

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. C USIA 21 TAHUN, G₂, P₁, A₀ USIA
KEHAMILAN 30 MINGGU 1 HARI DENGAN KEHAMILAN GANDA
DI KLINIK MARIANA BINJAI
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Tugas Akhir
Pendidikan Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan**



Disusun Oleh :

**INES DAMAYANTI SIMATUPANG
022015024**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH
MEDAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

ASUHAN KEBIDANAN PADA Ny. C USIA 21 TAHUN, G₂, P₁, A₀ USIA
KEHAMILAN 30 MINGGU 1 HARI DENGAN KEHAMILAN GANDA
DI KLINIK MARIANA BINJAI
TAHUN 2018

Studi Kasus

Diajukan Oleh:

Ines Damayanti Simatupang
NIM : 022015024

Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian LTA Pada Program
Studi Diploma 3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

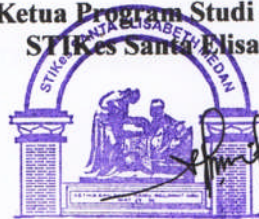
Oleh :

Pembimbing : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

Tanggal : 19 Mei 2018

Tanda Tangan : 

Mengetahui
Ketua Program Studi D3 Kebidanan
STIKes Santa Elisabeth Medan



Prodi D III Kebidanan
Anita Veronika, S.SiT., M.KM



**PROGRAM STUDI D3 KEBIDANAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Ines Damayanti Simatupang
NIM : 022015024
Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun G2, P1, A0 Usia
Kehamilan 30 Minggu 1 Hari Dengan Kehamilan Ganda Di Klinik
Mariana Binjai Tahun 2018

Telah Disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan
pada Senin, 21 Mei 2018 dan dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI

Penguji I : Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes

Penguji II : Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M

Penguji III : Merlina Sinabariba, S.ST., M.Kes

TANDA TANGAN



Prodi D III Kebidanan

Anita Veronika, S.SiT., M.KM



Mengesahkan

Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan

Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep

CURRICULUM VITAE



Nama : Ines Damayanti Simatupang
Tempat/Tanggal Lahir : Uratan, 20 Desember 1996
Agama : Kristen Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Uratan Kec. Andam Dewi Kab. Tapanuli Tengah

PENDIDIKAN

1. SD : SD Negeri Uratan 2
2. SMP : SMP Negeri 1 Andam Dewi
3. SMA : SMA Negeri 1 Andam Dewi
4. D-III : Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth

Medan Angkatan 2015

Status : Belum Menikah

Pekerjaan : Mahasiswa

Suku/Bangsa : Batak Toba/Indonesia

LEMBAR

PERSEMBAHAN

Pak... mak..., ini lah kado kecil yang baru bisa aku berikan untuk saat ini, Untuk menyenangkan hatimu yang telah aku bebani dalam 21 tahun ini. Aku tahu banyak pengorbanan yang sudah bapak dan mama berikan selama ini untuk aku Tetapi untuk saat ini hanya inilah yang bisa aku berikan untuk membalas kebaikan kalian berdua selain kata terimakasih yang tidak akan pernah habis untuk kalian.

Hanya Tuhan yang dapat membalas kemuliaan hatimu dan buat saudara-saudaraku yang telah memberikan dukungan kepadaku terimakasih atas kebaikan, perhatian dan kasih sayang yang kalian berikan dan ini lah yang merupakan hari kebahagiaanku dan mudah-mudahan jangalah Cuma aku yang merasa bahagia dengan karya tangan ini tetapi aku juga berharap kebahagiaan itu juga ada pada diri kalian biarlah kuasa tuhan senantiasa bersama kita semua.

Amin

MOTTO

TUA ADALAH KEHARUSAN TAPI DEWASA ADALAH PILIHAN

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Studi Kasus LTA yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun GII PI A0 Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari Dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018 ”** ini, sepenuhnya karya saya sendiri. Tidak ada bagian di dalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila dikemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Medan, Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan



(Ines Damayanti Simatupang)

)

Asuhan Kebidanan Pada Ny.C Usia 21 Tahun G₂ P₁ A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari Dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai

Tahun 2018

Ines Damayanti Simatupang², Merlina Sinabariba³

INTISARI

Latar Belakang: Angka kehamilan kembar di Indonesia adalah 33 %. Jumlah kelahiran triplet serta kelahiran dengan janin yang jumlahnya lebih besar lagi melonjak hingga 40,4 12 persen. Secara umum, hal ini terjadi semakin luasnya penggunaan teknologi reproduksi dalam penatalaksanaan infertilitas. Selain itu kehamilan kembar juga dapat terjadi karena sebab lainnya, seperti usia ibu saat kehamilan, wanita dengan riwayat persalinan yang sering, wanita yang hamil segera setelah berhenti minum pil KB dan juga lebih tinggi pada orang yang memiliki keturunan atau genetik kembar.

Tujuan: Melaksanakan asuhan kebidanan pada Ny. C usia 21 tahun dengan Kehamilan Ganda dengan menggunakan manajemen Kebidanan 7 langkah varney dan SOAP.

Metode : Jenis studi kasus yang digunakan berupa metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang tujuannya untuk membandingkan antara teori dan praktek tentang Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai.

Hasil: Hasil dari asuhan yang di berikan kepada Ny. C dengan Kehamilan Ganda sudah sesuai dengan Asuhan Kebidanan untuk pemeriksaan ibu hamil dimana asuhan dilakukan dengan Anamnesa dan pemeriksaan fisik. Dari hasil asuhan yang diberikan kepada Ny.C tidak terdapat tanda-tanda bahaya pada kehamilannya.

Kesimpulan: Berdasarkan kasus Ny. C Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan ibu tidak khawatir lagi dengan kehamilannya sehingga masalah sudah sebagian teratasi.

Kata Kunci: Ibu dengan Kehamilan Ganda

Refrensi : Buku 14 (2008-2017), Jurnal 2

¹Judul Penulisan Studi Kasus

²Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan

³Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

***Midwifery Care At Ny. C Age 21 Years G₂ P₁ A₀ Pregnancy Age 30 Weeks
1 Day With Multiple Pregnancy at Mariana Binjai Clinic
Year 2018***

Ines Damayanti Simatupang², Merlina Sinabariba³

ABSTRAC

Background: The twin pregnancy rate in Indonesia is 33%. The number of triplet births and births with a larger number of fetuses jumped to 40.4 12 percent. In general, this is the widespread use of reproductive technology in the management of infertility. In addition, multiple pregnancies can also occur due to other causes, such as maternal age during pregnancy, women with a history of frequent labor, women who become pregnant soon after stopping taking birth control pills and also higher in people with genetic offspring or genetics.

Purpose : Implementing midwifery care on Ny. C age 21 years with Double Pregnancy using obstetric management of 7 rare varney and SOAP.

Method: The type of case study used is a descriptive method with a case study approach that aims to compare the theory and practice of Multiple Pregnancy at the Mariana Binjai Clinic.

Results: Results from the care given to Ny. C with Double Pregnancy is in accordance with Midwifery Care for examination of pregnant women where care is done with anamnesis and physical examination. From the results of care given to Ny.C there are no signs of harm in pregnancy.

Conclusion: Based on Ny case. C After the Midwifery care the mother does not worry anymore with her pregnancy so the problem is partially resolved.

Keywords: Mother with Double Pregnancy

Reference: Book 14 (2008-2017), Journal 2

¹The Title of Case Study

²Study Prodi D3 Obstetrics STIKes Santa Elisabeth Medan

³Lecturer STIKes Santa Elisabeth Medan

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas kasihNya sehingga penulis mendapatkan kesempatan yang baik untuk mengikuti pelaksanaan dalam praktik klinik, serta dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “ **Asuhan Kebidanan Pada Ny.C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari Dengan Kehamilan Ganda Di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018**”. Penulis menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna baik isi maupun susunan bahasanya, mengingat waktu dan kemampuan penulis yang terbatas. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun yang nantinya berguna untuk perbaikan dimasa mendatang.

Dalam pembuatan laporan ini penulis juga menyadari bahwa banyak campur tangan dan bimbingan dari beberapa pihak sehingga pembuatan laporan ini dapat terlaksana dengan baik. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tulus dan ikhlas kepada:

1. Mestiana Br. Karo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Anita Veronika, S.SiT., M. KM selaku Ketua Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan.
3. Merlina Sinabariba, S.ST.,M.Kes Selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir sekaligus dosen pembimbing akademik saya yang telah banyak

meluangkan waktu dalam memberikan bimbingan pada penulis untuk menyelesaikan laporan Tugas Akhir Dan menjadi motivator terbaik untuk penulis dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

4. Flora Naibaho, SST., M.kes dan Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M selaku Kordinator Laporan Tugas Akhir ini yang telah memberikan bimbingan nasehat dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Kepada ibu Oktafiana Manurung, S.ST., M.Kes dan ibu Risda Mariana Manik, S.ST., M.K.M yang bersedia menguji dan membimbing saya dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
6. Para Staf Dosen yang senantiasa memberikan dukungan dan kesempatan bagi penulis untuk memudahkan penulis dalam menyelesaikan laporan.
7. Kepada ibu Mariana Siregar, yang telah memberikan saya kesempatan waktu dan tempat kepada penulis untuk melakukan praktek klinik.
8. Kepada Ny. C yang bersedia menjadi pasien saya dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
9. Kepada Sr. Avelina FSE selaku Koordinator asrama dan TIM yang telah membimbing dan menjaga kami di asrama.
10. Ucapan Terima Kasih yang terdalam dan Rasa hormat kepada Orang tua saya, Ayahanda tercinta Besrin Simatupang dan Ibunda Mestina Rambe yang sudah memberi semangat, doa serta motivasi yang luar biasa kepada saya.
11. Kepada Kakak saya Belly Simatupang, Nuri Simatupang, dan Abang saya Iwan Simatupang dan Nasro Simatupang yang begitu banyak memberi

semangat kepada saya dan dukungan dan masukan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

12. Teman-teman seperjuangan Mahasiswi Prodi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan Angkatan XV yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir.

Sebagai penutup akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis.

Medan, Mei 2018

Penulis

(Ines Damayanti Simatupang)

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN CURICULUM VITAE.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
INTISARI	vii
ABSTRAC	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulis	
1. Tujuan umum	5
2. Tujuan khusus	5
C. Manfaat Penulisan	
1. Teoritik 6	
2. Praktis 7	

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan	8
1. Pengertian Kehamilan	8
2. Diagnosis Kehamilan	8
3. Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan.....	13
4. Perubahan Psikologi Pada Kehamilan	20
5. Kebutuhan Ibu Hamil.....	23
6. Ante Natal Care.....	31
7. Tujuan ANC.....	31
8. Jadwal Pemeriksaan ANC.....	32
9. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal	33
10. Teknik Pemberian Pelayanan Antenatal	37
B. Kehamilan Ganda	45
1. Pengertian Kehamilan Ganda.....	45
2. Etiologi	45
3. Patofisiologi Kehamilan Ganda	48
4. Jenis-jenis Kehamilan Ganda.....	51
5. Gejala klinis	52
6. Letak Pada presentasi Janin	53
7. Diagnosis.....	53
8. Penyulit Kehamilan Ganda	54
9. Pengaruh terhadap ibu dan janin	55
10. Pengawasan Antenatal Kehamilan Ganda	56
11. Penanganan dalam kehamilan dan persalinan.....	57

BAB III METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus	69
B. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	69
C. Subjek Studi Kasus	69
D. Metode pengumpulan Data	69
E. Teknik Pengumpulan Data.....	70
1. Data Primer	70
2. Data Sekunder.....	71
F. Alat- Alat dan Bahan yang Dibutuhkan	72

BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus	73
B. Pembahasan Masalah.....	88

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	93
B. Saran	94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

2.1. Penambahan ukuran TFU per tiga jari.....	15
2.2. Indeks Masa Tubuh.....	27
2.3. Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan.....	28
2.4. Pengukuran tinggi fundus uteri.....	34
2.5. Imunisasi TT.....	34
3.1. Intervensi.....	84
3.2. Implementasi.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Permohonan Persetujuan Judul LTA.
2. Jadwal Studi Kasus.
3. Surat Permohonan Izin Studi Kasus.
4. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Pasien)
5. Surat Rekomendasi dari Klinik.
6. Daftar Tilik/ Lembar Observasi.
7. Daftar Hadir Observasi.
8. Leaflet.
9. Lembar Konsultasi.
10. Data Mentah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio atau janin sekaligus. Kehamilan ganda terjadi, apabila dua atau lebih ovum yang dibuahi membelah secara dini hingga membentuk dua embrio yang sama pada stadium massa sel dalam atau lebih awal. Kehamilan kembar dapat memberikan resiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan janin (dr taufan Nugroho, 2017).

