

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan dan persalinan bukan merupakan kondisi patologis, melainkan proses fisiologis yang terjadi secara alamiah. Namun, keadaan normal tersebut dapat berubah menjadi abnormal apabila terdapat gangguan tertentu. Oleh karena itu, dalam memberikan asuhan, tidak diperlukan intervensi yang berlebihan kecuali jika terdapat indikasi yang memerlukannya. Berdasarkan hal tersebut, pengertian kehamilan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Kehamilan adalah masa yang dimulai sejak konsepsi hingga kelahiran janin. Kehamilan biasanya berlangsung selama 280 hari atau sekitar empat puluh minggu, atau sembilan bulan tujuh hari (Situmorang, dkk., 2021; Kasmianti, dkk., 2023).
- 2) Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan pertemuan antara sel sperma dan sel ovum di tuba fallopi. Setelah terjadi konsepsi, proses dilanjutkan dengan nidasi, kemudian implantasi pada dinding rahim, tepatnya pada lapisan endometrium, yang biasanya berlangsung pada hari keenam hingga ketujuh setelah konsepsi (Rintho, 2022; Kasmianti, dkk., 2023)

- 3) Kehamilan adalah proses fisiologi normal yang dialami oleh wanita (Sari, 2023; (Ika Yulianti, dkk., 2025).
- 4) Fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum yang diikuti dengan nidasi atau implantasi disebut kehamilan, menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional. Kehamilan biasanya berlangsung selama 40 minggu, 10 bulan bulan lunar, atau 9 bulan menurut kalender internasional, jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Tarigan & Elisabet., 2020)

Berdasarkan berbagai pendapat, kehamilan dapat dianggap sebagai proses fisiologis yang normal dan alamiah. Ini dimulai dengan pertemuan sel sperma dan ovum, yang menghasilkan zigot, dan dilanjutkan dengan nidasi, atau implantasi, pada dinding rahim. Proses kehamilan berlangsung sekitar 280 hari, atau 40 minggu, dan berakhir dengan kelahiran bayi.

b. Klasifikasi Kehamilan

Menurut Fatimah dan Nuryaningsih (2017), Kehamilan diklasifikasikan dalam tiga trimester:

- 1) Trimester pertama, yang berlangsung dari konsepsi hingga tiga bulan (0-12 minggu)
- 2) Trimester kedua, yang berlangsung dari bulan keempat sampai enam bulan, atau antara 13 dan 28 minggu)
- 3) Trimester ketiga, yang terdiri dari bulan tujuh hingga sembilan bulan, atau 29 hingga 42 minggu.

c. Tanda-Tanda dan Gejala Kehamilan

1) Tanda Tidak Pasti Kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan merupakan perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita hamil dan bersifat subjektif, sehingga belum dapat digunakan sebagai dasar penegakan diagnosis kehamilan secara pasti (Yulizawati dkk., 2017). Tanda-tanda tersebut meliputi amenore, mual dan muntah, ngidam, sinkop, perubahan payudara, gangguan eliminasi, perubahan pigmentasi kulit, epulis, dan varises.

Tanda awal kehamilan yang paling umum adalah amenore, atau keterlambatan menstruasi, yang disebabkan oleh proses konsepsi dan implantasi (nidasi), yang menghentikan pematangan folikel de Graaf dan proses ovulasi. Peningkatan hormon estrogen dan progesteron, yang mempengaruhi produksi asam lambung, menyebabkan mual dan muntah, yang umumnya terjadi pada trimester pertama kehamilan.

Perubahan lain yang sering dialami ibu hamil meliputi keinginan kuat terhadap makanan tertentu (ngidam), sinkop akibat penurunan aliran darah ke otak, serta perubahan payudara berupa pembesaran dan rasa nyeri akibat pengaruh hormon kehamilan. Selain itu, pembesaran uterus dapat menekan kandung kemih, yang menyebabkan buang air kecil lebih sering, serta hormon progesteron

dapat memperlambat peristaltik usus yang mengakibatkan konstipasi.

Selain itu, perubahan warna kulit, epulis, dan varises adalah tanda kehamilan yang tidak pasti yang disebabkan oleh perubahan hormonal. Tanda-tanda ini biasanya sementara dan dapat hilang setelah persalinan.

2) Tanda Dugaan Kehamilan

Tanda dugaan kehamilan merupakan perubahan objektif yang dapat ditemukan pada pemeriksaan fisik, namun belum dapat memastikan kehamilan secara definitif. Menurut Yulizawati dkk. (2017), tanda-tanda dugaan kehamilan meliputi pembesaran uterus, perubahan pada organ reproduksi, serta hasil pemeriksaan tes biologis kehamilan.

Pembesaran rahim merupakan salah satu tanda dugaan kehamilan yang terjadi seiring dengan pertumbuhan hasil konsepsi dan umumnya sesuai dengan usia kehamilan. Perubahan ini dapat dinilai melalui pemeriksaan fisik dan palpasi abdomen.

Pada pemeriksaan dalam, beberapa tanda yang menunjukkan kehamilan dapat ditemukan, seperti tanda Hegar, yang merupakan pelunakan pada bagian isthmus uteri; tanda Chadwick, yang merupakan perubahan warna kebiruan yang disebabkan oleh peningkatan vaskularisasi pada dinding vagina dan serviks; dan

tanda Piskaseck, yang merupakan bentuk uterus yang tidak simetris karena lokasi implantasi hasil konsepsi.

Selain itu, pemeriksaan palpasi dapat menemukan kontraksi Braxton Hicks, yang merupakan kontraksi uterus yang ringan dan tidak teratur.

