukan bahwa perempuan yang tak lagi muda memiliki kadar hormon FSH (follicle-stimulating hormone) yang lebih tinggi. Yaitu jenis hormon yang meningkatkan kemungkinan memiliki anak kembar fraternal. Kedua, perempuan yang tidak muda lagi punya kemungkinan melepas lebih dari satu telur per siklus haid, karena FSH-nya yang tinggi. Artinya, jika dua telur atau lebih terbuahi, peluang memiliki anak kembar pun terbuka lebar (Davies, 2019)

Robinson and Norwitz j (2019) juga menyebutkan bahwa wanita yang berusia > 35 tahun berisiko tinggi mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal. Salah satu diantaranya yaitu hipertensi, diabetes, solusio plasenta, persalinan kurang bulan, lahir mati dan plasenta previa. (Robinson and Norwitz j, 2019)

3) Hereditas

Hamil kembar biasanya diwariskan secara maternal (garis keturunan ibu). Bila dari garis keturunan ibu ada yang kembar, maka presentasi melahirkan kehamilan kembar lebih besar. Namun tidak tertutup kemungkinan garis keturunan ayah bisa menimbulkan kehamilan kembar. Yang pasti, angka kejadian dari garis maternal lebih besar dibanding dari garis paternal.

4) Paritas

Frekuensi kehamilan kembar juga meningkat dengan paritas ibu. Dari angka 9,8 per 1000 persalinan untuk primipara frekuensi kehamilan kembar naik sampai 18,8 per 1000 untuk multipara.

Penelitian Paritas (2% setelah kehamilan keempat) Jika seorang ibu sudah beberapa kali memiliki anak, maka kemungkinan ibu mendapat bayi kembar juga menjadi lebih besar. Ini karena berarti sistem reproduksi ibu atau seorang wanita bekerja dengan bagus serta tidak ada masalah dengan ovulasi, sehingga kemungkinan menghasilkan lebih dari satu sel telur saat ovulasi menjadi lebih besar (Prawirohardjo, 2018)

5) Obat-obatan

Ibu yang memakai obat pemicu ovulasi untuk mematangkan sel telurnya juga ikut meningkatkan peluang terjadinya kehamilan kembar. Hal ini disebabkan, dengan obat tersebut sel telur yang matang pada setiap siklus jadi lebih dari satu. Obat ini biasanya diberikan pada pasangan yang sulit hamil dengan faktor penyebab infertilitas indung telur. Itulah sebabnya pada kasus-kasus pasangan yang sulit mendapatkan anak

kemudian menjalani terapi obat–obat penyubur ini, bila akhirnya terjadi kehamilan, biasanya merupakan kehamilan kembar.(Dewi, 2018)

Faktor obat-obat induksi ovulasi : profertil, clomid, dan hormon gonadotropin dapat menyebabkan kehamilan dizigotik dan kembar lebih dari dua(Anik., 2019)

2.1.3 Gambaran klinis

Sedikit kehamilan kembar terdiagnosis pada pertengahan pertama kehamilan kecuali dengan scrinning ultrasound. Namun kehamilan kembar dapat dideteksi secara dini dengan memperhatikan beberapa hal diantaranya:

1) Tanda dan gejala

- a. Ukuran uterus, TFU, dan lingkar abdomen melebihi ukuran yang seharusnya untuk usia kehamilan akibat pertumbuhan 2 janin yang pesat selama trimester kedua.
- b. Mual dan muntah berat (akibat peningkatan kadar HCG).
- c. Pada palpasi abdomen didapat tiga atau lebih bagian besar atau banyak bagian kecil, yang akan semakin mudah diraba terutama pada trimester ketiga.
- d. Pada auskultasi ditemukan lebih dari satu bunyi jantung janin yang jelas-jelas berada pada satu sama lain (berbeda lebih dari 10 denyut jantung per menit dan terpisah dari detak jantung ibu).

2) Ketidaknyamanan

- (1) Ketidaknyamanan berhubungan volume intrauterus yang besar
- (2) Penambahan berat badan yang berlebihan
 - a. Peningkatan volume kandung uterus

- b. Peningkatan retensi air (oedema)
- c. Polihidroamnion
- d. Nafsu makan tinggi

2.1.4 Diagnosis kehamilan gemelli

Beberapa hal dibawah yang dapat dijadikan faktor untuk menentukan diagnosis kemungkinan kehamilan kembar:

- 1) Anamnesa
 - a. Perut lebih besar dari tuanya kehamilan
 - b. Gerakan janin dirasakan lebih banyak
 - c. Uterus terasa lebih besar
 - d. Riwayat hamil kembar
- 2) Inspeksi dan palpasi
 - a. Perut teraba lebih besar dari tuanya kehamilan
 - b. Bagian terkecil teraba lebih banyak
 - c. Teraba tiga bagian besar janin
 - d. Teraba dua ballotoment
- 3) Auskultasi: terdengar 2 DJJ pada dua tempat yang agak berjauhan dengan kecepatan 10 denyut permenit.
- 4) Rotgen terdapat gambaran dua janin.
- 5) USG: tampak dua janin atau dua jantung

2.1.5 Pertumbuhan janin kembar

Terdapat perbedaan pertumbuhan berat badan janin pada kehamilan kembar, perbedaannya antara 50 sampai 100 gram. Salah satu faktor penyebabnya yaitu pada kembar dizigotik plasenta yang satu dapat berimplantasi lebih menguntungkan, dari pada plasenta yang lain. Hal ini berpengaruh terhadap pertumbuhan plasenta serta janinnya yang akan lebih baik dari pada plasenta dan janin yang lain. Demikian juga pada kehamilan kembar monozigotik pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama.

Bentuk kelainan pertumbuhan tersebut diantaranya:

1. Berat badan satu janin kelahiran rata-rata lebih ringan dari janin tunggal dibawah 2500 g.
2. Berat badan janin kembar berselisih antara 50-100 g. (Sartika, 2019)

2.1.6 Komplikasi kehamilan kembar terhadap ibu dan janin

Pada kehamilan kembar komplikasi ibu dan janin lebih besar dibandingkan kehamilan tunggal, diantaranya adalah:

1) Anemia

Kebutuhan nutrisi yang tinggi serta peningkatan volume plasma yang tidak sebanding dengan peningkatan eritrosit (hemodelusi), menjadi salah satu penyebab bahwa ibu dengan kehamilan kembar beresiko tinggi mengalami anemia.

2) Prematur

Sebanyak 43,6 % angka kejadian persalinan preterm terjadi pada kehamilan kembar, angka ini sangat jauh berbeda jika dibandingkan dengan kehamilan tunggal yang hanya 5,6 %.

Penelitian lain menyebutkan bahwa gemelli sekitar 30% penyebab terjadinya kurang bulan di Indonesia pada tahun 2010, dan terjadi pada wanita diatas usia 30 tahun. Terjadinya persalinan kurang bulan pada kehamilan kembar dikarenakan terjadinya overdistensi, retraksi akibat ketegangan otot uterus dini sehingga mulai proses Braxton hicks, kontraksi makin sering dan menjadi HIS persalinan (Herman & Tri Joewono, 2020).