Prevalensi kejadian kehamilan ganda di dunia sebenarnya belum diketahui. Menurut WHO kehamilan ganda yang dapat bertahan hidup pada masa kelahiran tanpa menjalani pembedahan sebanyak 40-60% dan 20 % -25 menjalani pembedahan dan pengobatan. Penemu kasus kehamilan ganda menjelaskan bahwa dari 16.288 persalinan terdapat 197 persalinan gemelli (kembar 2) dan 6 persalinan triplet (kembar 3). Di Provinsi Sumatera Utara angka kelahiran ganda sebanyak 30% dari kehamilan tunggal (Irmu, 2012).

Angka kehamilan kembar di Indonesia adalah 33 %. Jumlah kelahiran triplet serta kelahiran dengan janin yang jumlahnya lebih besar lagi melonjak hingga 40,4 12 persen. Selain itu kehamilan kembar juga dapat terjadi karena sebab lainnya, seperti usia ibu saat kehamilan, wanita dengan riwayat persalinan yang sering, wanita yang hamil segera setelah berhenti minum pil KB dan juga lebih tinggi pada orang yang memiliki keturunan atau genetik kembar (Irmu, 2012).

Morbiditas dan mortalitas ibu dengan kehamilan kembar lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang hamil tunggal. Terdapat peningkatan frekuensi dan tingkat keparahan anemia, peningkatan kejadian infeksi saluran kemih (ISK), lebih banyak preeklampsia -eklampsia, inersia uteri, dan kemungkinan perdarahan yang lebih besar. Kehamilan kembar merupakan salah satu penyebab terjadinya *Hemorrhagic Postpartum* (HPP). Rerata kejadian HPP pada kehamilan kembar adalah sebesar 2,9%.⁸ Dengan pertimbangan bahwa kejadian morbiditas dan mortalitas lebih tinggi pada kehamilan kembar daripada kehamilan tunggal, maka kehamilan kembar dianggap mempunyai risiko tinggi atau digolongkan kehamilan risiko tinggi (KRT) (Irmu, 2012).

Perubahan fisik pada ibu dengan kehamilan ganda pada umumnya sama dengan kehamilan tunggal, namun biasanya lebih besar menimbulkan masalah. Perubahan tersebut seperti peningkatan hCG yang dapat mengakibatkan hyperemesis gravidarum, pembesaran payudara, peningkatan frekuensi berkemih, nafsu makan meningkat dan mudah lelah. Pada trimester kedua akan terjadi sesak nafas, pembengkakan pada bagian ekstremitas bawah (oedema), peningkatan berat badan, pembesaran rahim yang tidak seperti kehamilan tunggal, pergerakan janin yang lebih kuat (Obstetri Patologi, 2009).

Penyulit yang mungkin timbul pada ibu dengan kehamilan ganda adalah polihidramnion yang dapat mengakibatkan persalinan premature (Patologi Kebidanan, 2010). Polihidramnion biasanya mulai terjadi pada usia gestasi 18-20 minggu dan frekuensi polihidramnion pada hamil ganda sekitar 10 kali lebih besar

dibandingkan dengan kehamilan tunggal. Pertumbuhan dan perkembangan uterus dan janin di awal kehamilan memerlukan cadangan zat besi maternal yang lebih besar, di akhir kehamilan (28 minggu), kebutuhan janin tersebut dapat menyebabkan anemia dan defisiensi zat-zat lainnya. Frekuensi dan resiko pre-eklampsia dan eklampsia lebih besar, pembesaran uterus mengakibatkan sukar bernafas, sering berkemih, odema dan varises pada tungkai dan vulva. Dapat terjadi inersia uteri, perdarahan postpartum dan solusio plasenta. Sesudah anak pertama lahir, persalinan premature diakibatkan karena peregangan rahim yang berlebihan, persalinan sesar, disseminated intravascular coagulation atau perdarahan hebat (Obstetri Patologi, 2012).

Faktor yang berhubungan dengan kehamilan kembar yaitu usia, pada wanita 20 tahun tanpa riwayat kelahiran anak sebelumnya terjadi 1 : 3 dari kehamilan, bila dibandingkan dengan wanita yang berusia diantara 35 sampai 40 tahun terjadi 1 : 2 kehamilan. Bisa juga terjadi jika makin tua umur makin tinggi angka kejadian kehamilan kembar dan menurun lagi setelah berumur 40 tahun (Nugroho, 2012).

Selain usia, jarak anak dekat juga dapat menjadi Paritas adalah frekuensi seorang wanita melahirkan. Semakin tinggi frekuensi melahirkan maka seorang 3 wanita akan semakin tinggi mendapatkan kehamilan kembar. Pada primipara 9,8 per 1000 dan pada multipara (oktipara) baik jadi 18,9 per 1000 persalinan (Varney, 2012)

Kehamilan ganda atau kehamilan kembar juga bisa disebabkan oleh ras. Kehamilan kembar lebih umum terjadi pada orang yang memiliki ras yang

berkulit putih 1 diantara 100 kehamilan dan lebih sedikit terjadi pada ras yang memiliki kulit hitam yaitu 1 diantara 80 kehamilan. Perbedaan ras yang nyata ini merupakan akibat keragaman pada frekuensi terjadinya kehamilan kembar dizigot (Nugroho, 2012).

Ibu yang melahirkan bayi kembar akan lebih banyak membutuhkan dukungan, baik itu secara lahiriah maupun jasmaniah. Kehamilan kembar memang berisiko terhadap persalinan yang lebih besar dibanding kehamilan tunggal. Namun dengan segala risiko tersebut yang penting rajin berkonsultasi ke dokter dan ikuti semua saran kesehatan kehamilan dan persalinan kembar untuk mencegah segala kemungkinan. Wanita dengan kehamilan kembar memerlukan pengawasan dan perhatian khusus bila diinginkan hasil memuaskan bagi ibu dan janin, di butuhkan juga peran aktif bidan dalam pemberian health education tentang pentingnya pembatasan pola aktivitas, personal hygiene, serta membatasi stress (Muchtar Rustam, 2012).

Oleh sebab itu mahasiswa melakukan Asuhan Kebidanan untuk mengetahui hal-hal apa saja yang terjadi pada ibu hamil sesuai dengan target pencapaian penurunan AKI dan melatih mahasiswa dalam melakukan pengkajian, interpretasi data dasar, antisipasi masalah yang mungkin terjadi, menentukan tindakan segera, melakukan perencanaan dan tindakan sesuai kebutuhan ibu, serta mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Penulis melakukan perencanaan asuhan kebidanan kehamilan dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai karena salah satu tempat yang dipilih institusi sebagai lahan praktek kerja lapangan sehingga didapat pasien untuk melakukan Asuhan

Kebidanan di Klinik tersebut sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dan menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di STIKes Santa Elisabeth Medan. Selama melakukan Studi Kasus di Klinik Mariana Binjai pada tanggal 01 Maret 2018-24 Maret 2018 dari 30 ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan, penulis menemukan 2 ibu hamil dengan kehamilan ganda (Klinik Mariana Binjai).

Sesuai dengan visi Program Study D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan “Menghasilkan Tenaga Bidan Yang unggul dalam pencegahan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal Berdasarkan Daya Kasih Yang Menyembuhkan Sebagai Tanda Kehadiran Allah di Indonesia Tahun 2022” Maka penulis tertarik untuk mengambil Laporan Tugas Akhir dengan judul” Asuhan Kebidanan Pada Ny.C Usia 21 Tahun G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari Dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai 21 Maret 2018.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan Asuhan Kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan berdasarkan 7 langkah Helen Varney.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melaksanakan pengkajian secara lengkap dengan mengumpulkan semua data meliputi data subjektif dan objektif Pada Ny. C Usia 21

Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.

- b. Mampu melakukan interpretasi data dasar yang meliputi diagnosa Kebidanan, masalah dan kebutuhan Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.
- c. Mampu melaksanakan perumusan diagnose atau masalah kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.
- d. Mampu melakukan antisipasi atau tindakan segera Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.
- e. Mampu merencanakan asuhan yang menyeluruh sesuai dengan tindakan segera Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.
- f. Mampu melaksanakan perencanaan secara efisien asuhan kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.
- g. Mampu mengevaluasi hasil tindakan asuhan kebidanan Pada Ny. C Usia 21 Tahun, G₂, P₁, A₀ Usia Kehamilan 30 Minggu 1 Hari dengan kehamilan ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Dengan mempelajari teori penulis dapat mengerti tentang penanganan dan pencegahan kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal dalam kasus Kehamilan Ganda serta dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan menurunkan angka kematian terkhususnya pada ibu dan bayi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Program Studi D3 Kebidanan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Sebagai bahan dokumentasi, bahan perbandingan dan evaluasi dalam pelaksanaan program study selanjutnya dalam kasus Kehamilan Ganda.

b. Bagi Institusi Kesehatan (Klinik Mariana Binjai)

Dapat dijadikan sebagai masukan dan gambaran informasi dan meningkatkan manajemen Asuhan Kebidanan terutama dalam kasus Kehamilan Ganda.

c. Bagi Klien

Sebagai bahan informasi bagi klien tentang Kehamilan Ganda. Serta dapat mengenali tanda-tanda bahaya dan resiko terhadap Kehamilan Ganda.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

“Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm ”(Manuaba, 2010 : 75). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin.

Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) di hitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan, yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2009 : 89)

2. Diagnosis Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan ada 3 sebagai berikut

1) Tanda presumtif (Tanda tidak pasti)

Yang termasuk tanda Tanda presumtif/tanda tidak pasti sebagai berikut.

a. Amenorrhoe (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal

persalinan dengan memakai rumus dari naegel. Kadang-kadang amenorrhoe disebabkan oleh hal-hal lain diantaranya penyakit berat seperti TBC, typus, anemia, atau karena pengaruh psikis misalnya karena perubahan lingkungan (dari desa ke asrama) juga dalam masa perang sering timbul amenorrhoe pada wanita.

b. Mual dan muntah

Mual terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut *morning sickness*.

Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan *hiperemesis gravidarum*.

c. Mengidam (menginginkan makan atau minuman tertentu)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula montglomery tampak lebih jelas.

e. Anoreksia (tidak ada nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi. Hendaknya dijaga jangan sampai salah pengertian makan untuk “dua orang” sehingga kenaikan berat badan tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

f. Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.

g. Obstipasi

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid.

h. Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormone kortiko steroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

i. Varises (penekanan vena-vena)

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama (Jannah 2012, hal: 117-123)

2) Tanda Kemungkinan Hamil

Tanda kemungkin hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja.

Yang termasuk tanda kemungkina hamil yaitu:

a. Uterus membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.

b. Tanda hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi jinak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteru mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis maka ismus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.

c. Tanda Chadwick

Adanya hipervaskulrisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide).

d. Tanda piscaseck

Uterus mengalami pembesaran. Kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi didaerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.

e. Tanda Braxton hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

f. Goodell sign

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.

3) Tanda pasti

Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu:

a. Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Pada bulan IV dan V janin itu kecil jika dibandingkan dengan banyaknya air ketuban, maka kalau rahim didorong atau digoyangkan, maka anak melenting di dalam rahim. Ballotement ini dapat ditentukan dengan pemeriksaan luar maupun dengan jari yang melakukan pemeriksaan dalam.

b. Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua.

c. Denyut jantung janin

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan:

- a) Fetal electrocardiograph pada kehamilan 12 minggu
- b) System Doppler pada kehamilan 12 minggu
- c) Stetoskop leanec pada kehamilan 18 – 20 minggu

d. Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rongent

Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

3. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan (Sarwono, 2014 :175)

1) Sistem Reproduksi dan Payudara

a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (Janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama masa kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gr dan kapasitas 10 ml atau kurang.

Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion. Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Bersamaan dengan hal itu terjadi akumulasi

jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Kerja sama tersebut akan meningkatkan kekuatan dinding uterus. Daerah korpus pada bulan – bulan pertama akan menebal, tetapi seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menipis. Pada akhir kehamilan ketebalannya berkisar 1,5 cm bahkan kurang.

Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh hormon estrogen dan progesteron. Pada minggu-minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti bentuk buah avokad, seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang di kenal dengan tanda Hegar.

Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak di sertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat di deteksi dengan pemeriksaan Bimanual. Fenomena ini pertama kali diperkenalkan oleh braxton Hicks pada tahun 1872 sehingga di sebut dengan kontraksi bracton hicks. Kontraksi ini muncul tiba–tiba dan sporadik, intesitanya bervariasi antara 5–25 mmHg. Sampai bulan terakhir kehamilan biasanya kontraksi ini sangat jarang dan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan.

Hal ini erat kaitannya dengan meningkatnya jumlah reseptor oksitosin dan *gap junction* diantara sel – sel miometrium. Pada saat ini kontraksi akan

terjadi setiap 10 sampai 20 menit, dan pada akhir kehamilan kontraksi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman dan dianggap sebagai persalinan palsu.

Tabel. 2.1. Penambahan ukuran TFU per tiga jari (Nurul,2012 : 88)

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah simfisis
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan prosesus xiphoideus (px) pusat

b. Serviks

Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen yang mengalami perubahan luar biasa selama kehamilan dan persalinan. Serviks didominasi jaringan ikat fibrosa. Komposisinya berupa jaringan dan matriks ekstraseluler terutama mengandung kolagen dengan elastin dan proteoglikan dan bagian sel yang mengandung otot dan fibroblas, epitel serta pembuluh darah. Rasio relatif jaringan ikat terhadap otot tidak sama sepanjang serviks yang semakin ke distal rasio ini semakin besar.