Adanya hormon human chorionic gonadotropin (hCG) dalam darah atau urin biasanya menyebabkan tes biologis kehamilan menunjukkan hasil positif. Meskipun demikian, hasil pemeriksaan ini masih termasuk tanda dugaan kehamilan karena pada kondisi tertentu dapat terjadi hasil positif palsu (Yulizawati dkk., 2017).

3) Tanda Pasti Kehamilan

Gerakan janin di dalam rahim; gerakan dan bagian janin yang dapat diraba dan denyut jantung janin. Bisa diperhatikan dengan ultrasonografi, dapat didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, dan alat Doppler (Yulizawati dkk., 2017).

d. Adaptasi Anatomi dan Fisiologi dalam Kehamilan

Kehamilan merupakan proses biologis yang memicu perubahan anatomi dan fisiologis akibat pengaruh hormon. Penyesuaian tubuh ini terjadi sepanjang tiga trimester dan menimbulkan gejala yang berbeda pada setiap fase. Pada trimester pertama, keluhan umum meliputi mual muntah, kelelahan, sering berkemih, perubahan emosional, dan pembesaran payudara. Trimester kedua ditandai peningkatan nafsu makan serta pembesaran perut dan payudara, sedangkan trimester

ketiga ditandai aktivitas gerak janin, penggelapan puting, kontraksi ringan, dan peningkatan suhu tubuh (Yuliani dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023). Adaptasi ini tidak hanya memengaruhi ibu tetapi juga dinamika keluarga (Dartiwen dan Nurhayati, 2019;Purnamasari dkk., 2023).

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Rahim membesar akibat hipertrofi otot, peningkatan jaringan pendukung, penambahan vaskularisasi, serta penipisan dinding rahim. Perubahan bentuk rahim mengikuti usia kehamilan, dari menyerupai alpukat hingga memanjang pada akhir gestasi. Tanda Hegar muncul pada awal kehamilan, sedangkan setelah 20 minggu dinding rahim menipis sehingga bagian janin dapat diraba (Wulandari dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

b) Serviks

Serviks menjadi lunak (tanda Goodell), memproduksi lebih banyak mukus, dan tampak kebiruan (tanda Chadwick) akibat peningkatan vaskularisasi (Putri, 2022;Purnamasari dkk.,2023).

c) Vagina dan Perineum

Terjadi hiperemia, peningkatan elastisitas, serta peningkatan sekresi vagina dengan pH asam karena aktivitas *Lactobacillus* (Wulandari dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

d) Vulva

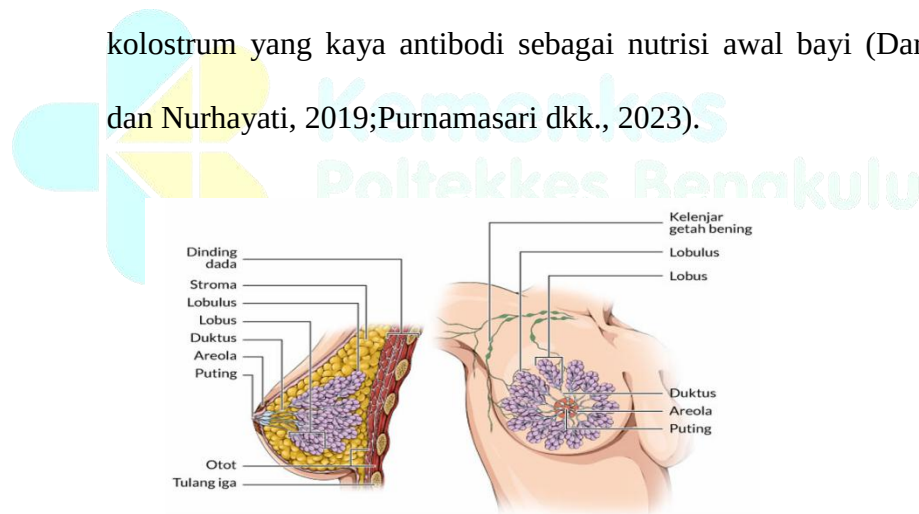
Vaskularisasi dan pigmentasi meningkat sehingga tampak lebih gelap (Fitriani dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

e) Ovarium

Ovulasi berhenti karena kadar estrogen dan progesteron meningkat, sementara korpus luteum tetap aktif hingga plasenta berfungsi optimal (Yuliani dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

2) Perubahan Sistem Payudara

Somatotropin, estrogen, dan progesteron mempengaruhi pertumbuhan payudara. Pada akhir trimester ketiga mulai terbentuk kolostrum yang kaya antibodi sebagai nutrisi awal bayi (Dartiwen dan Nurhayati, 2019;Purnamasari dkk., 2023).



Gambar 2. 1 Perubahan sistem payudara pada ibu hamil

3) Perubahan Sistem Endokrin atau Hormon

Kehamilan meningkatkan aktivitas kelenjar hormonal. Hipofisis membesar dan menghasilkan prolaktin dalam jumlah lebih tinggi. Kelenjar tiroid dan paratiroid ikut meningkat aktivitasnya untuk mengatur metabolisme serta kebutuhan kalsium janin. Kelenjar

adrenal juga mengalami perubahan dengan peningkatan kortisol dan aldosteron (Gultom & Hutabarat, 2020;Purnamasari dkk., 2023).