3) Hipertensi

Pada kehamilan kembar, frekuensi terjadinya hipertensi, preklamsia dan eklamsia meningkat.(Lubis, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yusendang (2019) menyebutkan bahwa pertumbuhan janin ganda lebih sering mengalami gangguan seperti hipertensi akibat adanya beban penambahan sirkulasi darah ke janin. (Yusendang et al., 2019).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Iswanti (2018) menyebutkan bahwa faktor risiko kejadian hipertensi salah satunya adalah kehamilan gemelli, hubungan antara hipertensi gestasional pada kehamilan gemelli dipengaruhi oleh jumlah korion, dan hasilnya didapatkan bahwa hipertensi pada kehamilan kembar lebih tinggi 2,9 kali daripada kehamilan tunggal. (Iswanti, 2018).

4) Pendarahan antepartum

Salah satu pendarahan antepartum yaitu solutio plasenta yang disebabkan oleh permukaan plasenta yang jelek sehingga plasenta mudah terlepas.

5) Kematian

Kematian satu janin pada kehamilan kembar dapat terjadi, penyebab kematian yang umum adalah saling membelitnya tali pusat. Bahaya yang perlu dipertimbangkan pada kematian satu janin adanya koagulopati konsumtif berat yang dapat mengakibatkan terjadinya disseminated intravascular coagulopathy.

6) Kelainan kongenital

Kelainan kongenital mayor pada kehamilan kembar meningkat sesuai dengan jumlah kembarnya. Pada kembar triplet, angka kelainan kongenital mayor lebih tinggi dibandingkan kembar dua. Kelainan jantung pada kembar monozigotik 1: 100 kasus.

7) Perdarahan postpartum

Pendarahan postpartum dalam persalinan kembar disebabkan oleh overdistension uterus, tendensi terjadinya atonia uterus dan berasal dari insersi plasenta. (Lubis, 2018)

Menurut Sartika, 2019 Komplikasi potensial kehamilan kembar diantaranya adalah:

- 1) Polihidroamnion
- 2) Preeklamsia
- 3) Anemia

- 4) Dapat terjadi tranfusi dari kembar ke kembar, Menurut Gumilar (2018) Twin to twin transfusion syndrome (TTTS) merupakan suatu komplikasi kehamilan multipel monokorion yang berisiko tinggi menyebabkan kematian fetal/neonatus, terutama pada janin dengan usia kehamilan belum viable dan apabila janin berhasil hidup maka janin tersebut memiliki risiko mengalami gangguan jantung, saraf, dan mental (Gumilar, 2018)
- 5) Pertumbuhan satu bayi bisa lebih lambat dari yang lain
- 6) Malformasi kongenital lebih sering terjadi
- 7) Prematuritas adalah penyebab terbesar morbiditas janin dan mortalitas pada kehamilan kembar.
- 8) Penelitian lain menyebutkan bahwa
- 9) Mortalitas janin meningkat empat kali lipat pada kehamilan kembar
- 10) Malpresentasi, ketuban pecah dini (KPD), prolaps tali pusat
- 11) Distosia saat persalinan dan seksio sesarea lebih mungkin terjadi
- 12) Perdarahan pascapartum karena distensi uterus yang berlebihan.

2.2 Penatalaksanaan Kehamilan Kembar

Kehamilan kembar termasuk kedalam faktor resiko II merupakan risiko tinggi yaitu adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat (Anik., 2019).

1) Penatalaksanaan dalam kehamilan dan persalinan Menurut Anik, 2019

a. Penanganan dalam kehamilan

Perawatan prenatal yang baik untuk kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul dan bila diagnosis telah ditegakkan, pemeriksaan ulangan harus lebih sering 1x seminggu pada kehamilan lebih dari 32 minggu. Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh lebih baik dihindari karena akan merangsang partus prematurus.

b. Penanganan persalinan dalam hamil kembar

Karena penyulit kehamilan kembar terjadi kontraksi otot rahim, kelambatan persalinan dan pendarahan postpartum, dan bayi premature, maka persiapan darah ibu perlu dilakukan dan pertolongan bayi premature dengan lebih baik.

Pada umumnya anak kedua lahir dalam waktu 10-15 menit. Bila kedudukan anak kedua membujur, dapat ditunggu sampai terjadi his, selanjutnya ketuban dipecahkan dan persalinan ditolong spontan belakang kepala atau pertolongan letak sungsang.

Apabila anak kedua letak lintang dapat dilakukan versi luar menjadi letak membujur seandainya letak lintang disertai gawat janin maka versi ekstrasi merupakan pilihan pertama. Indikasi lainnya untuk versi ekstrasi letak lintang adalah bila ketuban pecah disertai prolapsus funikuli atau solusio plasenta.

Dalam pertolongan persalinan hamil kembar dapat dilakukan operasi persalinan hamil kembar dapat dilakukan persalinan primer bila berhadapan dengan:

- (a) Hamil kembar dengan anak satu lintang
- (b) Prolapsus funikuli
- (c) Plasenta previa (Anik., 2019)

2) Penatalaksanaan dalam persalinan Menurut Sartika, 2019

Bayi I

a) Cek presentasi.

- (a) Bila vertex lakukan pertolongan sama dengan presentasi normal dan lakukan pertolongan monitoring dengan partograf.
- (b) Bila presentasi bokong lakukan pertolongan sama dengan bayi tunggal presentasi bokong.
- (c) Bila letak lintang lakukan seksio sesarea.
- (d) Monitoring janin dengan auskultasi DJJ.
- (e) Pada kala II beri oksitosin 2,5 IU dalam 500 ml Dekstrose 5% atau Ringer Laktat 10 kali per 10 menit.

Bayi II

a) Segera setelah kelahiran bayi I:

- (a) Lakukan palpasi abdomen untuk menentukan adanya bayi selanjutnya.
- (b) Bila letak lintang lakukan versi luar.
- (c) Periksa DJJ.

- b) Lakukan pemeriksaan vaginal untuk menentukan adanya prolaps funukuli, ketuban pecah atau intak, presentasi bayi.
- c) Bila presentasi verteks:
 - (a) Bila kepala belum masuk, masukkan pada PAP secara manual.
 - (b) Ketuban pecah.
 - (c) Periksa DJJ.
 - (d) Bila tak timbul kontraksi dalam 10 menit, tetesan oksitosin dipercepat sampai His adekuat.
 - (e) Bila 30 menit belum lahir lakukan tindakan menurut persyaratan yang ada (vakum, forseps, sepsio).
- d) Bila presentasi bokong:
 - (a) Lakukan persalinan pervaginam bila pembukaan lengkap dan bayi tersebut tidak lebih besar dari bayi I.
 - (b) Bila tak ada kontraksi sampai 10 menit, tetesan oksitosin dipercepat sampai his adekuat.
 - (c) Pecahkan ketuban.
 - (d) Periksa DJJ
 - (e) Bila gawat janin lakukan ekstraksi.
 - (f) Bila tidak mungkin melakukan persalinan pervaginam lakukan seksio sesarea.
- e). Bila letak lintang:
 - (a) Bila ketuban intak, lakukan versi luar.
 - (b) Bila versi luar gagal dan pembukaan lengkap lakukan versi ekstraksi.