Pada perempuan yang tidak hamil berkas kolagen pada serviks terbungkus rapat dan tidak beraturan. Selama kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus-menerus diremodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Kolagen didegrasi oleh kolagenase intraseluler yang menyingkirkan struktur prokolagen yang tidak sempurna untuk mencegah pembentukan kolagen yang lemah dan kolagenase ekstraseluler yang secara lambat akan melemahkan matriks kolagen agar persalinan dapat berlangsung.

c. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

Relaksin suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan *insulinlike growth factor* I Dan II disekresikan oleh korpus luteum, desidua, plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses *remodelling* jaringan ikat pada saluran reproduksi yang kemudian akan mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara menyeluruh tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur bioimia serviks dan kontraksi miometrium yang akan berimplantasi pada kehamilan preterm.

2) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar ini akan membesar sekitar 135 %. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat pada saat kehamilan aterm sebaliknya setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun yang ditemui juga pada ibu menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan

magnesium, fosfat, hormone paratiroid, vitamin D dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu factor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi yang penting dari hormone paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptide pada janin, plasenta dan ibu. Pada saat hamil dan menyusui dianjurkan untuk mendapat asupan vitamin D $10\text{ }\mu\text{g}$ atau 400 IU^{10} .

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormone andro-stenedion, testoteron, dioksikortikosteron, aldosteron dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, *dehidriepiandrosteron sulfat* akan menurun.

3) Sistem Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan.

4) Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan

volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. Peningkatan estrogen dan progesteron juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskuler perifer. Ventrikel kiri akan mengalami hipertrofi dan dilatasi untuk memfasilitasi perubahan *cardiac output*, tetapi kontraktilitasnya tidak berubah.

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi telentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi telentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi telentang pada akhir kehamilan. Perubahan sistem kardiovaskuler yang dirasakan ibu hamil (Nurul, 2012).

1) Trimester I

Pada akhir trimester I mulai terjadi palpitasi karena pembesaran ukuran serta bertambahnya *cardiac output*. Hidung tersumbat/berdarah karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone, terjadi pembesaran kapiler, relaksasi otot vaskuler, serta peningkatan sirkulasi darah.

2) Trimester II dan III

- a. Terjadi edema dependen kongesti sirkulasi pada ekstrimitas bawah karena karena peningkatan permeabilitas kapiler dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic atau pada vena cava inferior.

- b. Gusi berdarah karena trauma terhadap gusi yang karena pengaruh hormone estrogen sangat vaskuler, percepatan pergantian pelapis epitel gusi, gusi dan berkurangnya ketebalan epitel tersebut.
- c. Hemorroid akibat tekanan uterus terhadap vena hemorrhoid.
- d. Hipotensi supinasi karena terblokirnya aliran darah di vena cava inferior oleh uterus yang membesar yang membesar apabila ibu pada posisi tidur terlentang
- e. Timbul *spider nevi* dan *palmar erythema* (kemerahan ditelapak tangan karena meningkatnya aliran darah ke daerah kulit).
- f. Varises pada kaki dan vulva karena kongesti vena bagian bawah meningkat sejalan tekanan karena pembesaran uterus dan kerapuhan jaringan elastis karena pengaruh hormone estrogen.

5) Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone. Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (*heartburn*) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi spinter dikerongkongan bagian bawah yang kemungkinan isi lambung mengalir kembali kekerongkongan. Ulkus dastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

6) Sistem Urinaria

Pada trimester kedua aliran darah ginjal meningkat dan tetap terjadi hingga usia kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerular. Perubahan dalam filtrasi glomerulus adalah penyebab peningkatan klirens kreatinin, urea dan asam urat yang sangat direabsorbsi pada awal kehamilan. Protein dan asam amino sangat sedikit direabsorbsi, sementara asam amino dan vitamin ditemukan dalam jumlah yang banyak di dalam urin wanita hamil hanya protein yang tidak biasa ditemukan pada urin wanita hamil.

Ekskresi glukosa meningkat sebagai hasil peningkatan filtrasi glomerulus terhadap glukosa dibandingkan dengan pengurangan reabsorbsi. Glikosuria merupakan hal yang umum dalam kehamilan dan biasanya berhubungan dengan kadar gula yang tinggi dalam darah. Dalam hal ini, keadaan wanita hamil harus dipantau untuk menghindari diabetes militus. Glukosuria dapat menyebabkan infeksi saluran kemih. Walaupun ada 100 liter cairan ekstra yang dapat melalui tubuler ginjal setiap harinya, saluran urine mengalami pengurangan karena mengalami reabsorbsi.

4. Perubahan Psikologi pada Kehamilan

a) Perubahan pada trimester pertama

Setelah konsepsi kadar hormone progesterone dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah, lemah, lelah dan pembesaran payudara. Akibat ibu merasa tidak sehat dan seringkali

membenci kehamilannya. Pada trimester pertama banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan (Nurul, 2012 : 107).

Pada trimester pertama seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk meyakinkan bahwa dirinya hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester pertama berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran.

Kejadian gangguan jiwa sebesar 15% pada trimester pertama yang kebanyakan pada kehamilan pertama. Menurut Kumar dan Robson (1978) 12% wanita yang mendatangi antenatal klinik menderita depresi terutama pada mereka yang ingin menggugurkan kandungannya. Wanita mulai khawatir terhadap perubahan fisik dan psikologisnya. Multigravida, kecemasan terhadap pengalaman yang lalu, sedangkan primipara ketakutan terhadap cerita-cerita pengalaman orang lain.

b) Perubahan pada trimester kedua

Pada masa ini wanita mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dari dirinya sendiri. Pengenalan pada pergerakan fetus, pertumbuhan dan pembesaran abdomen, serta gerakan bayi saat di USG, membuat gambaran tersebut nyata.

Semua wanita gelisah dan cemas terhadap pembesaran dan pertumbuhan yang kurang, perkembangan janin yang normal, dan berusaha mendapatkan informasi yang profesional dari proses tersebut. Beberapa wanita bisa lepas control, sulit menerima, khususnya ketika mengalami ANC yang rumit dengan dokter/bidan selama memberikan asuhan kebidanan. Beberapa pemeriksaan dan pengkajian yang dilakukan saat ANC bisa menyebabkan rasa tidak nyaman dan stress. Biasanya libido mulai meningkat karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti dirasakan pada trimester I.

c) Perubahan pada trimester ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode menunggu dan wacapa sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayi akan sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidaknormalan bayinya. Rasanya tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan body image. Perubahan body image dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan.

Beberapa wanita menikmati kehamilannya sampai mereka merasa badannya terasa berat dan tidak modis. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih akan berpisah dengan bayinya dan perhatian khusus yang diterimanya selama hamil. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga-duga jenis kelamin bayinya

dan mirip siapa. Bahkan mereka mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya.

5. Kebutuhan Ibu Hamil

a. Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Ini berarti dia perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Kebutuhan makan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil. Kegunaan makan tersebut adalah:

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.
- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi.

Calon ibu sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi, memeriksakan kandungan hemoglobin dalam darah dan memperoleh resep tablet mengandung zat besi. Karena ibu mengandung bayinya yang sama-sama memerlukan makan yang cukup, ibu hamil harus makan dalam porsi yang cukup namun perlu diwaspadai adanya kenaikan berat badan yang berlebihan.

1. Kebutuhan energy

- a. Trimester I : penambahan energy 180 kkal/hari
- b. Trimester II : penambahan 300 kkal/hari

2. Sumber protein

- a. Berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot.

- b. Dibutuhkan juga untuk tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.
- c. Pembentukan sel darah merah dalam tubuh janin.
- d. Kebutuhan protein bertambah 17 gram lebih banyak.
- e. Bahan pangan sumber protein yang dikonsumsi sebaiknya 2/3 berupa bahan pangan tinggi kandungan gizinya.

3. Sumber lemak

- a. Merupakan sumber energy yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin.
- b. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum.
- c. Membantu proses pembentukan ASI.
- d. Asam lemak tak jenuh: omega 3 dan omega 6 merupakan asam lemak esensial yang penting untuk proses tumbuh kembang sel saraf dan sel otak janin.

4. Sumber karbohidrat

- a. Merupakan sumber tambahan energy yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan.
- b. TM I : untuk pembentukan sel darah merah.
- c. TM II : sebagai persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

5. Sumber vitamin

- a. Vitamin A, berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan, sistem kekebalan tubuh ibu hamil.
- b. Vitamin B seperti: B1 (Tiamin), B2 (Riboflavin), B3 (Niasin), B6 (Piridoksin), B9 (Asam folat), dan B12 (Kobalamin).
- c. Vitamin C
 - a) Berfungsi penyerapan FE : untuk mencegah anemia
 - b) Memperkuat pembuluh darah : untuk mencegah perdarahan
 - c) Mengurangi sakit saat bekerja (50%), mengaktifkan kerja sel darah putih.
 - d) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.
 - e) Ibu hamil dianjurkan menambah asupan vitamin C 10 mg/hari.
- d. Vitamin D, diperlukan untuk penyerapan kalsium. Berfungsi untuk menjaga struktur dan komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, membantu pembentukan sel darah merah, sebagai anti oksidan yaitu melindungi sel tubuh dari kerusakan.

6. Sumber mineral

- a. Kalsium: untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 mg sehari.
- b. Seng
- c. Yodium

d. Zat besi : pemberian tablet Fe secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah merah, dan sintesa darah otot. Setiap tablet Fe mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet Fe sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi.

e. Serat.

Proporsi kenaikan berat badan selama hamil sebagai berikut.

- a) Kenaikan berat badan pada trimester I lebih kurang 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- b) Kenaikan berat badan pada trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg/minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan ini karena pertumbuhan jaringan pada ibu.
- c) Kenaikan berat badan pada trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg/minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ini dikarenakan pertumbuhan jaringan janin. Timbunan lemak pada ibu lebih kurang 3 kg.

Gizi sangat berpengaruh pada tumbuh kembang otak. Pertumbuhan otak yang pesat terjadi 2 fase, yaitu:

- 1) Fase pertama: pada usia kehamilan 15 – 20 minggu.
 - 2) Fase kedua adalah 30 minggu sampai 18 bulan setelah bayi lahir.
1. Umur 0-1 tahun: terjadi pertumbuhan otak 25% dari saat hamil.

2. Umur 2 tahun: pertumbuhan otak kurang dari 10%, berat otak saat lahir 25% otak dewasa, pada umur 6 bulan 50%, umur 2 tahun 75% otak dewasa.
3. Umur 5 tahun : terjadi pertumbuhan otak 90% otak dewasa.
4. Umur 10 tahun : terjadi pertumbuhan otak 95% otak dewasa.

Penilaian status gizi ibu hamil, sebagai berikut.

Berat badan dilihat dari *Quartile* atau *body mass index* (Indeks Masa Tubuh = IMT). Penilaian IMT diperoleh dengan menghitung:

$$\frac{\text{Berat badan sebelum hamil (kg)}}{\text{Tinggi badan (cm)}}$$

Tabel Indeks Masa Tubuh

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	Underweight / di bawah normal
20-24,9	Desirable / normal
25-29,9	Moderate obesity / gemuk / lebih dari normal
Over 30	Severe obesity / sangat gemuk

Keterangan:

1. Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat badan lahir rendah
2. Berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan.
3. Ukuran lingkar lengan atas (LILA)
4. Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA <23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).

5. Kadar hemoglobin

Nilai Atas untuk Anemia pada Perempuan

Status Kehamilan	Hemoglobin (g/dl)	Hematokrit (%)
Tidak Hamil	12,0	36
Hamil:		
Trimester I	11,0	33
Trimester II	10,5	32
Trimester III	11,0	33

Sumber: Prawirohardjo (2008)

Penyebab anemia tersering adalah defisiensi zat-zat nutrisi meliputi asupan nutrisi yang tidak cukup, absorbs yang tidak kuat, bertambahnya zat gizi yang hilang, kebutuhan yang berlebihan. Sekitar 75% anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi yang memperlihatkan gambaran eritrosit mikrositik hipokrom pada asapan darah tepi.

b. Kebutuhan Oksigen

Hampir 75% wanita hamil mengalami peningkatan kesulitan pernapasan. Pada awal kehamilan $\frac{1}{4}$ wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira separuh wanita mengalami kesulitan pernapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah itu meningkat menjadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. Untuk menyeimbangkan kebutuhan oksigen ibu hamil, perlunya suasana lingkungan yang selalu mendukung ibu dapat bernafas dengan lega, lingkungan atau tempat yang pengap, sesak, dan tempat keramaian sangatlah perlu dihindari karena suplai oksigen ibu tidak efektif lagi.

c. Kebutuhan Personal Hygiene

Perawatan kebersihan selama kehamilan sebenarnya tidak berbeda dari saat-saat yang lain. Akan tetapi, saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya.