4) Perubahan Sistem Imun dan Sistem Urine

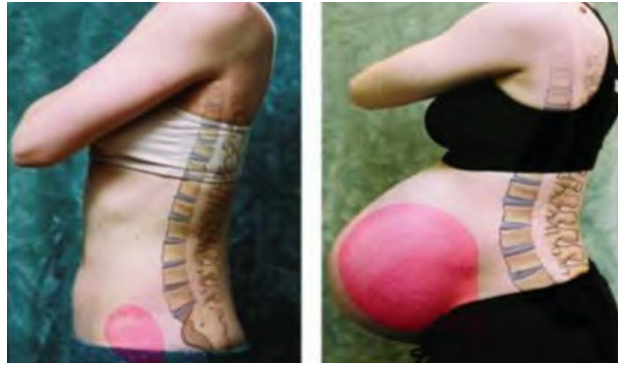
Agar janin tidak ditolak, sistem kekebalan beradaptasi dengan mengurangi respons adaptif dan meningkatkan kekebalan bawaan. Sistem urinaria mengalami peningkatan filtrasi ginjal dan frekuensi berkemih lebih tinggi. Progesteron menyebabkan relaksasi ureter sehingga meningkatkan risiko infeksi saluran kemih. Tekanan rahim pada vena cava atau kandung kemih memengaruhi pengosongan urine dan sirkulasi (Rahmatulah, 2019; Purnamasari dkk., 2023).

5) Perubahan Sistem Gastrointestinal

Progesteron menurunkan tonus otot polos sehingga memperlambat pergerakan usus, menyebabkan konstipasi dan gangguan pencernaan. Mual muntah trimester pertama terjadi akibat peningkatan estrogen dan hCG. Hemoroid dan pirosis juga sering muncul karena tekanan uterus dan refluks asam (Putri, 2022;Purnamasari dkk., 2023).

6) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Hormon relaksin dan estrogen menyebabkan pelebaran sendi panggul dan pelunakan ligamen untuk mempersiapkan persalinan. Perubahan pusat gravitasi mengakibatkan lordosis dan nyeri punggung, serta perubahan gaya berjalan (Nani, 2018;Purnamasari dkk., 2023).



Gambar 2.2 Perubahan sistem muskuloskeletal

7) Perubahan Sirkulasi Darah / Sistem Kardiovaskular

Volume darah meningkat hingga 50% menyebabkan hemodilusi. Curah jantung bertambah, sementara tekanan darah diastolik menurun di pertengahan kehamilan. Dilatasi pembuluh darah menurunkan resistensi perifer. Posisi tidur telentang dapat menimbulkan hipotensi supinasi karena tekanan pada vena cava (Wulandari dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

8) Perubahan Sistem Integumen (Kulit) dan Metabolisme

Peningkatan estrogen dan MSH memicu hiperpigmentasi, striae gravidarum, dan peningkatan produksi keringat. Metabolisme basal naik 15–20% sehingga kebutuhan nutrisi meningkat (Rahmatulah, 2019;Purnamasari dkk., 2023).

9) Perubahan Berat Badan dan Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kenaikan berat badan ideal 11–16 kg pada ibu dengan IMT normal. Kenaikan berlebih atau kurang meningkatkan risiko gangguan pada janin maupun ibu. Pemantauan rutin melalui ANC penting dilakukan (Fitriani dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

Tabel 2.1 Rekomendasi Kenaikan Berat Badan Menurut IOM 2009

Klasifikasi Berat Badan	Indeks Massa Tubuh (IMT)	Peningkatan Berat Badan yang Dianjurkan (kg)
Berat Badan Kurang (Underweight)	< 18.5	12.5-18
Normal	18.5-24.9	11.5-16
Berat Badan Lebih (Overweight)	25.0-29.9	7-11.5
Obesitas I	30-34.9	7
Obesitas II	35.0-39.9	7
Obesitas III	>40.0	7

Rekomendasi kenaikan berat badan menurut IOM 2009

10) Perubahan Sistem Pernapasan

Progesteron meningkatkan frekuensi dan kedalaman napas. Uterus yang membesar mendorong diafragma ke atas namun kompensasi pelebaran tulang iga menjaga kapasitas vital paru. Edema mukosa hidung akibat estrogen dapat menyebabkan hidung tersumbat (Yuliani dkk., 2021;Purnamasari dkk., 2023).

11) Perubahan Sistem Saraf

Progesteron memberikan efek sedatif sehingga ibu mudah lelah dan mengantuk. Tekanan cairan tubuh dapat memicu kesemutan dan kram, serta hipotensi ortostatik yang menimbulkan pusing (Rahmatulah, 2019;Purnamasari dkk., 2023).

e. Adaptasi Psikologi dalam Kehamilan

Kehamilan merupakan periode transisi yang dapat menimbulkan krisis psikologis pada wanita akibat perubahan identitas peran dan tanggung jawab. Kondisi ini sering disertai ketidakseimbangan emosional sebagai respons terhadap situasi dan fase perkembangan yang baru. Pada awal kehamilan, wanita umumnya mengalami reaksi berupa syok, penolakan, kebingungan, hingga kesulitan menerima

keadaan. Respons terhadap kehamilan bervariasi, tergantung pada makna yang diberikan oleh individu, apakah dipandang sebagai beban atau justru sebagai pengalaman yang bernilai dan bermakna (Endjun, 2009; Ernawati dkk., 2023).

Perubahan psikologis selama kehamilan dipengaruhi oleh peningkatan hormon progesteron, namun juga sangat bergantung pada kepribadian, mekanisme koping, serta kesiapan ibu dalam menerima kehamilan. Ibu yang mengharapkan kehamilan cenderung lebih mudah beradaptasi dibandingkan ibu yang merasa terbebani atau tidak menginginkan kehamilan, yang lebih berisiko mengalami tekanan psikologis, termasuk kecemasan terhadap perubahan bentuk tubuh (Pieter & Namora, 2010; Ernawati dkk., 2023).