(c) Bila gagal lakukan seksio sesarea.

f). Pasca persalinan berikan oksitosin drips 2 IU dalam 1liter cairan 60 tetes/menit atau berikan ergometrin 0,2 mg IM 1 menit sesudah kelahiran anak yang terakhir dan lakukan manajemen aktif kala III. Untuk mengurangi pendarahan pasca persalinan (Sartika, 2019)

2. Menurut Lubis, 2018

Sebaiknya dilakukan di kamar operasi dan sudah disiapkan pemeriksaan cross-match serta dihadiri ahli anestesi, ahli kebidanan dan ahli anak.

- 1) Jika kembar presentasi vertex-vertex; dilahirkan per vaginam dengan melakukan episiotomi mediolateral untuk mengurangi tekanan pada kepala bayi.
- 2) Jika presentasi vertex-non vertex:
 - a. Siapkan SC
 - b. Partus per vaginam diikuti dengan persalinan bokong Breech delivery)
 - c. Partus per vaginam diikuti ekstraksi bokong totalis atau melakukan internal podalic version (hal ini dilakukan dengan catatan tidak dijumpai
 - d. Partus per vaginam diikuti dengan melakukan eksternal version (versi luar) dimana hal ini memerlukan pemantauan dengan USG portabel untuk melihat secara akurat letak bayi kedua
- 3) Jika presentasi nonvertex-vertex atau nonvertex-non vertex: SC
Jika hamil kembar 3 atau lebih: SC
- 4) Pada kembar premature:

Vertex-vertex: partus per vaginam

- a. Vertex-non vertex: Umumnya SC
- b. Nonvertex-vertex atau nonvertex-non vertex: SC
- c. Kembar 3 atau lebih: SC
- d. Pada locking twins: segera lakukan SC

Cara persalinan yang terencana harus mempertimbangkan letak dan presentasi masing-masing janin. Persalinan pervaginam harus diusahakan jika tidak ada kontraindikasi.

Jika pertama:

- 1) Siapkan peralatan resusitasi dan perawatan bayi
- 2) Pasang infus dan cairan intravena
- 3) Pantau keadaan janin dengan auskultasi DJJ, jika terdapat kelainan DJJ (kurang dari 110 x / menit), curigai adanya gawat janin
- 4) Periksa presentasi janin:
 - a. Jika presentasi vertex usahakan persalinan spontan dan monitor persalinan dengan partograf
 - b. Jika presentasi bokong merupakan indikasi untuk dilakukan SC
 - c. Jika letak lintang, lakukan SC
- 5) Tinggalkan klem pada ujung maternal tali pusat dan jangan melahirkan plasenta sebelum janin kedua dilahirkan. Janin kedua atau janin berikutnya:
- 6) Segera setelah bayi pertama lahir, lakukan pemeriksaan berikut:
 - a. Palpasi abdomen untuk menentukan letak janin kedua atau berikutnya
 - b. Jika perlu lakukan versi luar agar janin kedua, janin letak memanjang
 - c. Pemeriksaan DJJ

7) Lakukan pemeriksaan dalam vagina untuk menentukan:

- a. Presentasi janin kedua
- b. Keutuhan selaput ketuban
- c. Adanya prolapsus tali pusat

Presentasi Verteks

- 1) Jika kepala belum masuk pintu atas panggul, masukkan kepala secara manual (dengan bantuan tangan di abdomen), jika memungkinkan
- 2) Pecahkan ketuban dengan klem kokher jika ketuban belum pecah
- 3) Periksa DJJ antara kontraksi uterus untuk menilai keadaan janin
- 4) Jika his tidak adekuat setelah kelahiran bayi I, berikan infus oksitosin dengan cara cepat untuk menimbulkan his yang baik ($\geq 3 \times 40''/10'$)
- 5) Jika janin tidak lahir dalam dua jam dengan his yang baik, atau terdapat tanda tanda gawat janin (DJJ kurang dari 110 x / menit), lakukan SC.

Presentasi Bokong

Jika taksiran BB janin tidak lebih besar dari janin pertama dan serviks tidak mengecil rencanakan partus spontan.

- 1) Jika his tidak ada atau tidak adekuat setelah kelahiran janin I, beri infus oksitosin dengan cara cepat untuk menimbulkan his yang baik ($\geq 3 \times 40''/10'$)
- 2) Pecahkan ketuban dengan klem kokher jika ketuban belum pecah dan bokong sudah turun

- 3) Periksa DJJ diantara 2 kontraksi uterus. Jika DJJ anormal ($DJJ < 110 \times / \text{menit}$), lakukan SC
- 4) Jika persalinan per vaginam tidak memungkinkan, lahirkan bayi dengan SC.

Letak Lintang

- 1) Jika selaput ketuban utuh, lakukan versi luar
- 2) Jika versi luar gagal dan pembukaan lengkap dan selaput ketuban masih utuh lakukan versi dalam dan lanjutkan dengan ekstraksi.
 - a. Dengan memakai sarung tangan yang telah didisinfeksi tingkat tinggi, masukkan satu tangan ke dalam uterus dan raihlah kaki janin.
 - b. Secara perlahan tarik janin ke bawah
 - c. Lanjutkan dengan tarik janin ke bawah
- 3) Periksa DJJ diantara HIS
- 4) Jika versi luar gagal dan versi dalam (internal cephalic version) tidak dianjurkan atau gagal segera lakukan seksio sesarea
- 5) Berikan oksitosin 10unit IM atau ergometrin 0,2 mg IM. Dalam waktu 1 menit setelah bayi terakhir lahir dan teruskan penanganan aktif kala III untuk mengurangi perdarahan paska persalinan.

2.3 SOP Penatalaksanaan Persalinan Gemelli

UPTD PUSKESMAS CIBATU	
1. Pengertian	Penatalaksanaan Persalinan Gemelli adalah Asuhan pada ibu bersalin dengan kehamilan dimana buah kehamilan > 1 bayi
2. Tujuan	Sebagai pedoman bidan dalam penerapan langkah-langkah penatalaksanaan presentasi bokong agar mengurangi morbiditas dan mortalitas bayi
3. Referensi	Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Essensial di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. 2013
4. Prosedur	1. Persiapan alat dan Bahan Troli periksa beserta kelengkapannya, troli emergensi maternal, Partus set, heacting set 2. Petugas yang melaksanakan Bidan, Dokter 3. Langkah-langkah a. Petugas melakukan anamnesa pada pasien b. Petugas melakukan pemeriksaan fisik dan menentukan dengan benar jumlah bayi dengan

	memperhatikan hasil USG terakhir dan rekam medis buku KIA pasien c. Kolaborasi dengan dokter sebelum melakukan tindakan selanjutnya d. Beritahu Keluarga tentang keadaan pasien dan lakukan inform consent dilakukan tindakan selanjutnya e. Jika masih dalam fase laten persalinan siapkan rujukan f. Jika sudah dalam fase aktif dan pasien tidak dimungkinkan untuk dirujuk siapkan alat dan tim untuk melakukan persalinan gemelli 1) Persiapan alat, bahan dan penolong sesuai langkah 58 APN 2) Tentakan presentasi bawah janin pertama, jika kepala lakukan prosedur persalinan normal, jika bokong lakukan penatalaksanaan persalinan sungsang yang tidak dimungkinkan dirujuk 3) Setelah anak pertama lahir lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kemajuan janin
--	---

	4) Tentukan presentasi bawah janin lakukan persalinan sesuai keadaan bayi 5) Setelah bayi kedua lahir lakukan Manajemen Aktif Kala III 6) Lanjutkan Pemantauan kala IV g. Dekontaminasikan semua alat bekas pakai h. Cuci tangan dan keringkan i. Dokumentasikan hasil pemeriksaan pada lembar rekam medis dan buku laporan haria
--	---

2.4 Peran Bidan Dalam Memberikan Asuhan Kebidanan Persalinan Dengan Gemelli

Peran bidan dalam penanganan persalinan kembar yaitu dengan memberikan asuhan kebidanan pada ibu bersalin secara tepat, cepat dan komprehensif, sesuai dengan kewenangan yang berlaku dan dalam memberikan asuhan harus berkolaborasi dengan dokter, jika ibu bersalin dengan bayi kembar ini tidak mendapatkan asuhan yang sesuai maka, resikonya akan berakibat pada ibu dan janin. Dengan harapan setelah dilakukan asuhan kebidanan yang cepat dan tepat dapat mengurangi kematian ibu dan bayi.