Sekitar 30% calon ibu menyadari keputihan yang meningkat ini. Dimana keputihan ini disebabkan oleh jamur *candida albican* yang dapat menyebabkan gatal-gatal atau disebabkan infeksi oleh parasit kecil seukuran ujung jarum yang disebut *trichomonas vaginalis*.

d. Kebutuhan Istirahat

- a) Posisi relaksasi dengan telentang
- b) Posisi relaksasi dengan berbaring miring
- c) Posisi relaksasi dengan duduk

Ketiga posisi tersebut di atas dapat dipergunakan selama his dan pada saat itu ibu harus dapat mengonsentrasikan diri pada irama pernapasan atau pada sesuatu yang menenangkan. Sangat dianjurkan untuk tidak memperhatikan nyeri his.

e. Kebutuhan Seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan

frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi.

Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran premature. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik atau pun seksi.

Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Mereka dapat menikmati senggama selama kehamilan. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hati-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. Dalam paruh kedua kehamilan, istri mungkin merasakan pemasukan ke dalam vagina dari arah belakang lebih nyaman dan memuaskan.

f. Aktivitas Senam Hamil

Senam hamil bukan merupakan keharusan. Namun, dengan melakukan senam hamil akan banyak memberikan manfaat dalam membantu kelancaran proses persalinan antara lain dapat melatih pernapasan dan relaksasi, menguatkan otot panggul dan perut, serta melatih cara mengedan yang benar. Kesiapan ini merupakan bekal penting bagi calon ibu saat persalinan.

Manfaat senam hamil secara teratur dan terukur sebagai berikut.

1. Memperbaiki sirkulasi darah.

2. Mengurangi pembengkakan.
3. Memperbaiki keseimbangan otot.
4. Mengurangi gangguan risiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit.
5. Mengurangi kejang kaki/kram.
6. Memperkuat otot perut
7. Mempercepat proses penyembuhan setelah melahirkan.

Senam hamil pada kehamilan normal dapat dimulai pada kehamilan kurang lebih 16-38 minggu. Pelaksanaan senam sedikitnya seminggu sekali dan menggunakan pakaian yang sesuai dan longgar. Lakukan selalu pemanasan dan pendinginan setiap kali senam.

6. Asuhan Antenatal Care

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdillah (2009) dalam Elisabeth, 2017).

7. Tujuan Asuhan Antenatal Care

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan social ibu dan juga bayi.

- c. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

8. Jadwal Pemeriksaan Antenatal

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid

- b. Pemeriksaan ulang

- 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
- 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan
- 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

- c. Menurut (Mufdillah, (2009) dalam Elisabeth, 2017)

Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) 1 kali pada trimester pertama (K1)

- 2) 1 kali pada trimester kedua (K2)
- 3) 2 kali pada trimester ketiga (K3 dan K4)

9. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Pelayanan ANC minimal 5T meningkat menjadi 7T dan sekarang menjadi 12T, sedangkan daerah gondok dan endemic malaria menjadi 14T, yakni:

a. Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya risiko apabila hasil pengukuran <145 cm. berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 sampai 16 kg (Saryono, (2010) dalam Elisabeth 2017)

b. Tekanan Darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklampsia. Apabila turun di bawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80-120/80 mmHg.

c. Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas simpisis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

No	Tinggi Uteri (cm)	Fundus	Umur Minggu	Kehamilan	Dalam
1	12 cm		12		
2	16 cm		16		
3	20 cm		20		
4	24 cm		24		
5	28 cm		28		
6	32 cm		32		

7	36 cm		36		
8	40 cm		40		

d. Pemberian tablet tambah darah

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

e. Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatorum. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan.

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

f. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

g. Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi.

h. Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) untuk mengetahui adanya treponema pallidum/penyakit menular seksual, antara lain syphilis.

i. Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

j. Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah:

- 1) Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu.
- 2) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu terbenam)
- 3) Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar.
- 4) Mempersiapkan ibu dalam laktasi.

Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan.

k. Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

l. Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk pada ibu hamil didaerah endemic malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

m. Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh factor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsure yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

- 1) Gangguan fungsi mental
- 2) Gangguan fungsi pendengaran
- 3) Gangguan pertumbuhan
- 4) Gangguan kadar hormone yang rendah.

n. Temu wicara

1) Definisi konseling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

2) Prinsip-prinsip konseling

Ada 5 prinsip pendekatan kemanusiaan, yaitu:

- a) Keterbukaan
- b) Empati
- c) Dukungan
- d) Sikap dan respon positif

- e) Setingkat atau sama derajat
- 3) Tujuan konseling pada antenatal care
 - a) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.
 - b) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan (Saryono, 2010).

10. Teknis Pemberian Pelayanan Antenatal

Menurut Mufdillah (2009) teknis pemberian pelayanan antenatal dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Kunjungan awal/pertama

- 1) Anamnesa
- 2) Identitas : Nama, Umur, Pekerjaan, Agama dan Alamat

3) Keluhan utama

Sadar/tidak akan memungkinkan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan /masalah lain yang dirasakan.

4) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi HPHT dan apakah normal, gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi), masalah atau tanda-tanda bahaya, keluhan-keluhan lazim pada

kehamilan, penggunaan obat-obatan termasuk jamu-jamuan),
kekhawatiran-kekhawatiran lain yang dirasakan oleh ibu.

5) Riwayat kebidanan yang lalu

Riwayat kebidanan yang lalu meliputi jumlah anak, anak yang lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forceps, vakum atau operasi seksio sesaria), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya, kehamilan dengan tekanan darah tinggi, berat badan bayi <2.500 gram atau >4.000 gram dan masalah-masalah lain yang dialami ibu.

6) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan termasuk penyakit-penyakit yang didapat dahulu dan sekarang seperti masalah-masalah kardiovaskuler, hipertensi, diabetes, malaria, PMS atau HIV/AIDS, dan lain-lain.

7) Riwayat sosial dan ekonomi

Riwayat sosial dan ekonomi meliputi status perkawinan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu, riwayat KB, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, gizi yang dikonsumsi dan kebiasaan hidup sehat, merokok dan minuman-minuman keras, mengkonsumsi obat terlarang, beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat dan petugas kesehatan yang diinginkan untuk membantu persalinan.

b. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum dan kesadaran penderita

Compos mentis (kesadaran baik), gangguan kesadaran (apatis, somnolen, spoor, koma).

2) Tekanan darah

Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg.

Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi, preeklamsi.

3) Nadi

Nadi normal adalah 60 sampai 100 kali/menit. Bila abnormal mungkin ada kelainan paru-paru atau jantung.

4) Suhu badan

Suhu badan normal adalah 36,5 °C sampai 37,5 °C. Bila suhu lebih tinggi dari 37,5 °C kemungkinan ada infeksi.

5) Tinggi badan

Diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproporsion* (CPD).

6) Berat badan

Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapatkan perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. kenaikan berat badan tidak boleh dari 0,5 kg per minggu.

c. Pemeriksaan kebidanan

1) Pemeriksaan luar

a. Inspeksi

a) Muka

Periksa palpebra, konjungtiva dan sclera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedema umum. Periksa konjungtiva dan sclera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.

b) Mulut dan gigi

Periksa adanya karies, tonsilitis, atau faringitis. Hal tersebut merupakan sumber infeksi.

c) Jantung

Inspeksi bila tampak sesak, kemungkinan ada kelainan jantung yang dapat meningkatkan terjadinya resiko yang lebih tinggi baik bagi ibu, maupun bayinya.

d) Payudara

Inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrums.

e) Abdomen

Inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus dan lain-lain), pigmentasi di linea

album nampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi.

f) Tangan dan tungkai

Inspeksi pada tibia dan jari untuk melihat adanya oedema dan varices. Bila terjadi oedema pada tempat-tempat tersebut kemungkinan terjadinya preeclampsia.

g) Vulva

Inspeksi untuk mengetahui adanya oedema, varices, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar dan sebagainya.

b. Palpasi

Palpasi yaitu pemeriksaan kebidanan pada abdomen dengan menggunakan maneuver Leopold untuk mengetahui keadaan janin didalam abdomen.

a) Leopold 1

Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan (kalau > 12minggu) atau cara Mc. Donald dengan pita ukuran (kalau > 22 minggu).

b) Leopold 2

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba disebelah kiri atau kanan.

c) Leopold 3

Untuk menentukan bagian janin yang ada dibawah (presentasi).

d) Leopold 4

Untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum.

c. Auskultasi

Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoral atau doppler untuk menentukan DJJ setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120 sampai 160 per menit. Bila $DJJ < 120$ atau > 160 per menit, maka kemungkinan ada kalainan janin atau plasenta.

d. Perkusi

Melakukan penketukan pada daerah patella untuk memastikan adanya reflex pada ibu.

d. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan oleh dokter/bidan pada usia kehamilan 34 sampai 36 minggu untuk primigravida atau 40 minggu pada multigravida dengan janin besar. Pemeriksaan ini untuk mengetahui keadaan serviks, ukuran panggul, dan sebagainya.

a) Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium.

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urine, glukosa urine, dan hemoglobin

2. Pemeriksaan Ultrasonografi.

e. Analisa

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Sehingga didapat diagnose, masalah, dan kebutuhan.

f. Perencanaan

Tujuan dari perencanaan pada wanita hamil untuk mencapai taraf kesehatan yang setinggi-tingginya dalam kehamilan dan menjelang persalinan. Menjelaskan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan, memberikan imunisasi TT dan tambahan vitamin A (jika dibutuhkan), seta suplemen zat besi folate dan menjelaskan bagaimana mengkonsumsinya serta kemungkinan efek samping. Selanjutnya memberikan nasihat kepada ibu mengenai nutrisi, olahraga ringan/exercise, istirahat, kebersihan diri, pemberian ASI, KB paska bersalin, tanda-tanda bahaya, aktifitas seksual, kegiatan sehari-hari, pekerjaan, obat-obatan, merokok, cara berpakaian dan bersepatu, persiapan kelahiran, komplikasi kegawatdaruratan, menjadwalkan kunjungan berikutnya (kunjungan ulang), dan sebagainya.

g. Kunjungan Ulang

a. Anamnesa.

Anamnesa mengenai riwayat kehamilan sekarang meliputi gerakan janin dalam 24 jam terakhir, perasaan klien sejak kunjungan terakhirannya, masalah atau tanda-tanda bahaya yang mungkin dialami klien sejak

kunjungan terakhir, keluhan-keluhan yang lazim dalam kehamilan, dan kekhawatiran-kekhawatiran lainnya.

b. Pemeriksaan umum dan kebidanan.

Pemeriksaan umum dan kebidanan meliputi berat badan, tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, palpasi abdomen untuk mendeteksi kehamilan ganda (setelah 28 minggu), maneuver Leopold untuk mendeteksi kelainan letak (setelah 36 minggu) dan DJJ setelah 18 minggu.

c. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium.

Tes laboratorium untuk mengetahui kadar protein urine, glukosa urine, dan hemoglobin

2) Pemeriksaan Ultrasonografi.

d. Analisa

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan penunjang. Sehingga didapat diagnose, masalah, dan kebutuhan.

e. Perencanaan

Perencanaan merupakan menjelaskan dan memberikan nasihat kepada ibu mengenai ketidaknyamanan yang dialami ibu, nutrisi, pemberian ASI, KB, latihan olahraga ringan, istirahat, nutrisi dan pertumbuhan janin, persiapan

kelahiran kegawatdaruratan, tanda-tanda bahaya, menjadwalkan kunjungan berikutnya.

B. Kehamilan Ganda

1. Pengertian

Suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio atau janin sekaligus. Kehamilan ganda atau hamil kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih (Prawirohardjo : 386)

Kehamilan ganda terjadi, apabila dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi atau apabila satu ovum yang dibuahi membelah secara dini hingga membentuk dua embrio yang sama pada stadium massa sel dalam atau lebih awal. Kehamilan kembar dapat memberikan resiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan janin. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan ganda harus dilakukan perawatan antenatal yang intensif.

2. Etiologi

Beberapa penyebab kehamilan ganda, diuraikan sebagai berikut

a) Faktor ras

- a. Frekuensi kelahiran janin multiple memperlihatkan variasi yang nyata diantara berbagai ras yang berbeda.
- b. Myrianthopoulus mengidentifikasi kehamilan ganda terjadi 1 diantara 100 kehamilan pada orang kulit putih, sedangkan pada orang kulit hitam 1 diantara 80 kelahiran.
- c. Pada kawasan di Afrika, frekuensi terjadinya kehamilan ganda sangat tinggi. Knox dan Morley dalam suatu survey pada salah satu masyarakat

pedesan di Negeria, mendapatkan bahwa kehamilan ganda terdapat sekali pada setiap 20 kelahiran kehamilan pada orang Timur atau Oriental tidak begitu sering terjadi.