Menurut Pieter dan Namora (2010) dalam Ernawati dkk. (2023), perubahan psikologis ibu hamil meliputi perubahan emosi yang fluktuatif, rasa lelah dan penurunan motivasi, peningkatan sensitivitas, kecemburuan, kebutuhan akan perhatian lebih, serta perasaan ambivalen yang bercampur antara bahagia dan cemas. Selain itu, ibu hamil juga dapat mengalami ketidaknyamanan psikologis berupa stres, kecemasan, insomnia, hingga depresi ringan hingga berat. Kondisi stres dan kecemasan yang berlangsung lama berpotensi berdampak negatif terhadap kehamilan, seperti meningkatkan risiko persalinan prematur dan berat badan lahir rendah.

Adaptasi psikologis ibu hamil juga berbeda pada setiap trimester. Trimester pertama merupakan fase penyesuaian, trimester kedua relatif lebih nyaman, dan trimester ketiga ditandai dengan meningkatnya kewaspadaan serta kecemasan dalam menghadapi persalinan dan peran sebagai orang tua (Varney, 2010).

f. Standar Komponen Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Pelayanan antenatal (ANC) adalah rangkaian pemeriksaan kehamilan yang dilakukan secara teratur dan terpadu untuk memastikan bahwa ibu dan janin dalam keadaan sehat, untuk mengidentifikasi gangguan yang mungkin terjadi, dan untuk mempersiapkan persalinan yang aman dan bersih. Pelayanan ANC yang baik melibatkan ibu, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan, gizi, dan siap menghadapi kemungkinan komplikasi atau rujukan.

Secara umum, ANC bertujuan untuk memberikan layanan dan konseling kesehatan, seperti gizi, deteksi dini penyakit atau masalah yang dapat menyebabkan komplikasi kehamilan, persiapan persalinan yang aman, dan memastikan bahwa ada persiapan untuk keadaan sulit. Selain itu, ANC membantu keluarga dalam menjaga kesehatan ibu dan janin mereka.

Pelayanan ANC dilaksanakan berdasarkan standar 12 T, yaitu dua belas langkah pemeriksaan dan tindakan yang harus dilakukan setiap kali kunjungan ibu hamil (Juwita dkk., 2023).

1) Timbang berat badan

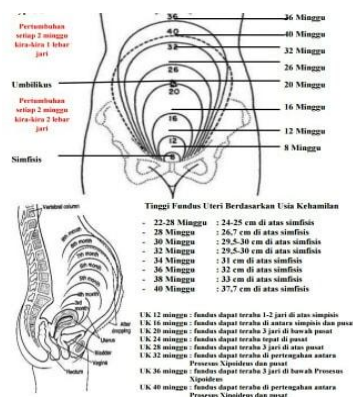
Setiap kunjungan ANC, penimbangan berat badan dilakukan untuk melacak pertambahan berat ibu. Kenaikan berat badan yang tidak normal, misalnya kurang dari sembilan kilogram selama kehamilan atau satu kilogram setiap bulan, dapat menunjukkan gangguan dalam pertumbuhan janin.

2) Ukur tekanan darah

Pada setiap kunjungan, tekanan darah diperiksa untuk mengidentifikasi hipertensi dalam kehamilan atau preeklampsia. Periksa tekanan darah yang melebihi 140/90 mmHg, terutama jika ada bengkak di wajah atau tungkai serta protein dalam urine.

3) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan sejak 24 minggu kehamilan untuk mengetahui seberapa besar pertumbuhan janin sesuai dengan umur kehamilan. Tinggi yang tidak sesuai dapat menunjukkan gangguan pertumbuhan janin.



Gambar 2. 3 Tinggi fundus uteri pada ibu hamil

4) Ukur lingkar lengan atas (LILA)

Pada kunjungan pertama, pengukuran LILA dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu dan risiko kekurangan energi kronis (KEK). LILA di bawah 23,5 cm menunjukkan bahwa ibu berpotensi melahirkan bayi dengan berat lahir rendah.

5) Ukur tinggi badan

Pada kunjungan pertama, pengukuran tinggi badan juga dilakukan untuk mengetahui kemungkinan ibu memiliki masalah persalinan jika tinggi mereka kurang dari 145 cm.

6) Tes laboratorium sederhana

Pemeriksaan ini mencakup pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb), golongan darah, protein urine, dan gula darah. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mengidentifikasi anemia, preeklampsia, dan diabetes gestasional, yang masing-masing memiliki risiko yang signifikan bagi ibu dan janin.

7) Tentukan status imunisasi tetanus toksoid (TT)

Untuk melindungi bayi baru lahir dari tetanus neonatorum, ibu hamil harus diperiksa terlebih dahulu untuk mendapatkan status imunisasi TT dan diberikan dosis sesuai kebutuhan.

8) Pemberian tablet tambah darah (Fe)

Ibu hamil perlu mengonsumsi minimal 120 tablet zat besi selama masa kehamilan untuk mencegah anemia, yang dapat menyebabkan komplikasi saat persalinan maupun setelah melahirkan.

9) Temu wicara atau konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan edukasi mengenai gizi, tanda bahaya kehamilan, perencanaan persalinan, pemberian ASI eksklusif, serta perawatan bayi baru lahir. Konseling ini juga mendorong keterlibatan suami dan keluarga.