2.5 Kewenangan Bidan

Wewenang bidan diatur dalam Permenkes RI No. 28 tahun 2017 Pasal 20 ayat 2 menyebutkan bidan berwenang melakukan penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan (pasal 20 ayat 2 huruf b). Ayat 4 menjelaskan bahwa penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 22 huruf b menyatakan bahwa bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan pelimpahan wewenang secara mandat dari dokter.

Pasal 27 ayat (1) Pelimpahan wewenang diberikan secara tertulis oleh dokter pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama tempat Bidan bekerja. Ayat (4) Tindakan pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab dokter pemberi mandat, sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.

Pasal 28 menyebutkan bahwa dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan berkewajiban untuk menghormati hak pasien, memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan, merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu, meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan, melakukan pencatatan secara sistematis, mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;

Pasal 29 huruf a dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan memiliki hak: untuk memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pelayanannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional (Kemenkes, 2017).

2.6 Pendokumentasian

2.6.1 Langkah-langkah (7langkah Varney)

1. Langkah I: Tahap pengumpulan data dasar Tahap ini merupakan tahap pengumpulan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien yang meliputi data subjektif, objektif, dan hasil pemeriksaan.
2. Langkah II: Interpretasi Data Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.
3. Langkah III: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganan. Tahap ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi, langkah ini membutuhkan antisipasi, bila kemungkinan dilakukan pencegahan.
4. Langkah IV: Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi ibu. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, jadi manajemen bukan hanya selama asuhan periodik atau kunjungan perinatal saja, tetapi selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus.
5. Langkah V: Penyusunan rencana asuhan yang menyeluruh pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah langkah

sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi.

6. Langkah VI: Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien, dengan aman, langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah V dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagai klien atau anggota tim kesehatan lainnya.
7. Langkah VI: Mengevaluasi Pada langkah ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi ke dalam diagnosa dan masalah. (Varney,2007).

2.6.2 Model Pendokumentasian

- S: SUBJEKTIF Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui Anamnesa.
- O: OBJEKTIF Menggambarkan hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan tes diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung anamnesa.
- A: ANALISA Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:
- a. Diagnosa/masalah
 - b. Antisipasi diagnosa lain
- P: PENATALAKSANAAN Menggambarkan pendokumentasian dari rencana dan evaluasi berdasarkan analisa (Rukiyah,2011).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N 39 Tahun G5P3A1 Perturien 26-27 Minggu Kala II dengan Gemelli Di Puskesmas Cibat

No Rekam Medik : 89159

Tanggal Pengkajian : 23 Februari 2023

Waktu Pengkajian : 01.40 WIB

Tempat Pengkajian : Ruang PONED

Pengkaji : Dhea Sulistya

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama Ibu/Suami : Ny. N / Tn. K

Umur : 39 tahun / 42 tahun

Suku : Sunda / Sunda

Agama : Islam / Islam

Pendidikan : SMP / SMP

Pekerjaan : IRT / Buruh

Alamat : Kp. Karoya girang 06/02, Ds Karyamukti

2. Keluhan utama: Ibu mengaku hamil 7 bulan mengeluh mules dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 19.00 WIB, disertai keluar air air dari jalan lahir pukul 01.40 WIB

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 15 tahun
 Siklus : 28 hari
 Banyaknya : 2-3 x ganti pembalut
 Lamanya : 7 hari
 Keluhan : Tidak ada

4. Riwayat kehamilan sekarang

HPHT : 18-08-22
 Gerakan janin pertama kali: 4 bulan
 Gerakan janin sekarang : dirasakan
 Tablet Fe : dikonsumsi
 Obat-obatan lain : Tidak ada
 Riwayat ANC : 5 kali periksa di posyandu dan puskesmas

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	JK			Kehamilan	Persalinan			Nifas	Keadaan
		Tahun	Usia	Komplikasi	Jenis	Tempat	Penolong	Komplikasi	Hidup
1	L	2005	7 bln	Prematur	Spontan	Rumah	Paraji	Tidak	Hidup
2	L	2011	7 bln	Prematur	Spontan	Rumah	Paraji	Tidak	Hidup

3	P	2016	7 bln	Prematur	Spontan	PMB	Bidan	Tidak	Hidup
4	-	2019	2 bln	Abortus	Abortus	PKM	Dokter	Tidak	-

6. Riwayat Kesehatan ibu dan keluarga

Ibu, suami dan keluarga tidak memiliki riwayat kehamilan kembar, maupun penyakit menular, menurun seperti jantung, malaria, HIV/AIDS, dan lain lain.

7. Riwayat Kontrasepsi

Jenis : Suntik 3 Bulan

Lama : 4 th

Keluhan : Tidak ada

Alasan berhenti KB: Ibu mengatakan jadwal kunjungan KB nya tidak beraturan.

9. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a). Nutrisi

Makan 2x/ hari, minum 7 gelas air putih, makan dan minum terakhir 1 sampai 2 jam sebelum berangkat ke puskesmas

Keluhan: Tidak ada.

b). Eliminasi

BAB 1x/ hari, BAK 6x/ hari, BAB dan BAK terakhir 1 jam sebelum berangkat ke puskesmas.

Keluhan: Tidak ada keluhan.

c). Istirahat

Tidur malam $\pm$ 7 jam, tidur siang $\pm$ 1 jam, tidur terakhir ibu kurang lebih 3-4 jam.

Keluhan: Tidak ada

d). Aktivitas

Ibu melakukan pekerjaan rumah ringan seperti menyapu, mengepel, dan mencuci.

e). Personal Hygiene

Mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, ganti baju 2 kali sehari, ganti celana dalam jika merasa lembab.

8. Hubungan seksual

Ibu mengatakan sudah 1 bulan tidak melakukan hubungan dengan suami.

9. Riwayat Sosial

a) Status Pernikahan : Menikah

b) Pernikahan ke : 1

c) Usia menikah : 19 th

d) Dukungan keluarga : Mendukung

e) Pengambil keputusan : Suami dan keluarga

10. Riwayat Psikologi

Ibu merasa khawatir setelah mengetahui hasil USG yang menyatakan bahwa bayinya kembar.