- d. Perbedaan ras yang nyata ini akibat dari keragaman pada frekuensi terjadinya kehamilan kembar dizigot.
- e. Perbedaan kehamilan ganda ini disebabkan oleh perbedaan tingkat Stimulating Hormone yang akan mengakibatkan multiple ovulasi.

b) Faktor Keturunan

- a. Sebagai penentu kehamilan ganda genotip ibu jauh lebih penting dari genotip ayah.
- b. White dan Wyshak dalam suatu penelitian terhadap 4000 catatan mengenai jemaat gereja kristus orang-orang kudus hari terakhir, menemukan bahwa para wanita yang dirinya sendiri dizigot dengan frekuensi 1 per 58 kelahiran. Namun, wanita yang bukan kembar dengan frekuensi 1 per 116 kehamilan.
- c. Lebih lanjut, dalam analisi Bulmer terhadap anak-anak kembar, 1 dari 25 (4%) ibu mereka ternyata juga kembar, tetapi hanya 1 dari 60 (1,7%) ayah mereka yang kembar, keterangan didapatkan bahwa alah satu sebabnya adalah multiple ovulasi yang diturunkan.

c) Faktor umur dan paritas

- a. Untuk peningkatan usia sampai sekitar 40 tahun atau paritas sampai dengan 7, frekuensi kehamilan ganda akan meningkat.

- b. Kehamilan ganda dapat terjadi kurang dari sepertiga pada wanita 20 tahun tanpa riwayat kelahiran anak sebelumnya, bila dibandingkan dengan wanita yang berusia diantara 35 sampai 40 tahun dengan 4 anak atau lebih.
- c. Dalam kehamilan pertama, frekuensi janin kembar adalah 1,3% dibandingkan dengan kehamilan keempat sebesar 2,7%.

d) Faktor nutrisi

- a. Nylander mengatakan bahwa peningkatan kehamilan ganda berkaitan dengan status nutrisi yang direfleksikan dengan berat badan ibu. Ibu yang lebih tinggi dan berbadan besar mempunyai resiko hamil ganda sebesar 25-30% dibandingkan dengan ibu yang lebih pendek dan berbadan kecil.
- b. Gillivray juga memaparkan bahwa kehamilan dizigot lebih sering ditemui pada wanita berbadan besar dan tinggi dibandingkan pada wanita pendek dan bertubuh kecil.

e) Faktor terapi infertilitas

- a. Induksi ovulasi dengan menggunakan FSH plus chorionic gonadotropin atau clomiphene citrate menghasilkan ovulasi ganda.
- b. Insiden kehamilan ganda seiring penggunaan gonadotropin sebesar 16-40%, 75% kehamilan dengan dua janin.
- c. Tuppin dkk melaporkan dari perancis, insiden persalinan gemeli dan triplet terjadi karena induksi ovulasi dengan terapi human menopause gonadotropin (hMG).
- d. Faktor resiko untuk kehamilan ganda setelah ovarium distimulasi dengan Hmg berpengaruh terhadap peningkatan jumlah estradiol dan injeksi

chorionic gonadotropin pada saat bersamaan akan berpengaruh terhadap karakteristik sperma, meningkatkan konsentrasi dan motilitas sperma

- e. Induksi ovulasi meningkatkan insiden kehamilan ganda dizigotik dan monozigot.

f) Faktor assisted reproductive technology (ART)

- a. Teknik ART didesain untuk meningkatkan kemungkinan kehamilan, pasien pada kasus ini, pembuahan dilakukan melalui teknik fertilisasi in vitro dengan melakukan seleksi terhadap ovum yang benar-benar berkualitas baik, dan dua dari empat embrio ditransfer kedalam uterus.
- b. Pada umumnya, sejumlahnya embrio yang ditransfer kedalam uterus maka sejumlah itulah akan beresiko kembar homolog atau hamil kembar uniovuler, karena berasal dari satu ovum (dr. Taufan 2017).

3. Patofisiologi Kehamilan Ganda

Fisiologi kehamilan ganda dapat terjadi karena dua ovum yang dibuahi pada saat hampir bersamaan atau berasal dari satu ovum yang mengalami pemecahan pada saat dini, dijabarkan sebagai berikut.

- 1. Kehamilan ganda dari dua ovum-dizigot.

Nama lainnya disebut juga:

- a. Heterozigot
- b. Binovuler
- c. Fraternal.

Pada kehamilan dizigot dapat terjadi

- a. Jenis kelaminnya kebetulan dapat sama.

- b. Umumnya berbeda seperti pertumbuhan janin biasa yang berasal dari ovum-spermatozoa berbeda.

Berkaitan dengan waktu terjadinya pembuahan terhadap ovum tersebut dikemukakan tiga bentuk yaitu:

- a. Kembar dizigot: terjadi konsepsi terhadap ovum pada hubungan seksual dengan waktu sama terhadap dua ovum
- b. Superfekundasi: terjadi konsepsi terhadap ovum dengan waktu yang relatif berdekatan oleh hubungan seksual dari suami sendiri atau orang lainnya.
- c. Superfetasi: kehamilan kedua terjadi pada waktu relatif jauh, setelah kehamilan pertama.

Syarat superfetasi adalah desidua kapsularis dan desidua parietalis belum bersatu, sehingga masih terdapat peluang spermatozoa untuk masuk kavum uteri, menuju tuba falopii dan berhasil terjadi konsepsi serta diikuti dengan implantasinya. Berkaitan dengan kehamilan kembar secara superfekundasi, Archer 1910 melaporkan kejadian persalinan kehamilan ganda dengan perbedaan kulit hitam dan putih. Gambaran demikian sudah pasti menunjukkan bahwa laki-laki yang memberikan kehamilan ganda berbeda etnis dan merupakan perselingkuhan yang terbukti dengan pasti.

Tumbuh-kembang kehamilan ganda dizigot selalu akan mempunyai dua plasenta dengan tempat implantasi yang relatif berbeda sehingga akan memberikan dampak pertumbuhan janin yang berbeda. Perbedaannya dapat dibuktikan dengan berat badan yang berbeda akibat tempat implantasi yang tidak mampu memberikan nutrisi, aliran darah dan O_2 yang sama.

Perbedaan berat badan janin sekitar 50-800 g. Perbedaan berat janin ini diakibatkan oleh beberapa faktor:

- a. Tempat implantasi yang berbeda tingkat kesuburannya
- b. Ternyata hamil ganda dizigot plasentanya menjadi satu sehingga perjuangan untuk mendapatkan nutrisi lebih dengan akibat terdapat perbedaan berat badan janin.
- c. Pada kehamilan ganda dizigot dapat terjadi komplikasi, antara lain terdapat pertumbuhan plasenta yang baik pada satu janin yang mengalahkan tumbuh kembang lainnya. Sehingga dapat terjadi asfiksia sampai dengan kematiannya. Setelah mati, janin ini dapat menjadi:

- a. Fetus kompresus
- b. Fetus papirasius

Kejadian ini sangat mungkin jika kejadian implantasi plasentanya berdekatan.

2. Kehamilan ganda dari satu ovum-monozigot.

Kejadian hamil ganda dari satu ovum lebih jarang dari pada dua ovum. Selain itu, saat pemecahannya akan menyebabkan terjadinya anomali pertumbuhan sehingga dapat terjadi berbagai bentuk. Morbiditas dan mortalitas hamil ganda dari satu ovum, lebih tinggi dari dua ovum, berdasarkan bentuk pemecahannya dan terdapat retroplasenta sirkulasi tunggal, sehingga dapat menimbulkan gangguan tumbuh kembang lainnya.

Jika pemisahan terjadi setelah "diskusembrional terbentuk, akan terjadi bentuk terpisah dan tidak lengkap dan terdapat bayi kembar siam". Kejadian

kembar siam sangat langka sekitar 1 dalam 70.000 persalinan. Pada kehamilan ganda monozigot dapat terjadi satu jantung lebih dominan sehingga dapat menyerap darah lebih banyak sehingga dapat membantu pertumbuhannya.

4. Jenis-jenis kehamilan Ganda

1) Kehamilan monozigot

Merupakan kehamilan ganda yang berasal dari satu ovum yang dibuahi dan membelah secara dini hingga membentuk dua embrio, kehamilan ini juga disebut hamil *kembar identik* atau hamil kembar homolog atau hamil kembar uniovuler, karena berasal dari satu ovum.

Ciri-ciri

1. Jenis kelamin sama
2. Rupanya sama (seperti bayangan)
3. Golongan darah sama, cap kaki dan tangan sama.
4. Sebagian hamil ganda dalam bentuk
 - 2 amnion, 2 korion, 2 plasenta
 - 2 amnion, 2 korion, 1 plasenta
 - 2 amnion, 1 korion, 1 plasenta
5. Pada kembar monozigotik dapat terjadi kelainan pertumbuhan seperti kembar siam
6. Insiden kelainan malformasi tinggi pada kehamilan ganda monozigotik.

2) Kehamilan monozigotik

Merupakan kehamilan ganda yang berasal dari 2 atau lebih ovum yang telah dibuahi, sebagian besar kehamilan ganda adalah dizigotik atau kehamilan kembar fraternal.

Ciri-ciri

1. Jenis kelamin dapat sama atau berbeda
2. Persamaan seperti adek kakak
3. Golongan darah tidak sama.
4. Cap kaki dan tangan tidak sama
5. Sebahagian hamil ganda dalam bentuk
 - 2 amnion, 2 korior, 2 plasenta
 - 2 amnion, 2 korior, 1 plasenta

5. Gejala Klinis

Gejala dan Tanda

Keluhan kehamilan lebih sering terjadi dan lebih berat.

1. Tanda-tanda yang sering terlihat :

- a. Ukuran uterus lebih besar dari kehamilan normal

Distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransinya dan seringkali terjadi partus prematur. Usia kehamilan makin pendek dan makin banyaknya janin pada kehamilan kembar.

- b. Kenaikan berat badan ibu berlebihan.
- c. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan kembar bertambah sehingga dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain

- d. Polihidramnion.
- e. Palpasi yang meraba banyak bagian kecil janin.
- f. Detak Jantung Janin lebih dari 1 tempat dengan perbedaan frekuensi sebesar >8 detik per menit.

6. Letak pada presentasi janin :

1. Pada kehamilan kembar sering terjadi kesalahan presentasi dan posisi kedua janin.
2. Begitupula letak janin kedua dapat berubah setelah janin pertama lahir, misalnya dari letak lintang berubah jadi letak sungsang atau letak kepala.
3. Berbagai kombinasi letak, presentasi dan posisi bisa terjadi, yang paling sering dijumpai adalah.
 - a. Kedua janin dalam letak membujur ; presentasi kepala (44-47%)
 - b. Letak membujur, presentasi kepala bokong (37-38%)
 - c. Keduanya presentasi bokong (8-10%)
 - d. Letak lintang dan presentasi kepala (1,5-2%)
 - e. Dua-duanya letak lintang (0,2-0,6%)
 - f. Letak dan presentasi '69' adalah letak yang berbahaya, karena dapat terjadi kunci-mengunci (interlocking).

7. Diagnosis Kehamilan Ganda

Diagnosis kehamilan ganda tidak terlalu sukar karena dapat ditetapkan sebagai berikut.

1. Anamnesis
 - a. Riwayat keluarga dengan kehamilan ganda

- b. Gejala klinis hamil muda sudah manifestasi sejak usia kehamilan masih muda
- c. Derajat gejala hamil muda lebih hebat daripada hamil tunggal
- 2. Palpasi kehamilan
 - a. Tinggi fundus uteri melebihi hamil tunggal
 - b. Sering disertai dengan hidramion
 - c. Teraba banyak bagian kecil janin
 - d. Teraba dua bagian besar
 - 1. Berdekatan
 - 2. Teraba dua bokong atau dua kepala janin
- 3. Auskultasi DJJ: terdengar dua puntum maksimum detak jantung janin
- 4. Pemeriksaan USG:
 - a. Dengan USG, dipastikan terjadi kehamilan ganda:
 - a) Dua kepala/dua bokong
 - b) Dua puntum maksimum DJJ janin
 - c) Tampak satu janin mengalami hidramion atau tumbuh kembangnya sukar, sehingga satu janin kecil dibandingkan dengan yang lain.

Dengan mempergunakan kombinasi antara ultrasonografi dengan pemeriksaan konvensional, maka keberadaan kehamilan ganda tidak sulit ditetapkan.

8. Penyulit Kehamilan Ganda

Jika ibu didiagnosa mengalami kehamilan kembar, maka penyulit yang mungkin timbul adalah: ibu dapat mengalami hidramnion, dengan adanya

hidramnion meninggikan kematian janin yang kemungkinan karena hidramnion mengakibatkan persalinan kurang bulan, gestosis lebih sering terjadi, anemia, diakibatkan karena kebutuhan anak lebih banyak dan mungkin karena kurang nafsu makan: persalinan kurang bulan, diakibatkan perengangan rahim yang berlebihan (obstetri Patologi ; 55).