10) Tatalaksana keluhan yang ada

Setiap keluhan yang disampaikan ibu, seperti mual berlebihan, nyeri kepala, perdarahan, bengkak, atau keluhan lain, harus ditangani secara tepat oleh tenaga kesehatan sesuai penyebabnya.

11) Tentukan presentasi dan denyut jantung janin (DJJ)

Mulai akhir trimester kedua, pemeriksaan dilakukan. Tanda-tanda gawat janin dapat termasuk denyut jantung yang terlalu lambat atau terlalu cepat, tetapi denyut jantung normal janin adalah 120-160 kali per menit.

12) Tentukan jadwal temu kembali

Setiap kali pemeriksaan, ibu diberikan jadwal kunjungan ANC berikutnya. Minimal dilakukan enam kali selama masa kehamilan, yaitu satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga.

g. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Sesuai dengan Tahap Perkembangan

Selama kehamilan, ibu mengalami perubahan fisiologis yang menuntut pemenuhan kebutuhan dasar secara optimal guna menunjang kesehatan ibu dan pertumbuhan janin. Kebutuhan oksigen meningkat

sekitar 15–20% seiring bertambahnya usia kehamilan akibat peningkatan kebutuhan metabolik ibu dan janin serta perubahan sistem pernapasan. Kebutuhan nutrisi juga meningkat, dengan asupan energi harian sekitar 2.200–2.300 kkal, kebutuhan cairan 1.500–2.000 ml, dan kenaikan berat badan ideal 12–15 kg. Pemenuhan zat gizi makro dan mikro, seperti protein, kalsium, seng, yodium, dan zat besi, sangat penting untuk mencegah anemia dan mendukung tumbuh kembang janin. Selain itu, ibu hamil perlu menjaga kebersihan diri dan memilih pakaian yang longgar serta nyaman guna mencegah infeksi dan meningkatkan kenyamanan (Herliani dkk., 2024).

Perubahan dalam eliminasi, seperti peningkatan frekuensi buang air kecil dan kecenderungan konstipasi, memerlukan perubahan dalam pola makan, hidrasi, dan aktivitas fisik. Untuk tetap sehat dan siap persalinan, ibu harus mendapatkan jumlah tidur dan istirahat yang cukup, berpartisipasi dalam aktivitas seksual yang aman, dan bersenam sesuai usia kehamilan. Pemberian imunisasi tetanus toksoid, pemantauan kondisi janin melalui pemeriksaan antenatal, serta persiapan persalinan yang mencakup tempat, tenaga kesehatan, pendamping, pembiayaan, dan rencana rujukan merupakan bagian penting dalam pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil untuk menjamin kehamilan dan persalinan yang aman (Herliani dkk., 2024).

h. Ketidaknyamanan yang Terjadi pada Masa Kehamilan

Karena perubahan hormonal dan pertumbuhan uterus yang berlangsung secara bertahap selama kehamilan, ibu hamil mengalami berbagai ketidaknyamanan fisiologis. Selama trimester pertama, gejala yang paling umum adalah mual dan muntah, buang air kecil yang sering, kelelahan, pusing, nyeri pada payudara, perubahan selera makan, dan perubahan suasana hati. Adaptasi awal tubuh terhadap kehamilan dan perubahan hormon menyebabkan ketidaknyamanan ini, yang dapat dikurangi dengan mengatur pola makan, istirahat yang cukup, aktivitas ringan, dan tetap sehat dan nyaman (Fitriani, 2023; Efriani dkk., 2024).

Selama trimester kedua dan ketiga kehamilan, pembesaran uterus dan perubahan postur tubuh menyebabkan ketidaknyamanan yang lebih besar. Ibu hamil dapat mengalami edema ekstremitas bawah, nyeri punggung dan ligamen, konstipasi, varises, kram kaki, sesak napas ringan, insomnia, kontraksi Braxton Hicks, hingga ketidaknyamanan pada perut dan panggul. Penatalaksanaan difokuskan pada pengaturan posisi tubuh, peningkatan asupan cairan dan serat, peregangan otot, istirahat yang adekuat, relaksasi, serta menghindari aktivitas berat guna menjaga kenyamanan dan kesehatan ibu hingga menjelang persalinan (Fitriani, 2023; Efriani dkk., 2024).

i. Deteksi Dini dan Penyulit yang Terjadi pada Masa Kehamilan

1) Hipertensi dalam Kehamilan

Ketika tekanan darah ibu mencapai dua kali lipat 140/90 mmHg atau lebih, itu disebut hipertensi kehamilan. Menurut Ministry of Health (2024), penyakit trofoblas, hidramnion, diabetes melitus, gangguan vaskuler plasenta, obesitas sebelum hamil, dan preeklampsia adalah potensi risiko (Kemenkes RI, 2013;Khodijah dkk., 2024).

Jenis hipertensi kehamilan meliputi hipertensi kronis, hipertensi gestasional, preeklampsia/eklampsia, dan superimposed preeklampsia (Robert, 2013;Khodijah dkk., 2024).

Penatalaksanaan meliputi pemantauan tekanan darah, pemeriksaan proteinuria, evaluasi gejala berat, istirahat, pemantauan janin, terapi obat, hingga persiapan persalinan. Bila kondisi tidak terkendali, rujukan ke SpOG dianjurkan (Kemenkes, 2013;Khodijah dkk., 2024).