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum : Baik

Kesadaran : CM

b) Tanda-tanda vital

TD : 140/90 mmHg S: 36 C

N : 80x/m R: 21x/m

c) Antropometri

BB : 57 kg

TB : 149 cm

LILA : 23,5 cm

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : Tidak ada benjolan, tidak ada kelainan.

b. Wajah : Tidak ada oedema, tidak pucat.

c. Mata : Konjungtiva merah muda, sclera bersih.

d. Hidung : Tidak ada sekret.

e. Mulut : Bibir lembab, lidah bersih, tidak ada caries gigi.

f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan limfe.

g. Payudara : Puting susu menonjol, kolostrum belum keluar.

h. Abdomen : Tidak ada luka bekas operasi TFU: 28 cm.

(Mc.Donald).

Leopold I	: Dibagian fundus ibu teraba bulat lunak tidak melenting (Bayi I), dan teraba kepala (Bayi II)		
Leopold II	: Dibagian kanan dan kiri ibu teraba keras memanjang (Punggung)		
Leopold III	: Bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Bayi I) sudah masuk pintu atas panggul (PAP), dan teraba bagian lunak bulat tidak melenting (Bayi II), belum masuk PAP		
Leopold IV	: 3/5		
DJJ	: DJJ I 138x/ menit (reguler), DJJ ke 2 belum ditemukasn		
HIS	: 4x10'45"		
Ekstremitas bawah	: Oedema (-), Varises (-)		
Refleks patella kaki	: +/+		
Genitalia	: PD:	v/v	: t.a.k
		portio	: Tidak teraba
		Pembukaan	: 10 cm
		Ketuban	: (-), berwarna jernih
		Presentasi	: kepala, HIII
Pemeriksaan Penunjang			
HB	: 12,4 gr%		
Protein Urine	: (-)		
Glukosa Urine	: (-)		

Hasil USG : Gemelli

C. Analisa

G5P3A1 Parturient 26-27 minggu kala II dengan gemelli

D. Penatalaksanaan

1. Memberitahu hasil pemeriksaan dan asuhan yang akan diberikan kepada ibu
Evaluasi: Ibu mengerti dan memahaminya
2. Melakukan penghitungan tafsiran peralihan dengan HPHT 18-08-22
Evaluasi: Tafsiran Persalinan ibu 25-05-23
3. Melakukan pemasangan infus jaga RL 20 tpm
Evaluasi: Infus terpasang
4. Memberitahu ibu agar tetap rileks jika ada HIS atau mules
Evaluasi: ibu mengerti dan memahaminya
5. Melakukan konsul dr SpOg pukul 01.42 WI
Evaluasi: Belum ada jawaban
6. Konsul dokter via grup konsul bidan pukul 01.42 WIB
7. Koordinasi PONEK pukul 01.43 WIB
Evaluasi: Pihak PONEK mengusulkan untuk konsul dr SpOg
8. Konsul dr. SpOg via WA pukul 01.44 WIB
9. Evaluasi: Belum ada jawaban

Catata Perkembangan Kala II

Pukul 01.45 WIB

S: Ibu mengeluh mulesnya semakin kuat, dan kepala bayi sudah keluar Sebagian,

O: k/u baik, kesadaran CM, TD: 140/90 mmH, N: 80x/m, S: 36, R:21x/m

A: G5P3A1 Parturient 26-27 minggu kala II dengan gemelli

P:

- 1) melakukan pertolongan persalinan Bayi 1 lahir spontan pukul 01.45 WIB, megap megap, apgar score 2-4, jenis kelamin laki laki, BB 930 gr, PB 35 cm, LK 25 cm, LD 24 cm
- 2) Melakukan langkah awal resusitasi, bayi tetap megap megap dilakukan PTV
- 3) Melakukan pemeriksaan bayi ke 2, hasil PD presentase kaki

Pukul 02.15 WIB

S: ibu merasa ingin mendedan kembali,

O: k/u baik, kesadaran CM, TD: 140/90 mmH, N: 80x/m, S: 36, R:21x/m

A: G5P3A1 Parturient 26-27 minggu kala II dengan gemelli

P:

- 1) Melakukan pemeriksaan dalam presentasi janin berubah menjadi kaki, kemudian menolong persalinan Bayi 2 lahir spontan pukul 02.18 WIB, megap megap, apgar score 1-2, Jenis kelamin perempuan, BB 920 gr, PB 32 cm, LK 23 cm, LD 22 cm, LP 21 cm

- 2) Melakukan langkah awal resusitasi, bayi tetap megap megap dilakukan PTV,
- 3) Pihak PONEK menghubungi, dan menanyakan kondisi ibu dan bayi pada pukul 02.18 WIB, Evaluasi bayi sudah lahir dua-duanya, konsul bayi
- 4) Persiapan kala III
- 5) KIE kepada ibu dan keluarga untuk dilakukan rujukan pada bayi, Evaluasi ibu dan keluarga menolak dirujuk
- 6) Membuat surat pernyataan menolak rujuk, Evaluasi pihak keluarga sudah menandatangani surat menolak rujukan

Kala III Pukul 02.18 WIB

S: Ibu terlihat lega karna bayinya sudah lahir

O: KU baik, kesadaran CM, TD: 130/80 mmHg, nadi 82x/m, S 36,7, R 22x/m

TFU: 1 jari dibawah pusat

Kandung kemih: kosong

Kontraksi: (+)

Pendarahan: 75 cc

A: P4A1parturient kala III

P:

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu mengerti
- 2) Menyuntikan oxytocin 10 IU/IM, sudah disuntika di paha kiri/ IM
- 3) Melakukan PTT, plasenta lahir spontan pukul 02.28 WIB
- 4) Mengecek kelengkapan plasenta, terdapat sisa, melakukan eksplorasi

5) Melakukan massage, kontraksi uterus baik

Kala IV Pukul 02.28 WIB

S: Ibu terlihat sedikit lemas, namun bahagia karena bayinya sudah lahir

O: KU baik, Kesadaran CM, TD 130/80 mmHg, N 87x/m, S 37,2, R 21x/m

TFU: 1 jari dibawah pusat, Kontraksi: (+), Pendarahan: 100 cc

laserasi, tidak ada laserasi

A: G5P3A1 parturient Kala 4

P:

- 1) Memberitahu hasil pemeriksaan, ibu mengerti
- 2) Membersihkan ibu, dan dekontaminasi peralatan, ibu sudah merasa nyaman dan alat sudah didekontaminasi
- 3) Menganjurkan ibu untuk memenuhi nutrisi, ibu bersedia makan dan minum
- 4) Observasi K/U, TTV, kontraksi uterus, dan pendarahan, hasil terlanpir pada partograf
- 5) Melakukan pendokumentasian, sudah dilakukan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang kesenjangan antara teori dan hasil tinjauan kasus penatalaksanaan asuhan pada Ny. N dengan persalinan gemelli yang dirawat di Puskesmas Cibatu pada tanggal 23 Februari 2023. Untuk memudahkan pembahasan maka penulis akan membahas berdasarkan langkah-langkah asuhan kebidanan yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk SOAP.