9. Pengaruh terhadap Ibu dan Janin

Pengaruh kehamilan kembar terhadap ibu dan janin, antara lain disebutkan di bawah ini:

a) Terhadap Ibu

- a. Kebutuhan akan zat-zat bertambah, sehingga dapat menyebabkan anemia dan defisiensi zat-zat lainnya
- b. Kemungkinan terjadi hidramnion bertambah 10 kali lebih besar
- c. Prekuensi pre-eklamsi dan eklamsi lebih sering
- d. Karena uterus yang besar, itu mengeluh sesak nafas, sering miksi, serta terdapat edema dan varises pada tungkai dan vulva
- e. Dapat terjadi inersia uteri, perdarahan postpartum, dan solusio plasenta sesudah anak pertama lahir.

b) Terhadap janin

- a. Usia kehamilan tambah singkat dengan bertambahnya jumlah janin pada kehamilan kembar : 25% pada triplet; dan 75% pada quadruplet, yang akan lahir 4 minggu sebelum cukup bulan. Janin kemungkinan terjadinya bayi prematur akan tinggi

- b. Bila sesudah bayi pertama lahir terjadi solusio plasenta, maka angka kematian bayi kedua tinggi.
- c. Sering terjadi kesalahan letak janin, yang juga akan mempertinggi angka kematian janin.

10. Pengawasan Antenatal Hamil Ganda

Oleh karena dapat digolongkan kehamilan dengan risiko tinggi maka pengawasan ibu hamil ganda sebagai berikut.

1. Diet ibu hamil ganda
 - a. Memerlukan kalori yang lebih tinggi 300 kal/Kg.
 - b. Komposisi makanan sebaiknya 5 (lima) sempurna sehingga tumbuh kembang janin menjadi lebih baik.
 - c. Pemberian vitamin, Fe, dan asam folat perlu mendapat perhatian sehingga tidak menimbulkan cacat jasmani dan juga dapat mencapai IQ yang cukup.
 - d. Kebutuhan protein dapat diatasi dengan tambahan satu telur setiap hari.
2. Pemeriksaan fisik
 - a. Pemeriksaan antenatal dilakukan lebih sering dengan jadwal:
 1. 0-28 minggu setiap 3 minggu
 2. 28-32 minggu setiap dua minggu
 3. 33-40 minggu setiap minggu
 - b. Pemeriksaan laboratorium:
 1. Dilakukan dengan lengkap saat pertama datang sehingga terdapat gambaran umum

2. Berdasarkan hasilnya, nasihat diet dan tambahan vitamin atau Fe dan lainnya dapat dijadwalkan

c. Untuk meningkatkan nilai gizi, maka dengan muda dapat dianjurkan agar menambah makanan hanya dengan “satu telur” setiap hari.

3. Pemeriksaan ultrasonografi

a. Dilakukan untuk kepastian hamil ganda

b. Mengikuti tumbuh kembang janin intrauteri sehingga diketahui secara dini kemungkinan komplikasi hamil ganda

c. Berdasarkan hasilnya, dapat dilakukan sikap untuk dapat mencapai *well born baby* dan *well health mother*.

d. Jika perlu, dilakukan pemeriksaan biofisik profil janin intrauteri.

e. Dengan USG, kedudukan masing-masing janin dapat dipastikan.

Hanya dengan memperhatikan tinggi fundus uteri, kehamilan ganda mempunyai beberapa diferensial diagnosis, antara lain:

1. Hidramnion

2. Hamil dengan mola hidatidosa

3. Hamil dengan janin makrosomia

4. Kesalahan mengingat hari pertama menstruasi.

11. Penanganan dalam kehamilan dan persalinan

a) Perawatan perinatal yang baik untuk mengenali kehamilan kembar dan mencegah komplikasi yang timbul, dan bila diagnosis telah ditegakkan pemeriksaan ulang harus lebih sering (1x seminggu pada kehamilan lebih dari 32 minggu)

- b) Setelah kehamilan 30 minggu, koitus dan perjalanan jauh sebaiknya dihindari, karena akan merangsang pertus prematur
- c) Pemakaian korset gurita yang tidak terlalu ketat diperbolehkan, supaya terasa lebih ringan
- d) Bila anak pertama letaknya membujur, kala I satu diawasi seperti biasa dengan efisiotom imedio lateralis. Setelah itu baru waspada, lakukan pemeriksaan luar, periksa dalam untuk mengetahui anak kedua. Tunggu, sambil memeriksa tekanan darah dan lain-lain
- e) Periksa darah lengkap, Hb, dan golongan darah
- f) Biasanya dalam 10-15 menit his akan kuat lagi. Bila anak kedua terletak membujur, ketuban dipecahkan pelan-pelan supaya air ketuban tidak mengalir deras kelua. Tunggu dan pimpin persalinan anak kedua seperti biasa
- g) Waspadalah akan kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum, maka sebaiknya pasang impus profilaksis
- h) Bila ada kelainan letak pada anak kedua, misalnya melintang atau terjadi prolaps tali pusat dan solusio plasenta maka janin dilahirkan dengan cara poperatif obstetric
- i) Pada letak lintang coba versi luar dulu, atau lahirkan dengan cara versi dan ekstraksi
- j) Pada letak kepala, persalinan dipercepat dengan ekstraksi vakum atau forceps
- k) Pada letak bokong atau kaki, ekstraksi bokong atau kaki
- l) Indikasi seksio caesarea hanya pada:
 - a. Janin pertama letak lintang

- b. Bila terjadi prolaps tali pusat
 - c. Plasenta previa
 - d. Terjadi interlocking pada letak janin 69, anak pertama letak sungsang dan anak kedua letak kepala
- m) Kala IV diawasi terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum: berikan suntikan sintometrin yaitu 10 satuan sintosinon tambah 0,2 mg methergin intravena.

C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan

Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney adalah sebagai berikut:

Langkah I (pertama) : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu:

1. Riwayat kesehatan
2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan
3. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
4. Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi bidan akan melakukan konsultasi. Pada keadaan tertentu dapat terjadi langkah pertama akan

overlap dengan 5 dan 6 (atau menjadi bagian dari langkah-langkah tersebut) karena data yang diperlukan diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic yang lain. Kadang-kadang bidan perlu memulai manajemen dari langkah 4 untuk mendapatkan data dasar awal yang perlu disampaikan kepada dokter.

Langkah II (kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Sebagai contoh diperoleh diagnosa “kemungkinan wanita hamil”, dan masalah yang berhubungan dengan diagnosa ini adalah bahwa wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain yaitu wanita pada trimester ketiga merasa takut terhadap proses persalinan dan melahirkan yang sudah tidak dapat ditunda lagi. Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosa” tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengurangi rasa takut.

Langkah III (ketiga) : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi.

Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman. Contoh seorang wanita dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian ia harus mengantisipasi, melakukan perencanaan untuk mengatasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan tiba-tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan.

Pada persalinan dengan ganda, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya asfiksia dan juga kebutuhan untuk resusitasi. Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan wanita menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadinya peningkatan partus prematur atau bayi kecil. Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap simptomatik terhadap bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

Langkah IV (keempat) : Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan. Data baru mungkin saja perlu dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya, perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distocia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter, misalnya prolaps tali pusat. Situasi lainnya bisa saja tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal dari pre-eklampsia, kelainan panggul, adanya penyakit jantung, diabetes atau masalah medis yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin juga akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lainnya seperti pekerja sosial, ahli gizi atau seorang ahli perawat klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus

mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan klien.

Langkah V (kelima) : Merencanakan Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini reformasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dengan perkataan lain, asuhannya terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kehidupan membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah VI (keenam) : Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya : memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi dimana bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggungjawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan klien.

Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke VII ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

2. Metode Pendokumentasian Kebidanan

A. Dokumentasi kebidanan

Dokumentasi kebidanan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Bidan, dokter, perawat dan petugas kesehatan lain).

B. Manajemen kebidanan

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

C. Metode Pendokumentasian SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam” P “ sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

D. Prinsip dokumentasi SOAP

SOAP merupakan singkatan dari :

S : Subjektif

Menggambarakan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnese (apa yang dikatakan klien).Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum,

keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup)

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa. Pada orang yang bisu, dibagian data dibelakang " S " diberi tanda " 0 " atau " X " ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asesment (Apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan setelah melakukan pemeriksaan).

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, vital sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

A : Assesment

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan (Kesimpulan apa yang telah dibuat dari data S dan O). Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

1. Diagnosa / masalah

- 1) Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien : hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir . Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.
- 2) Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan / kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

2. Antisipasi masalah lain / diagnosa potensial

P: Planning

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan Assesment (Rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut).

SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P" sedangkan Perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

Didalam Planning dapat berisikan tentang :

- 1) Konsul
- 2) Follow up
- 3) Pendokumentasian.
- 4) Pendidikan konseling
- 5) Tes diagnostic / laboratorium
- 6) Rujukan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis studi kasus

Jenis studi kasus yang digunakan yaitu dengan metode deskriptif yakni melihat gambaran kejadian tentang asuhan kebidanan yang dilakukan di lokasi tempat pemberian asuhan kebidanan. Studi kasus ini dilakukan pada Ny.C usia 21 Tahun, G₂ ,P₁ ,A₀ usia kehamilan 30 minggu 1 hari dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai Tahun 2018.

B. Tempat Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di Klinik Mariana Binjai. Alasan saya mengambil kasus di Klinik Mariana Binjai merupakan salah satu lahan praktik yang dipilih oleh institusi sebagai lahan praktik. Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil ini dilakukan pada tanggal 21 Maret 2018 yaitu dimulai dari pengambil kasus sampai dengan penyusunan Laporan Tugas Akhir.

C. Subjek Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis mengambil subjek yaitu Ny.C usia 21 tahun, G₂ ,P₁ ,A₀ usia kehamilan 30 minggu 1 hari dengan Kehamilan Ganda di Klinik mariana Binjai.

D. Metode Pengumpulan Data

Metode yang dilakukan untuk asuhan kebidanan dalam studi kasus ini adalah format asuhan asuhan kepada Ibu Hamil dengan manajemen 7 langkah Varney.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini digunakan sebagai metode untuk pengumpulan data adalah asuhan Kebidanan 7 langkah Helen varney:

1. Data primer

a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan pada bagian tubuh dari kepala sampai kaki. Selama Ny.C dilakukan pemeriksaan fisik mulai dari wayah hingga kaki dan pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan terhadap kehamilannya.

b. Wawancara

Yang dimaksud dengan wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara si peneya atau pewawancara dengan si penjawab atau responden dengan menggunakan alat yang dinamakan interview guide (panduan wawancara).

Wawancara dilakukan oleh tenaga medis dengan Ny.C sebagai pasien.

c. Pengamatan (Observasi)

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati subjek dan melakukan berbagai macam pemeriksaan yang berhubungan dengan kasus yang akan diambil. Observasi pada kasus Ny.C dengan Kehamilan Gandadilakukan untuk mengetahui, TTV, keadaan umum dan pemeriksaan Leopod. Dengan hasil: keadaan umum: Baik, TD: 110/70 mmHG, RR: 20 X/i, P: 80x/i, T: 36⁰c, pemeriksaan Leopod:

Leopold I : TFU 30 cm, pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, lunak, melenting.

Leopold II : pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung

Leopold III : Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat, keras dan melenting, sebelah kiri teraba bulat, lunak dan tidak melenting

Leopold IV : Bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul (Komvorgen)

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh selain dari terapi juga diperoleh dari keterangan keluarga, lingkungan, mempelajari kasus dan dokumentasi pasien, catatan dalam kebidanan dan studi (Pdf penelitian Dewi purnomo, 2013).

Data sekunder diperoleh dari:

a. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen, baik dokumen-dokumen resmi ataupun tidak resmi. Diantaranya biografi dan catatan harian. Pada kasus Kehamilan Ganda diambil dari catatan atau status pasien selama melakukan pemeriksaan ANC di Klinik mariana Binjai.

b. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dan menunjang latar belakang teoritis dari studi kasus. Pada kasus ini mengambil studi kepustakaan dari buku, laporan penelitian, jurnal, fdf.