2) Diabetes dalam Kehamilan

Diabetes pada kehamilan dibagi menjadi GDM (Gestational Diabetes Mellitus) dan PGDM (Pre-Gestational Diabetes Mellitus). Deteksi dilakukan dengan pemeriksaan gula darah postprandial, serta pemeriksaan lanjutan pada periode postpartum. Penanganan awal mencakup modifikasi diet, aktivitas fisik, serta pemantauan gula

darah. Bila tidak terkontrol, terapi farmakologis seperti insulin atau obat oral (misalnya metformin) dapat diberikan.

3) Anemia dalam Kehamilan

Anemia dideteksi melalui pemeriksaan hemoglobin. Adanya Hb di bawah 11 g/dL menunjukkan anemia. Kebanyakan penyebabnya adalah kekurangan zat besi dan asam folat. Penanganan dilakukan dengan pemberian suplementasi yang direkomendasikan tenaga medis.

4) Perdarahan dalam Kehamilan

Perdarahan dapat disebabkan oleh aborsi, plasenta previa, abrupsi plasenta, atau kehamilan ektopik. Deteksi dini dilakukan melalui pemantauan gejala dan pemeriksaan fisik. Kolaborasi rujukan diperlukan, terutama bila kondisi mengarah pada kegawatdaruratan obstetri.

5) Mual Muntah pada Kehamilan (Hiperemesis Gravidarum)

Mual muntah berlebihan yang disebut hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit. Penyebabnya antara lain kadar HCG tinggi, kecemasan, serta faktor genetik. Terapi mencakup obat antiemetik, vitamin, cairan infus, hingga pemasangan selang makan pada kasus berat.

6) Kehamilan Kembar

Kehamilan gemeli berisiko tinggi dan perlu dipantau secara ketat, terutama jika berat janin < 2500 gram atau terdapat faktor lain yang meningkatkan risiko komplikasi.

7) Malposisi, Malpresentasi, dan CPD

Deteksi dilakukan melalui pemeriksaan fisik dan USG. Malpresentasi dapat menimbulkan komplikasi persalinan dan perlu rujukan bila risiko meningkat.

8) Preterm dan Postterm

Kehamilan kurang bulan (preterm) meningkatkan risiko ketidakmatangan paru, sedangkan postterm dapat menyebabkan menurunnya fungsi plasenta. Deteksi dilakukan melalui skrining risiko pada kunjungan antenatal (Khodijah dkk., 2024).

2. Diabetes Gestasional

a. Pengertian

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) , juga dikenal sebagai diabetes melitus gestasional, adalah kondisi intoleransi glukosa yang didiagnosis selama kehamilan dan biasanya muncul pada trimester kedua atau ketiga. Kondisi ini terjadi karena hiperglikemia, peningkatan kadar glukosa darah yang terjadi selama kehamilan, yang tidak dimiliki oleh ibu sebelumnya yang menderita diabetes (Yuni dkk., 2024).

Fajarini dkk (2024), menyatakan bahwa GDM didefinisikan sebagai hiperglikemia yang pertama kali terjadi selama masa

kehamilan. Definisi ini tidak membedakan apakah pasien memerlukan terapi insulin atau tidak. Definisi ini sejalan dengan pandangan Langi dkk (2021) yang menyatakan bahwa intoleransi karbohidrat dalam berbagai tingkatan yang terjadi atau diketahui pertama kali selama kehamilan termasuk dalam kategori diabetes melitus gestasional.

Selanjutnya, Yolanda dkk (2021) menjelaskan bahwa diabetes gestasional merupakan jenis diabetes yang umum dialami pada masa kehamilan, biasanya muncul pada usia kehamilan 24-28 minggu, sebagai akibat dari meningkatnya kadar gula darah.

Wei dkk (2021) menambahkan bahwa GDM merupakan salah satu bentuk hiperglikemia akibat pasokan insulin yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam mengatur kadar glukosa darah normal (Buchanan, 2005).

Studi tahun 2020 tentang Perawatan Diabetes Melitus Gestasional (Kehamilan) menemukan bahwa diabetes melitus sekarang menyerang tidak hanya orang tua, tetapi juga orang produktif, termasuk ibu hamil. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormonal, khususnya hormon insulin, yang membuat tubuh ibu menjadi kurang responsif terhadap insulin, yang mengakibatkan peningkatan kadar gula darah.

Menurut Prawirohardjo (2018:851), diabetes melitus gestasional adalah kondisi di mana intoleransi glukosa muncul atau muncul pertama kali selama kehamilan. Pendapat ini diperkuat oleh Sugianto (2016:34) yang menjelaskan bahwa kondisi tersebut disebabkan oleh

perubahan metabolisme dan hormonal yang bersifat diabetogenik selama kehamilan.

Selain itu, Ningsih dkk (2019) menemukan bahwa GDM adalah diabetes yang hanya terjadi selama kehamilan, meskipun ibu tidak memiliki diabetes sebelumnya. Selain itu, Setiawati (2020:134) mendefinisikan GDM sebagai gangguan toleransi glukosa pada masa kehamilan yang pertama kali dikenal sebagai GDM, tanpa memperhatikan apakah ibu memerlukan terapi insulin atau tidak.

b. Patofisiologi

Plasenta menghasilkan hormon seperti human placental lactogen (HPL), estrogen, progesteron, kortisol, dan prolaktin pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Hormon-hormon ini mengurangi sensitivitas sel terhadap insulin, yang menyebabkan resistensi insulin maternal. Untuk menjaga kadar glukosa tetap normal, pankreas ibu seharusnya meningkatkan produksi insulin, namun pada sebagian ibu dengan faktor risiko tertentu, produksi insulin tidak memadai sehingga terjadi hiperglikemia. Glukosa berlebih melewati plasenta dan meningkatkan kadar glukosa janin, merangsang pankreas janin menghasilkan insulin secara berlebihan (hiperinsulinemia janin). Kondisi ini dapat memicu pertumbuhan jaringan berlebih, terutama lemak, sehingga meningkatkan risiko makrosomia, dan setelah lahir menyebabkan hipoglikemia neonatal akibat suplai glukosa dari ibu berhenti sementara kadar insulin bayi masih tinggi.