4.1 Data Subjektif

Pasien datang ke Puskesmas tanggal 23 Februari pukul 01.40 WIB, mengaku hamil 7 bulan mengeluh mules dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 19.00 WIB, dilihat dari keluhan Ny. N yang mengatakan keluar air air dari jalan lahir pukul 01.40 dan usia kehamilan yang kurang dari 37 minggu artinya Ny. N mengalami KPD, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sartika 2019 yang menyebutkan bahwa KPD merupakan salah satu komplikasi kehamilan gemelli (Sartika, 2019)

Berdasarkan hasil anamnesa Ny.N mengatakan tadi siang setelah melakukan pemeriksaan USG di puskesmas ia merasa khawatir karna mengetahui bahwa kehamilannya kembar, hal ini berdampak pada tekanan darah Ny.N yang semula normal menjadi 140/90 mmHg, pihak puskesmas menganjurkan Ny.N untuk tetap

tinggal di puskesmas agar mudah di observasi karna ditakutkan terjadi hal yang tidak diinginkan, Ny.N pun menyetujui anjuran bidan, sekitar pukul 14.00 WIB Ny.N meminta untuk pulang, kemudian pihak puskesmas awalnya tidak mengizinkan, namun Ny,N tetap bersikeras meminta pulang dan menandatangani surat pulang paksa.

Jika dilihat dari usia Ny.N yang berusia 39 tahun memang sangat beresiko karna usia reproduksi yang baik antara 20-35 tahun, hal ini juga disampaikan oleh Robinson and Norwitz (2019) yang menyebutkan bahwa wanita yang berusia > 35 tahun berisiko tinggi mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal.(Robinson and Norwitz j, 2019).

Selain usia, ras/bangsa juga menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya kehamilan gemelli, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Lubis (2018), yang menyebutkan bahwan ras seperti Asia dan Afrika berpeluang lebih besar mengalami kehamilan ganda ketimbang ras yang berkulit putih atau Eropa. (Lubis, 2018).

4.2 Data Objektif

Berdasarkan hasil pengkajian secara objektif yaitu melakukan pemeriksaan keadaan umum ibu dalam keadaan baik, kesadaran composmentis, sedangkan tekanan darah ibu tergolong tinggi yang mana normal tekanan darah adalah 120/80 mmHg, sementara setelah dilakukan pemeriksaan TD ibu saat itu adalah 140/90 mmHg, hal ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Lubis 2018 Frekuensi terjadinya hipertensi yang diperberat kehamilan, preklamsia dan eklamsia meningkat pada kehamilan

kembar.(Lubis, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Iswanti (2018) menyebutkan bahwa faktor risiko kejadian hipertensi salah satunya adalah kehamilan gemelli, hubungan antara hipertensi gestasional pada kehamilan gemelli dipengaruhi oleh jumlah korion, dan hasilnya didapatkan bahwa hipertensi pada kehamilan kembar lebih tinggi 2,9 kali daripada kehamilan tunggal. (Iswanti, 2018).

Pada pemeriksaan TFU, didapatkan hasil bahwa TFU ibu adalah 28 cm, sementara dilihat dari usia kehamilan ibu baru menginjak usia 26-27 minggu, TFU tersebut tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu jika dihitung menurut Rumus Mc Donald. $TFU \times 2 : 7$ (dalam bulan) atau $TFU \times 8 : 7$ (dalam minggu), Dengan TFU 28 cm, ibu saat ini seharusnya berada pada usia kehamilan 32 minggu, artinya TFU ibu lebih besar dari usia kehamilan (wahyu agst, 2018). Hal ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Lubis (2018) bahwa tanda dan gejala kehamilann kembar adalah TFU lebih besar daripada usia kehamilan.

Pemeriksaan Leopold I teraba bulat tidak melenting. (Bayi 1), Leopold II dibagian kanan ibu teraba keras memanjang (Bayi 1), Leopold III bagian terendah janin teraba bulat, keras dan melenting (Bayi I) sudah masuk pintu atas panggul (PAP), Leopold IV Divergen (Bayi I), DJJ 138x/ menit (reguler), HIS 4x10'45", Pada saat mencari DJJ Bayi ke 2 ibu mengeluh mulesnya semakin kuat, dan kepala bayi sudah keluar Sebagian.

4.3 Analisa

Berdasarkan data Subjektif saat ini Ny. N berusia 39 tahun, kemudian dilihat dari riwayat kehamilan dan persalinan, kehamilan saat ini merupakan kehamilan ke 5, kemudian dilakukan penghitungan usia kehamilan dengan HPHT 18-08-22, usia kehamilannya adalah 26-27 minggu, dan dilihat dari data objektif Ny. N sudah memasuki fase aktif kala II persalinan, didukung juga oleh pemeriksaan USG yang menyatakan bahwa Ny. N mengandung 2 janin, dari data tersebut dapat disimpulkan analisa pada kasus ini adalah Ny. N usia 39 tahun G5P3A1 partusien 26-27 minggu kala II dengan gemelli

4.4 Penatalaksanaan

Setelah dilakukan anamnesa lengkap, Ny. N usia 39 tahun G5P4A0 mengatakan pada kehamilan pertama sampai yang terakhir semua anaknya lahir Ketika usia kehamilan 7 bulan. Kemudian menghitung usia kehamilan dan tafsiran persalinan dengan HPHT 18-08-22 didapatkan hasil usia kehamilan Ny.N saat ini adalah 26-27 minggu dan dapat disimpulkan bahwa Ny.N mengalami persalinan prematur kembali, ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Herman & Tri Joewono yang menyebutkan bahwa gemelli sekitar 30% penyebab terjadinya kurang bulan di Indonesia, dan terjadi pada wanita diatas usia 30 tahun. Terjadinya persalinan kurang bulan pada kehamilan kembar dikarenakan terjadinya overdistensi, retraksi akibat ketegangan otot uterus dini sehingga mulai proses Braxton hicks, kontraksi makin sering dan menjadi HIS persalinan (Herman & Tri Joewono, 2020)

Setelah dilakukan pengkajian dengan keluhan yang dirasakan oleh Ny. N maka penatalaksanaan yang dilakukan adalah pada pukul 01.42 WIB kolaborasi dengan dokter SpOg melalui telephone hal ini dilakukan karna jarak puskesmas dan RS cukup jauh, dan ditakutkan bayi akan lahir dijalan, jika hal ini terjadi maka resikonya akan lebih tinggi, salah satu resiko jika melahirkan dijalan yaitu tempat dan peralatan tidak memadai, dan petugas kesehatan pun akan sulit melakukan tindakan. Setelah menghubungi dr SpOg, kemudian konsul dokter via grup konsulan bidan, pukul 01.43 WIB koordinasi PONEK, pihak PONEK mengusulkan untuk konsul dr, Dhanny SpOg, pukul 01.45 WIB, belum ada jawaban, Ibu mengeluh mulesnya semakin kuat, dan kepala bayi sudah keluar sebagian ,melakukan pertolongan persalinan Bayi 1 lahir spontan pukul 01.45 WIB, apgar score 2-4, jenis kelamin laki laki, BB 930 gr, PB 35 cm, LK 25 cm, LD 24 cm dilakukan langkah awal resusitasi, bayi tetap megap megap dilakukan PTV. Tindakan yang diberikan sesuai dengan SOP yang berlaku, yaitu melakukan kolaborasi dengan dokter sebelum melakukan tindakan, selanjutnya jika kondisi pasien sudah dalam fase aktif, dan tidak memungkinkan untuk dirujuk , maka siapkan alat dan lakukan persalinan gemelli.