F. Alat-Alat dan Bahan yang dibutuhkan

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam teknik pengumpulan data antara lain :

1. Wawancara

Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pengumpulan data antara lain:

- a) Buku tulis
- b) Bolpoin + Penggaris
- c) Daftar Tilik ANC

2. Observasi

Alat dan bahan untuk observasi meliputi :

- a. timbangan berat badan
- b. pengukur tinggi badan
- c. tensi meter
- d. stetoskop monokuler atau lineac
- e. meteran atau midlen/doppler
- f. hamerreflek
- g. jangkang gul
- h. peralatan untuk pemeriksaan laboratorium kehamilannya yaitu pemeriksaan kadar hemoglobin, protein urin, urin reduksi dan HB Sahli.
- i. Tong spatel dan kassa steril

3. Dokumentasi

Alat dan bahan untuk dokumentasi meliputi:

- a. Status atau catatan pasien
- b. Alat tulis
- c. Rekam medik

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

ASUHA KEBIDANAN PADA Ny. C USIA 21 TAHUN, G₂, P₁, A₀ USIA KEHAMILAN 30 MINGGU 1 HARI DENGAN KEHAMILAN GANDA DI KLINIK MARIANA BINJAI TAHUN 2018

Tanggal Masuk : 21 Maret 2018 Tgl pengkajian : 21 Maret 2018
Jam Masuk : 08.30 WIB Jam Pengkajian : 08.30 WIB
Tempat : Klinik Mariana Binjai Pengkaji : Ines simatupang

I. PENGUMPULAN DATA

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama Ibu	: Ny. C	Nama Suami	: Tn. M
Umur	: 21 Tahun	Umur	: 23 Tahun
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indo
Pendidikan	: SMP	Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Alamat	: Jl. Pendidikan	Alamat	: Jl. Pendidikan

B. ANAMNESA (DATA SUBJEKTIF)

2. Alasan kunjungan : Ingin memeriksakan kehamilannya

3. Keluhan utama : Ibu mengatakan sering merasakan menyesak pada bagian Fundus

4. Riwayat menstruasi :

Menarche : 15 thn, siklus 30 hari, teratur/tidak teratur

Lama : 4-5 hari, Banyak : 2-3 kali ganti pembalut

Keluhan : Tidak ada

5. Riwayat kehamilan/persalinan yang lalu

An ak ke	Tgl Lahir/U mur	UK	Jenis Persali nan	Tempa t persali nan	Penol ong	Kompli kasi		Bayi		Nifas	
						Ba yi	Ib u	PB/BB /JK	Kead aan	Kead aan	Lak tasi
1	05/02/2015	Aterem	Spontan	Klinik	Bidan	-	-	48/3,0/LK	Baik	Baik	Baik
2	H	A	M	I	L		I	N	I		

6. Riwayat kehamilan

7. sekarang

a. G₂ P₁ A₀

b. HPHT : 23-08-2017 HPL : 30-05-2018

c. UK : 30 Minggu 1 hari

d. Gerakan janin : \pm 14 x sehari, pergerakan janin pertama kali saat usia kehamilan 20 minggu

e. Imunisasi Toxoid Tetanus : Tidak ada

f. Kecemasan : Ibu cemas karna sering sesak pada bagian fundus

g. Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

h. Tanda-tanda persalinan : Tidak ada

8. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Jantung : Tidak ada

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Malaria : Tidak ada

Ginjal : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Hepatitis : Tidak ada

Riwayat operasi abdomen/SC : Tidak ada

9. Riwayat penyakit keluarga

Hipertensi : Tidak ada

Diabetes Mellitus : Tidak ada

Asma : Tidak ada

Lain-lain : Ada/ Tidak riwayat kembar

10. Riwayat KB : Tidak ada

11. Riwayat psikososial

Status perkawinan : Sah

Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Senang

Pengambilan keputusan dalam keluarga : Suami

Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan : Klinik dan Bidan

Tempat rujukan jika ada komplikasi : Rumah sakit

Persiapan menjelang persalinan : Baik

10. Activity Daily Living

a. Pola makan dan minum :

Frekuensi : 3 kali sehari

Jenis : 1 piring Nasi, ½ mangkok sayur dan ikan

Porsi : 1 porsi

Keluhan/pantangan : Tidak ada

b. Pola istirahat

Tidur siang : ± 2 jam

Tidur malam : ± 6 jam

c. Pola eliminasi

BAK : 8–9 kali/hari, warna : Kuning

BAB : 1 kali/hari, konsistensi : Lembek

d. Personal hygiene

Mandi : 2 kali/hari

Ganti pakaian/pakaian dalam : 2 kali/hari

e. Pola aktivitas

Pekerjaan sehari-hari : IRT

f. Kebiasaan hidup

Merokok : Tidak ada

Minum-minuman keras : Tidak ada

Obat terlarang : Tidak ada

Minum jamu : Tidak ada

C. DATA OBJEKTIF

1. Keadaan umum : Baik

2. Tanda-tanda vital

. Tekanan darah : 110 / 70 mmHg

. Nadi : 80 kali/menit

. Suhu : 36 °C

. Respirasi : 20 kali/menit

3. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

. Berat badan : 57 kg kenaikan BB selama hamil : 10 kg

. Tinggi badan : 156 cm

. Lila : 25 cm

4. Pemeriksaan fisik

a. Postur tubuh : Hiper Lordosis

b. Kepala

• Muka : Simetris

Cloasma : Tidak Ada

Oedema : Tidak ada

• Mata : Simetris

Conjunctiva : Tidak Pucat

- Sclera : Tidak Ikhterik
- Hidung : Simetris
 - polip : Tidak ada
 - Mulut/bibir : Simetris
- c. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroïd dan limfe
- d. Payudara
- Bentuk simetris : Simetris
- Keadaan putting susu : Menonjol
- Areola mamæ : Hyperpigmentasi
- Colostrum : belum ada
- e. Perut
- Inspeksi : Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan, tidak terdapat bekas luka operasi dan tidak ada linea alba dan nigra
- Palpasi
- a) Leopold I : TFU 32 cm, pada fundus sebelah kanan teraba Lunak, lembek dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, lunak, dan melenting
- b) Leopold II : pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung.
- c) Leopold III : Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat,

keras dan melenting, sebelah kiri teraba bulat,
lunak dan tidak melenting

d) Leopold IV : Tidak Dilakukan

$$TBJ = (TFU - 12)$$

$$= X 155$$

Kontraksi : Tidak ada

Auskultasi

DJJ : Terdengar 2 DJJ pada 2 tempat, puctum maximum dibawah pusat
sebelah kanan dan puctum maximum diatas pusat sebelah kiri, pada
janin pertama DJJ terdengar 136x/menit sebelah kanan dan pada janin
kedua DJJ 145x/ menit sebelah kiri

f. Ekstremitas

Atas : Bersih, tidak ada odema, kuku jari tangan tidak pucat dan
lengkap

Bawah : Bersih, tidak ada odema dan varises, kuku jari kaki tidak
pucat dan lengkap

g. Genetalia : Tidak dilakukan

Anus : Tidak ada hemoroid

h. Pemeriksaan Panggul

Tidak Dilakukan

i. Pemeriksaan dalam

Tidak Dilakukan

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

Pemeriksaan Laboratorium (* Jika ada indikasi Albumin) :

* Keton:

Hb :..... Gol darah:.....

Ht :..... Rh :.....

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA, MASALAH DAN KEBUTUHAN :

Diagnosa : Ny. Cumur 21 tahun, G₂, P₁, A₀, Usia kehamilan 30 minggu 1 hari janin ganda, hidup intrauteri, PUKA-PUKI, presentasi kepala-bokong, bagian terbawah belum masuk PAP keadaan umum ibu dan janin baik

DS :

- Ibu mengatakan ini kehamilan ke 2 dan tidak pernah keguguran
- Ibu mengatakan usianya saat ini 21 tahun
- Ibu mengatakan lebih banyak merasakan gerakan bayi dikehamilan ini daripada kehamilan yang pertama
- Ibu mengatakan haid terakhirnya tanggal 23-08-2017
- Ibu mengatakan sudah pernah USG dan hasilnya kehamilan gemeli

DO :

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda – Tanda Vital

TD : 110 / 70 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi : 80 x/m

Pernapasan : 20 x/m

Lila : 25 cm

BB : 57 Kg

TB : 156 cm

UK : 30 Minggu 1 hari

Palpasi

- a) Leopold I : TFU 32 cm, pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek, dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, bulat, melenting.
- b) Leopold II : Pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung
- c) Leopold III : Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat, keras dan melenting, sebelah kiri teraba lunak, bulat dan tidak melenting
- d) Leopold IV : Tidak Dilakukan

Kontraksi : Tidak ada

Auskultasi

DJJ : Bayi I : 136 x/menit

: Bayi II : 145x/menit

- a. Masalah : Gangguan rasa nyaman sehubungan dengan sesak pada bagian fundus

b. Kebutuhan:

1. Penkes tentang perubahan fisiologi TM III

III. ANTISIPASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Terhadap Ibu : Anemia
: Perdarahan pascapersalinan
: Hidramion
Terhadap janin : BBLR
: Kelainan kongenital
: Plasenta previa
: Solusio Plasenta

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. INTERVENSI

No	Intervensi	Rasional
1	Bina hubungan baik dan saling percaya antara bidan dengan pasien	Agar terjadi hubungan yang baik antara bidan dan pasien
2	Beritahu ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaannya saat ini	Agar ibu mengetahui kondisinya saat ini
3	Beritahu ibu tentang tanda tanda persalinan	Agar ibu mengetahui tanda tanda persalinan
4	Beritahu ibu tentang persiapan persalinan	Agar ibu mengetahui apa yang harus dipersiapkan
5	Jelaskan pada ibu perubahan fisiologi TM III	Agar ibu mengetahui perubahan fisiologi TM III
6	Jelaskan pada ibu tentang ketidaknyamanan yang dirasakannya	Agar ibu mengetahui bahwa ketidaknyamanan yang dirasakannya tidak bersifat patologi
7	Jelaskan kepada ibu tentang kebutuhan nutrisinya	Agar kebutuhan nutrisi ibu dapat terpenuhi
8	Jelaskan pada ibu tentang kehamilan ganda	Agar ibu mengetahui tentang kehamilannya
9	Jelaskan pada ibu untuk kunjungan	Agar ibu datang kembali untuk

	ulang 1 bulan kedepan untuk memeriksakan kehamilannya kembali dan memberi obat vitamin	memeriksakan kehamilannya
--	--	---------------------------

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal : 21-03-2018

NO	JAM	IMPLEMENTASI/TINDAKAN	PARAF
1	08.40	Membina hubungan baik dan saling percaya antara bidan dengan pasien dengan cara memperlakukan pasien lebih ramah Ev : hubungan yang baik antara bidan dan pasien sudah terbina	Ines
2	08.50	Memberitahu ibu tentang pemeriksaannya saat ini Keadaan umum : Baik Kesadaran : Compos Mentis Tanda – Tanda Vital TD : 110 / 70 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 80 x/m Pernapasan : 20 x/m Lila : 25 cm BB : 57 Kg TB : 156 cm Palpasi Leopold I : TFU 32 cm, pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, lunak, melenting. Leopold II : pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung Leopold III : Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat, lunak dan tidak melenting, sebelah kiri teraba bulat, keras mel Leopold IV : Tidak Dilakukan Auskultasi : DJJ 1: 136 x/menit 2: 145x/menit Ev : Ibu senang dengan kondisinya saat ini	
	08.55	Memberitahu ibu tanda tanda persalinan yaitu a. Mules bertambah sering dari daerah perut yang menjalar hingga ke pinggang b. Keluarnya darah atau lendir c. Keluarnya air ketuban dari jalan lahir	

		Ev : Ibu sudah mengetahui tanda tanda persalinan	
4	10.00	<p>Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan mental: harus mampu mengontrol rasa cemas dan stress ibu 2. Memilih tempat persalinan dan penolong 3. Perlengkapan ibu dan bayi 4. Memahami tanda-tanda persalinan dan dukungan keluarga <p>Ev : Ibu mengetahui persiapan persalinan</p>	
5	10.05	<p>Memberitahu pada ibu perubahan fisiologi pada TM III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit pinggang 2. Pengeluaran kolostrum 3. Konstipasi 4. Sering BAK 5. Sesak 6. Susah tidur <p>Ev : Ibu sudah mengetahui tentang perubahan fisiologi pada TM III</p>	
6	10.10	<p>Menjelaskan pada ibu bahwa rasa sesak yang dialaminya adalah hal yang fisiologis pada kehamilan gemeli dikarenakan hamil anak kembar akan mendorong diafragma sehingga sering kali membuat ibu terengah-engah, namun jika kondisinya sudah mengganggu sebaiknya konsultasi dengan dokter obgin</p> <p>Ev : Ibu mengatakan sudah mengerti</p>	
7	10.15	<p>Menjelaskan pada ibu tentang pedoman gizi seimbang yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengonsumsi makanan dari setiap ragam jenis makanan. 2. Menyusun jadwal makanan dan cemilan untuk menghindari makan terlalu banyak atau sedikit. 3. Pastikan untuk minum produk susu setiap hari dalam jumlah yang cukup, seperti susu rendah lemak, yogurt, atau keju . 4. Tambahkan lebih banyak buah-buahan, sayuran, dan biji-bijian. 5. Bawa cemilan seperti buah-buahan kering, kacang-kacangan, dan biskuit gandum dalam tas. 6. Minum cukup air. 7. Teratur makan makanan dalam jumlah kecil atau cemilan. 	