c. Tanda dan Gejala

Diabetes mellitus gestasional (DMG) pada ibu hamil sering sulit dikenali karena gejalanya mirip dengan perubahan fisiologis normal kehamilan. Akibat resistensi insulin dan ketidakmampuan sel tubuh untuk memanfaatkan glukosa secara optimal, gejala utama meliputi poliuria (sering buang air kecil, terutama pada malam hari), polidipsia (rasa haus berlebihan), dan polifagia (rasa lapar meskipun asupan makanan cukup). Selain itu, ibu dapat mengalami kelelahan, gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, serta glikosuria (adanya glukosa dalam urine) yang menunjukkan kadar gula darah tidak terkendali (Yolanda dkk., 2021; Bakara dan Kurniyati., 2020).

Beberapa gejala tambahan dapat muncul sebagai akibat komplikasi dari hiperglikemia, antara lain pruritus vulva, penurunan berat badan, kesemutan pada kaki dan tangan, luka yang sulit sembuh, infeksi berulang pada area genital, dan gangguan hubungan seksual. Metabolisme tubuh dipengaruhi oleh peningkatan kadar gula darah yang tidak terkontrol, yang juga meningkatkan risiko komplikasi bagi ibu dan janin. Oleh karena itu, untuk menghindari dampak negatif terhadap kesehatan ibu dan janin, pemantauan glukosa darah secara teratur dan deteksi dini gejala diabetes melitus (DMG) sangat penting (Ningsih dkk., 2019; Bakara dan Kurniyati., 2020).

d. Penyebab/Faktor Risiko

Peningkatan kadar glukosa darah selama kehamilan yang disebabkan oleh gangguan toleransi glukosa disebut diabetes melitus gestasional (GDM). Penyebab utama GDM adalah resistensi insulin, yaitu penurunan sensitivitas tubuh terhadap insulin serta gangguan fungsi sel pankreas selama kehamilan. Hormon-hormon plasenta seperti human placental lactogen dapat menghambat kerja insulin, yang menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah dan memicu GDM (Bakara dan Kurniyati, 2020).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat faktor risiko tertentu yang membuat wanita hamil lebih rentan mengalami GDM, antara lain:

1) Obesitas dan berat badan berlebih

Salah satu faktor risiko yang paling umum adalah obesitas, terutama mereka yang memiliki indeks massa tubuh (IMT) lebih dari 30 kg/m² sebelum kehamilan (Wei dkk., 2021; Ningsih dkk., 2019). Kelebihan lemak tubuh dapat meningkatkan kadar kolesterol dan trigliserida, yang selanjutnya menghambat kerja insulin.

2) Riwayat keluarga atau pribadi terkait diabetes

Wanita yang memiliki diabetes dalam keluarga mereka atau yang pernah mengalami diabetes gestasional (GDM) lebih rentan (Yolanda dkk., 2021; Bakara dan Kurniyati, 2020).

3) Usia ibu hamil

Risiko GDM meningkat seiring bertambahnya usia. Wanita berusia ≥ 30 –35 tahun lebih rentan karena kemampuan tubuh memproduksi insulin cenderung menurun (Yolanda dkk., 2021; Bakara dan Kurniyati, 2020).

4) Riwayat obstetri tertentu

Pernah melahirkan bayi dengan berat lahir lebih dari empat kilogram adalah salah satu faktor risiko (makrosomia), bayi lahir mati (*stillbirth*), abortus berulang, atau bayi dengan cacat bawaan (Yuni dkk., 2024).

5) Kondisi medis lain

Kondisi seperti sindrom ovarium polikistik (PCOS), hipertensi, atau penyakit jantung dapat meningkatkan risiko GDM.

6) Pola hidup dan faktor etnis

Gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok dan kenaikan berat badan berlebihan selama kehamilan, serta ras tertentu, seperti Asia-Amerika, Hispanik, kepulauan Pasifik, dan Afrika-Amerika, dikaitkan dengan risiko yang lebih besar.

Secara ringkas, GDM muncul akibat kombinasi faktor biologis, genetik, usia, kondisi kesehatan, dan gaya hidup. Identifikasi faktor risiko sejak awal kehamilan sangat penting untuk pencegahan dan pengelolaan GDM, sehingga komplikasi bagi ibu dan bayi dapat diminimalkan.

e. Klasifikasi

Dalam praktik kebidanan, dikenal dua istilah utama untuk membedakan kondisi diabetes pada masa kehamilan.

Pertama adalah Gestational Diabetes Mellitus (GDM) atau diabetes melitus gestasional. GDM merupakan kondisi hiperglikemia yang baru muncul atau terdiagnosis saat ibu sedang hamil, sedangkan sebelum kehamilan ibu tidak memiliki riwayat diabetes. Artinya, kadar gula darah ibu sebelumnya normal, tetapi perubahan metabolik selama kehamilan seperti peningkatan resistensi insulin akibat hormon kehamilan menyebabkan kadar glukosa meningkat hingga mencapai kategori diabetes. Kondisi ini biasanya muncul pada trimester kedua atau awal trimester ketiga ketika kebutuhan insulin ibu meningkat tajam (Mufdlillah dkk., 2024).