Periksa bayi ke 2, hasil PD presentase kaki, Pukul 02.15 WIB ibu merasa ingin mendedan kembali, setelah dilakukan pemeriksaan dalam presemntasi janin berubah menjadi kepala, kemudian menolong persalinan Bayi 2 lahir spontan pukul 02.18 WIB, apgar score 1-2, Jenis kelamin perempuan, BB 920 gr, PB 32 cm, LK 23 cm, LD 22 cm, LP 21 cm, kemudian pihak PONEK menghubungi pukul 02.19 WIB, Evaluasi

memberitahu pihak PONEK bayi sudah lahir dua duanya, kemudian melakukan konsul Bayi.

4.5 Pendokumentasian

Asuhan pada Ny. N di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yang dilakukan dengan tahap pengkajian data subjetif, yang di dapatkan dari hasil anamnesa terhadap pasien, pengkajian fisik, kemudian data-data tersebut di interprestasi untuk menentukan analisa, selanjutnya dilakukan penatalaksanaan tersebut. Proses asuhan kebidanan pada Ny. K ini sesuai teori yang dikemukakan oleh (Rukiyah,2010).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan persalinan pada Ny. N 39 tahun G5P3A0 parturien 26-27 minggu dengan gemelli dan persalinan kurang bulan di Puskesmas Cibatu. Maka penulis dapat menyimpulkan:

- a. Berdasarkan data subjektif, saat ini ibu berusia 39 tahun, ibu pernah melahirkan 3 kali dan mengalami abortus 1 kali, saat ini ibu mengaku hamil 7 bulan mengeluh mules-mules disertai keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir
- b. Berdasarkan data objektif, pada pemeriksaan Leopold terdapat bagian keras memanjang di kanan dan kiri perut ibu, kemudian TFU ibu lebih besar dari pada usia kehamilan, dan pada pemeriksaan dalam ibu sudah masuk kala II persalinan, kemudian dari hasil pemeriksaan USG menyatakan bahwa saat ini ibu mengandung 2 janin
- c. Berdasarkan data subjektif, dan objektif, dapat disimpulkan analisa pada Ny. N yaitu G5P3A0 parturien 26-27 minggu kala 2 dengan gemelli
- d. Penatalaksanaan pada Ny. N 39 tahun G5P3A1 parturien 26-27 minggu kala 2 dengan gemelli sudah sesuai teori, yaitu melakukan konsul pada dr SpOg, dan melakukan pertolongan persalinan gemelli sesuai dengan SOP artinya tidak ada kesenjangan antara teori maupun praktek.
- e. Pendokumentasian asuhan persalinan pada Ny. N 39 tahun G5P3A0 parturien 26-27 minggu kala 2 dengan gemelli dengan teknik pendokumentasian SOAP.

5.2 Saran

- 1) Bagi penulis diharapkan agar penulis dapat meningkatkan ilmu pengetahuan, wawasan dan keterampilan mengenai ilmu kebidanan, sehingga mampu memberikan asuhan pelayanan kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.
- 2) Bagi Institusi Pendidikan diharapkan agar lebih intensif dalam memberikan bimbingan baik tempat praktik maupun penyusunan KTI yang akan datang.
- 3) Bagi pelayanan kesehatan diharapkan petugas kesehatan dapat melakukan konsultasi dengan mudah agar dapat memberikan tindakan yang tepat dan cepat, jika melalui handphone memiliki keterbatasan waktu karna tidak selalu mendapatkan respon yang cepat, dan berpengaruh terhadap tindakan yang diberikan, bagaimana jika disetiap pelayanan Kesehatan terdapat dr spesialis agar memudahkan tenaga Kesehatan lain dalam memberikan tindakan, semoga saran ini bisa menjadi bahan evaluasi agar lebih bisa meningkatkan mutu pelayanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk penanganan persalinan kurang bulan.

Daftar Pustaka

- Anik., M. (2019). *Kegawatdaruratan maternal neonatal terpadu program praktis program kesehatan terkini*. Maftuhin Ari, editor. Jakarta Timur: CV. Info Trans Media;
- Davies. (2019). Usia ibu memengaruhi kehamilan kembar. *Progress in Retinal and Eye Research*, 561(3), S2–S3.
- Dewi, sarry purnama. (2018). *penatalaksanaan kehamilan gemelli*. d, 3–8.
- Gumilar, R. W. (2018). *Manajemen Ekspektatif pada Kehamilan Preterm Gemeli Satu Hidup Satu Meninggal Expectation Management of Single Fetal Life in Preterm Twin Pregnancy*. 24–30.
- Herman, S., & Tri Joewono, H. (2020). Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur) 1. *Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur) 1*, 16–26.
- Intang, S. N., & Vitariani, A. (2023). *JURNAL ILMIAH KEDOKTERAN DAN KESEHATAN Halaman Jurnal : <http://ejurnal.stie-trianandra.ac.id/index.php/klinik> Hubungan Antara Umur Dan Paritas Ibu Dengan Kehamilan Gemelly Di Rumah Sakit Umum Daerah Salewangang Maros Relationship Between Age And Mother ' . 2(2)*.
- Iswanti, T. R. (2018). Perbedaan Kejadian Preeklampsia Berat Antara Kehamilan Gemelli dan Kehamilan Tunggal di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember. *Jurnal Kedokteran*, 12(2), 1–56.
- Kemenkes. (2017). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*

*NOMOR 28 TAHUN 2017 TENTANG IZIN DAN PENYELENGGARAAN
PRAKTIK BIDAN DENGAN.* 87(1,2), 149–200.

Lubis, M. P. (2018). Kehamilan Kembar (Gemelli). *Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara*, 1–17.

Prawirohardjo, S. (2018). *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawihardjo*. 2014.

Robinson and Norwitz j. (2019). *faktor penyebab prematuritas*.

Saffira, A. nur, Trisetyono, Y., Andar, B. P. . E., & Ningrum, dewanti J. (2020).

Luaran Maternal dan Neonatal Pada Kehamilan Gemelli Di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Diponegoro Medical Journal*, 7(1), 3–4.

<https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/medico>

Sartika, D. (2019). GAMBARAN ANGKA KEJADIAN KELAHIRAN KEMBAR DI RSIA SITI FATIMAH MAKASSAR PERIODE JANUARI-DESEMBER 2019. *Titutlional Environment and Entrepreneurial Cognitions: A Comparative Business Systems Perspective. Entrepreneurship Theory and Practice.*, 564, 1–73.

Suherman, R., Afyanti, Y., & Budiati, T. (2021). Studi Kasus Pada Primipara Dengan Bayi Gemelli Prematur. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*, 5(2), 73. <https://doi.org/10.52020/jkwgi.v5i1.3338>

wahyu agst. (2018). *MENGUKUR TINGGI FUNDUS UTERI DENGAN TEKNIK MC. DONAL'S. C*, 100.

Yusendang, S., Yulizar, H., & Turiyani. (2019). *Hubungan Kehamilan Gemeli, Anemia, Dan Hipertensi Terhadap Terjadinya Kehamilan Resiko Tinggi Di*

Puskesmas Kutaraya Kecamatan Kayuagung Kabupaten Oki Tahun 2019. 40–

46.