		8. Tanyakan kepada dokter mengenai vitamin prenatal dan suplemen DHA . Ev : Ibu mengatakan akan memenuhi kebutuhan nutrisinya	
8	10.20	Menjelaskan pada ibu bahwa kehamilan kembar yang dialaminya dapat terjadi melalui beberapa faktor yaitu faktor ras, faktor keturunan, faktor umur dan faritas, oleh karen itu ibu tidak perlu kahawatir tentang kehamilan kembar yang dialaminya Ev : ibu sudah mengetahui hamil kembar yang dialaminya dengan menganggukkan kepala	
9	10.25	Memberikan pada ibu obat tablet FE 1 x / hari dan menjelaskan pada ibu untuk kunjungan ulang jika ada keluhan atau jika ada tanda-tanda persalinan Ev : Ibu berjanji akan kunjungan ulang	

VI. EVALUASI

Tanggal: 21-03-2018

S

1. Ibumengatakan senang dengan kondisi kehamilannya saat ini
2. Ibu mengatakan mengerti dan memahami penjelasan yang disampaikan oleh bidan

O

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos Mentis

Tanda – Tanda Vital

TD : 110 / 70 mmHg Lila : 25 cm

Suhu : 36°c BB : 57 kg

Nadi : 80 x/m TB : 156 cm

Pernapasan : 20 x/m UK : 30 Minggu 1 hari

Palpasi

- a) Leopold I : TFU 32 cm, pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, bulat, melenting.
- b) Leopold II : Pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung
- c) Leopold III: Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat, keras dan melenting, sebelah kiri teraba lunak, bulat dan tidak melenting
- d) Leopold IV: Tidak Dilakukan

Kontraksi : Tidak ada

Auskultasi

DJJ : Janin I : 136 x/i

Janin II : 145 x/i

A

Ny. Cumur 21 tahun, G₂, P₁, A₀ Usia kehamilan 30 minggu 1 hari janin ganda, hidup intrauterin, PUKA-PUKI presentasi kepala-bokong, belum masuk PAP keadaan umum ibu dan janin baik

P

- Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang atau jika ada keluhan
- Anjurkan ibu untuk beristirahat dan mengurangi beban berat
- Pantau KU dan TTV ibu

B. PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini akan diuraikan mengenai isi Laporan Tugas Akhir, khususnya tinjauan kasus untuk melihat kesenjangan-kesenjangan yang terjadi pada asuhan kebidanan pada Ny. C dengan Kehamilan Ganda di Klinik Mariana Binjai. Pada pembahasan ini penulis juga akan membandingkan teori medis dan teori Asuhan Kebidanan dengan praktek sehari-hari di lapangan.

1) Pengumpulan data

Pengkajian adalah langkah awal yang dipakai dalam menerapkan asuhan kebidanan pada pasien. Pada tahap ini semua data dasar dan informasi tentang pasien dikumpulkan dan dianalisa untuk mengevaluasi keadaan pasien (Varney, 2010). Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapatan terhadap suatu situasi dan kejadian (Nursalam, 2011). Kehamilan Ganda adalah suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio atau janin sekaligus (dr. Taufan, 2017).

Pada kasus didapatkan data subjektif sebagai berikut ibu mengatakan sesak pada bagian fundus, gerakan janin lebih banyak dari kehamilan yang sebelumnya, sering BAK. Data objektif Keadaan Umum : Baik, kesadaran : *composmentis*, TTV : TD : 110/70 mmHg, S : 36°C, R : 20 x/menit, N : 80 x/menit, BB : 57 kg, PB : 156 cm. Pemeriksaan Leopold :

- a) Leopold I: TFU 32 cm, pada fundus sebelah kanan teraba lunak, lembek dan tidak melenting. Pada fundus sebelah kiri teraba keras, bulat, melenting.

- b) Leopold II: Pada bagian kiri dan kanan teraba lebar dan memberikan rintangan yang keras yang berarti punggung
- c) Leopold III: Bagian terendah janin sebelah kanan teraba bulat, keras dan melenting, sebelah kiri teraba lunak, bulat dan tidak melenting.
- d) Leopold IV: Tidak Dilakukan

Berdasarkan hal di atas penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek yang ada dilahan praktek.

2) Interpretasi Data

Data-data yang telah dikumpulkan kemudian diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan, masalah dan kebutuhan. Diagnosa kebidanan pada teori adalah Ny. C Umur 21 Tahun dengan Kehamilan Ganda. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau menyertai diagnosa dan tetap membutuhkan penanganan (Varney, 2010).

Masalah pada Ny. C yaitu ibu sering merasa sasak pada fundus. Menurut Varney (2010), kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah didapatkan dengan analisa data. Kebutuhan yang diberikan pada Ny. C dengan Kehamilan Ganda adalah informasikan ibu tentang perubahan fisiologi TM III (Kosim, 2008).

Pada kasus didapatkan diagnosa kebidanan pada Ny. C umur 21 tahun dengan Kehamilan. Masalah yang timbul adalah rasa sasak yang dirasakan ibu. Kebutuhan yang diberikan memberi pemkes tentang perubahan TM III, dan memberi dukungan kepada ibu.

Pada langkah ini penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus di lahan praktek.

3) Antisipasi diagnosa/ masalah potensial

Pada langkah ini penulis mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, pencegahan bila memungkinkan, dan bersiap-siap bila hal tersebut benar-benar terjadi.

Menurut Manuaba (2012) mengidentifikasi masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan pengumpulan data, pengamatan yang cermat dan observasi yang akurat kemudian dievaluasi apakah terdapat kondisi yang tidak normal, dan apabila tidak mendapatkan penanganan segera dapat membawa dampak yang lebih berbahaya sehingga mengancam kehidupan penderita.

Dalam mengantisipasi masalah potensial, penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah potensial yang akan terjadi yaitu Terhadap Ibu : Anemia, abortus, perdarahan pascapersalinan, hidramio. Terhadap janin: BBLR, kelainan kongenital, plasenta previa, solusio Plasenta (Prawirohardjo, 2002) adapun antisipasi masalah potensial tersebut tidak ada ditemukan pada kehamilan Ny.C.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, ada perbedaan masalah potensial antara tinjauan pustaka dengan apa yang ditemukan pada studi kasus. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus ditemukan kesenjangan karna masalah potensial yang akan terjadi pada Ny. C tidak ditemukan pada Kehamilannya.

4) Tindakan segera/ kolaborasi/ rujuk

Menemukan intervensi yang harus langsung segera dilakukan oleh bidan atau dokter. Hal ini terjadi pada penderita kegawatdaruratan, kolaborasi dan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang ahli sesuai keadaan pasien (Saifuddin, 2008). Pada kasus Ny.C pada saat pengkajian keadaan ibu dalam kategori normal ditunjukkan dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan tidak ada tindakan yang perlu segera dilakukan.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

5) Perencanaan

Menemukan intervensi yang harus langsung segera dilakukan oleh bidan atau dokter. Hal ini terjadi pada penderita kegawatdaruratan, kolaborasi dan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang ahli sesuai keadaan pasien (Varney, 2010). Pada studi kasus Ny. C pada saat pengkajian keadaan ibu dalam kategori normal ditunjukkan dari hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan tidak ada tindakan yang perlu segera dilakukan.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

6) Pelaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan secara menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima secara efisien dan aman. (Varney, 2010). Pada tahap pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang diberikan sesuai masalah yang telah dirasakan oleh Ny.C seperti masalah yang dialami oleh

ibu pada tanggal 21-Maret-2018 ibu merasakan sesak pada bagian fundus, tidak nafsu makan, sering BAK pada malam hari, dan gerakan janin dirasakan lebih banyak dari kehamilan yang sebelumnya.

Pada studi kasus rencana tindakan yang sudah dibuat pada Ny.C sudah dilaksanakan seluruhnya di Klinik Mariana binjai yaitu dengan memberikan penkes seperti: Pola Nutrisi, pola Istirahat, untuk mengatasi masalah yang ada dan hal tersebut dapat kita ketahui sesuai data objektif dan subjektif. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

7) Langkah VII : Evaluasi Asuhan Kebidanan

Menurut Varney (2010) evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen asuhan kebidanan yaitu penilaian terhadap tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan klien dengan berpedoman pada masalah dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Hasil evaluasi tanggal 21-Maret-2018 yaitu keluhan ibu sudah teratasi. Dari masalah yang ada Ny. C dan keluarga mampu menerima saran/penyuluhan yang diberikan oleh penulis/petugas dengan baik. Ibu mengerti dengan keadaannya dan mau melaksanakan hal-hal yang dianjurkan, keadaan umum ibu baik, ibu mengerti dengan keadaannya dan mau melaksanakan hal-hal yang dianjurkan. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjauan pustaka dan yang ditemukan pada studi kasus tidak ditemukan kesenjangan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus ibu hamil pada Ny.C umur 21 tahun dengan Kehamilan Ganda yang menggunakan manajemen kebidanan 7 langkah varney dapat disimpulkan yang meliputi:

- a. Pengkajian dilakukan dengan cara mengumpulkan data subjektif yaitu data yang di peroleh dari pasien dan keluarga pasien. Data objektif di peroleh dari hasil pemeriksaan pada pasien. Data subjektif yang dapat yaitu ibu mengatakan ini kehamilan yang ke-2, belum pernah keguguran, Pada tanggal 21 Maret 2018 Ibu mangatakan sering BAK pada malam hari dan sesak pada bagian fundus, tidak nafsu makan, dan gerakan janin dirasakan ibu lebih banyak dari pada kehamilan yang sebelumnya. Data objektif yang di peroleh : 110/70 mmHg P: 80X/menit, RR: 20x/menit, S: 36⁰c, hasil pemeriksaan dalam batas normal.
- b. Berdasarkan data yang di peroleh saat melakukan pengkajian dapat ditegakan diagnose kebidanan yaitu: Asuhan kebidanan pada ibu Hamil G₂,P₁, A₀ usia kehamilan 30 minggu 1 hari. Masalah yang terjadi ibu sering BAK, tidak nafsu makan, sering merasa sesak pada bagian fundus, dan gerakan janin lebih banyak dirasakan ibu dari pada kehamilan sebelumnya. Kebutuhan yang diberikan beritahu ibu dan keluarga mengenai keadaan serta penkes untuk menangani masalah yang dirasakan oleh ibu.

- c. Berdasarkan data yang diperoleh didapat beberapa masalah potensial Pada kasus Ny.C tetapi Ny.C tidak mengalami masalah potensial seperti Anemia, Hidramion.
- d. Pada kasus tindakan segera yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi tidak ada.
- e. Dalam perencanaan asuhan pada ibu adalah beritahu ibu mengenai keadaannya, pantau keadaan umum dan perkembangan kehamilan dan jelaskan tindakan yang akan di lakukan dan berikan penkes.
- f. Pada langkah pelaksanaan, tindakan yang di berikan dengan memberikan penkes untuk mengatasi masalah yang ada dan hal tersebut dapat kita ketahui sesuai data objektif dan subjektif sesuai dengan rencana yang sudah di tentukan .
- g. Evaluasi di lakukan secara sistematis untuk melihat hasil asuhan yang di berikan ibu mengatakan sudah mengerti tentang apa yang dijelaskan bidan

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan memperluas dan memperbanyak tempat dan lahan praktek bagi mahasiswa terkhusus pada perpustakaan untuk menambah referensi yang terbaru/up date, sehingga mahasiswa memiliki lebih banyak wawasan dan pengalaman yang luas dan lebih menyeimbangkan teori dan praktek yang dilakukan.

2. Bagi BPS

Diharapkan dapat mempertahankan kualitas yang diberikan di Klinik, dan memberikan asuhan kebidanan sesuai standar operasional prosedur. Khususnya pada pasien dengan Kehamilan Ganda.

3. Bagi klien

Kepada Ny.C diharapkan mampu menerapkan asuhan yang telah diberikan dan secepatnya membawa ke pelayanan kesehatan apabila terdapat keluhan serta kelainan yang dirasakan sedini mungkin, untuk mendapatkan pelayanan pengobatan. Dalam anamnesa pasien mampu mengemukakan keluhan yang dirasakannya sehingga petugas kesehatan (bidan) dapat merencanakan asuhan yang diberikan kepada klien tersebut, sehingga dapat mengatasi masalah yang mungkin terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Irmu, dkk (2012). "Karakteristik persalinan kembar". *Jurnal keperawatan dan kebidanan* , 13 (1), 2 . Diakses tanggal 10 Mei 2018
- Jannah, Nurul. 2012. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Yogyakarta: Andi
- Kosim. 2008. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : EGC
- Manuaba, dkk. 2012. *Pengantar Kuliah Obstetri*, Jakarta : EGC
- Manuaba, 2013. *Ilmu Kebidanan, Penyakit kandungan dan KB*. Jakarta : EGC
- Elisabeth dan Endang Purwoastuti. 2017. *Asuhan Kebidanan Antenatal Care*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Masyuani, Anik. 2013. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: TIM
- Mansjor, dkk. 2010. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Manuaba, dkk. 2012. *Obstetri Patologi*, Jakarta : EGC
- Nugroho, taufan. 2017. *Patologi kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Nursalam. 2011. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPS
- Prawirohardjo, S. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBPS.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Saifuddin, S. 2008. *Buku Panduan Praktik Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharjo
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Varney, H. 2012. *Ilmu Kebidanan (Varney's Midwifery Third Edition) Sekolah Publisir*. Bandung : EGC
- Wira, lidia (2017). "Kehamilan kembar" jurnal kesehatan, 2 (1), 5. Diakses tanggal 10 Mei 2018.