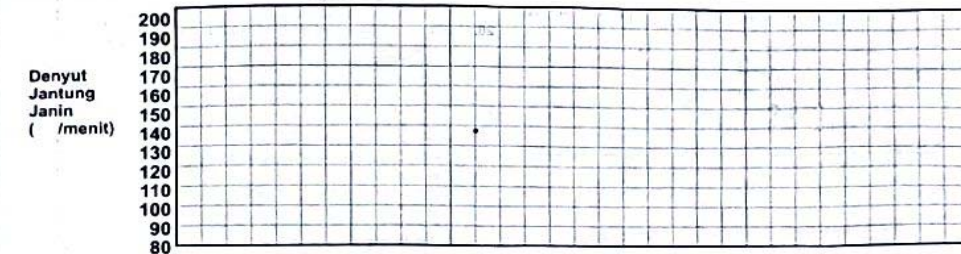
Yuyun Yuniar, Sugiharti, D. K., & Suparti, S. (2015). *Kajian Peran Tenaga*

Kesehatan (Yuyun Yuniar, Sugiarti, Dewi Kristanti). November, 145–

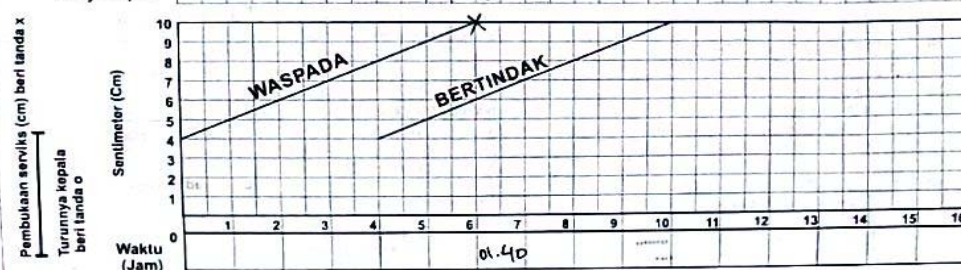
158.

PARTO...F

No. Register B9159 Nama Ibu : Ny. A Umur : 39 G. 5 P. 3 A. 1
No. Puskesmas Tanggal : 23-02-23 Jam : 01.40 Alamat Kerayu Girang
Ketuban Pecah Sejak Jam 01.40 WIB Mules Sejak Jam 15.00 WIB 06/02 Kerayu Muli



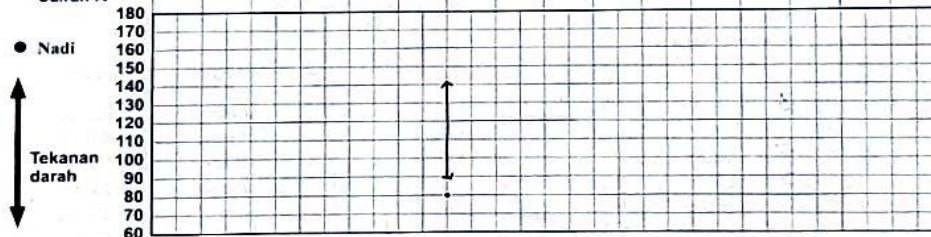
Air Ketuban Penyusupan



Kontraksi	< 20	4
tiap	20-40	3
Q Menit	> 40	2
(dok)	1	

Oksilosin O/L
tetes/menit

Obat dan Cairan IV

[illegible][illegible]

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 23-02-23
- Nama bidan : Rikan Rizul dan Rani
- Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☒ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☐ Lainnya :
- Alamat tempat persalinan : Jl. Kahajar dewantara
- Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan
 - ☐ Teman
 - ☐ Suami
 - ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Tidak ada

KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / ☒ N
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah Tsb :
- Hasilnya :

KALA II

- Episiotomi :
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
 - ☐ Suami
 - ☐ Teman
 - ☒ Tidak ada
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Dukun
- Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
- Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

KALA III

- Lama kala III : 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - ☒ Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan
 - ☒ Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	02.48	130/80	82	36,7°C	1 jari +	+	Kosong 10 cc
	02.58	130/80	86		1 jari +	+	Kosong 15 cc
	03.18	130/80	81		1 jari +	+	Kosong 15 cc
2	03.28	130/80	87		1 jari +	+	Kosong 25 cc
	03.58	120/80	89	37,2°C	1 jari +	+	Kosong 10 cc
	04.28	120/80	83		1 jari +	+	Kosong 5 cc

Masalah kala IV : Tidak ada

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

- Masase fundus uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / ☒ Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - Eksplosasi
 -
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / ☒ Tidak
 - ☐ Ya, tindakan :
 -
 -
 -
- Laserasi :
 - ☐ Ya, dimana
 - ☒ Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan
- Atoni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan
 -
 -
 - ☒ Tidak
- Jumlah perdarahan : + 100 ml
- Masalah lain, sebutkan
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan : 3500 gram
- Panjang : 52 cm
- Jenis kelamin : ☒ Laki-laki / ☐ Perempuan
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
 - ☐ Normal, tindakan :
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ rangsang taktil
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☒ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ rangsang taktil
 - ☒ menghangatkan
 - ☒ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☒ lain - lain sebutkan : RLV
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 -
 -
 -
- Pemberian ASI
 - ☒ Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan
- Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Dhea Sulistya

Nim : KHGB20061

Pembimbing : Hj. Esa Risi Suazini, AM. Keb., M.KM

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N 39 Tahun G5p3a1 Parturien 26-27 Minggu Kala II Dengan Gemelli Di Puskesmas Cibat

No	Tanggal	Materi yang Dikonsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	17.05.23	BAB I + Judul	Revisi	
2.	18.05.23	BAB I Penulisan	Revisi	
3.	19.05.23	BAB II - II	Revisi	
4.	19.05.23	BAB III	Revisi	
5.	19.05.23	BAB III - IV	Revisi	
6.	20.05.23	BAB IV	Revisi	
7.	20.05.23	BAB V	Revisi	
8.	21.05.23	BAB I - V PPT	Acc Sidang KTI	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Dhea Sulistya

NIM : KHGB20061

Penguji I : Tri Wahyuni, M. Keb

Judul : Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin Pada Ny. N 39 Tahun
G5P3A1 Parturient 26-27 Minggu Kala II dengan Gemelli
di Puskesmas Cibatu

No.	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	05-06-23	1. Pada kata pengantar ditambahkan civitas akademik.	Revisi	
2.	05-06-23	Bab I Pendahuluan 1. Perhatikan penulisan 2. Daftar Pustaka	Revisi	
3.	05-06-23	Bab II Tinjauan Teori 1. Pada halaman jangan pakai bullet. 2. Perhatikan penulisan	Revisi	
4.	05-06-23	Bab III. Tinjauan Kasus 1. Perhatikan penulisan 2. Pada keluhan utama	Revisi	

5.	09-06-23	ditambah sejak kapan ibu mengalami keluhan 3. Tambahkan catatan perkembangan	Revisi	
	10-06-23	Bab IV. Pembahasan 1. Perhatikan penulisan 2. Pada data objektif ditambahkan teori mengenai Gemelli	ACC	

[illegible]

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin Ny. N 39 Tahun G5P3A1 Parturien 26-27 Minggu Kala II Dengan Gemelli Di Puskesmas Cibat

No	Tanggal	Materi yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	23-06-23	Rapikan penulisan	Revisi	
2.	28-06-23	BAE i-v Perbaiki penulisan	Revisi	