Kedua adalah PreGestational Diabetes Mellitus (PGDM). PGDM menggambarkan keadaan di mana ibu hamil sudah memiliki diabetes sebelum terjadi kehamilan, baik berupa diabetes melitus tipe 1, yang dicirikan oleh kerusakan sel pankreas sehingga tidak dapat memproduksi insulin, dan diabetes melitus tipe 2, yang dicirikan oleh resistensi insulin dan disfungsi sel. Pada ibu dengan PGDM, kehamilan berlangsung dalam kondisi metabolik yang sudah terganggu sejak awal, sehingga risiko komplikasi bagi ibu dan janin cenderung lebih tinggi dibandingkan GDM (Mufdlillah dkk., 2024).

Dengan demikian, perbedaan utama antara GDM dan PGDM terletak pada waktu terjadinya diabetes. GDM muncul pertama kali selama kehamilan, sedangkan PGDM sudah ada sebelum kehamilan dan berlanjut selama masa kehamilan.

f. Komplikasi/Masalah

Ibu yang menderita diabetes gestasional dapat mengalami berbagai komplikasi, seperti persalinan yang tidak lancar, preeklampsia atau eklampsia, serta peningkatan risiko terkena diabetes melitus tipe 2 dalam lima hingga sepuluh tahun setelah melahirkan. Namun, pada janin, kondisi ini dapat menyebabkan kelahiran prematur, hipoglikemia, makrosomia (bayi dengan berat badan berlebih), dan risiko obesitas dan diabetes tipe 2 saat dewasa (Yolanda dkk., 2021).

Menurut Yuni dkk (2024), komplikasi pada ibu dapat meliputi peningkatan risiko diabetes setelah persalinan, gangguan selama proses persalinan, serta kemungkinan timbulnya preeklampsia, pielonefritis, dan hipertensi. Sedangkan pada bayi, diabetes gestasional dapat mengakibatkan kelainan kongenital akibat kontrol gula darah yang buruk, makrosomia, persalinan dengan tindakan caesar, polihidramnion, gangguan metabolik, sindrom gangguan pernapasan, serta risiko obesitas di masa mendatang.

Komplikasi diabetes gestasional pada ibu meliputi preeklampsia/eklampsia, persalinan sulit, operasi sesar, kemungkinan terjadinya diabetes gestasional kembali pada kehamilan berikutnya,

serta peningkatan kemungkinan terkena diabetes melitus tipe 2. Hipoglikemia neonatal, hiperbilirubinemia, makrosomia, distosia bahu, obesitas, hipertensi, dan kebutuhan perawatan intensif setelah kelahiran dapat muncul (Langi dkk., 2021).

g. Penatalaksanaan

1) Pemeriksaan (screening)

Skrining diabetes melitus gestasional (DMG) dilakukan sedini mungkin untuk menemukan gangguan toleransi glukosa sebelum gejala biasa seperti polidipsi, poliuria, dan kelelahan muncul. Deteksi dini memungkinkan tenaga kesehatan segera melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian sehingga risiko komplikasi pada ibu dan janin dapat diminimalkan (Bakara & Kurniyati., 2020).

Populasi sasaran utama skrining meliputi ibu hamil dengan faktor risiko tertentu. Faktor risiko yang sering dikemukakan mencakup indeks massa tubuh pra-hamil $\geq 27 \text{ kg/m}^2$, riwayat DMG pada kehamilan sebelumnya, riwayat keluarga diabetes, riwayat melahirkan bayi makrosomia ($>4 \text{ kg}$), riwayat IUFD atau kelainan bawaan, hipertensi dalam kehamilan, polihidramnion, serta penggunaan kortikosteroid jangka panjang (Bakara & Kurniyati., 2020). Dalam praktik antenatal care (ANC), penilaian risiko ini dilakukan berulang pada setiap kunjungan, dan pemeriksaan OGTT

direkomendasikan bila ibu memenuhi kriteria risiko tersebut (Bakara & Kurniyati., 2020).

Tes toleransi glukosa oral (OGTT) 75 gram disarankan untuk mengidentifikasi DMG pada usia kehamilan 24-28 minggu, saat resistensi insulin kehamilan meningkat sehingga sensitivitas OGTT berada pada tingkat optimal (Bakara & Kurniyati., 2020). Prosedur persiapannya meliputi konsumsi makan normal selama tiga hari sebelum tes, puasa 8-12 jam (umumnya 12 jam), kemudian meminum larutan 75 g glukosa dalam waktu 10-15 menit, diikuti anjuran untuk beristirahat selama pemeriksaan (Bakara & Kurniyati., 2020).

Pada ibu hamil dengan risiko tinggi seperti $IMT \geq 30 \text{ kg/m}^2$, usia > 40 tahun, adanya glukosuria, riwayat melahirkan bayi $\geq 4,5$ kg, atau PCOS, pemeriksaan dapat dilakukan lebih awal, termasuk pada kunjungan ANC pertama (Bakara & Kurniyati., 2020). Selain itu, panduan American Diabetes Association menekankan pentingnya deteksi diabetes tipe 2 pada kunjungan prenatal awal untuk menyingkirkan diabetes preeksisting, serta merekomendasikan skrining ulang pada 6–12 minggu setelah persalinan untuk menilai resolusi hiperglikemia (ADA, 2015; Bakara & Kurniyati., 2020).

2) Prinsip umum penatalaksanaan DMG

Penatalaksanaan diabetes melitus gestasional (DMG) merupakan rangkaian intervensi yang harus dijalankan secara

terencana, terukur, dan berkesinambungan. Pada tingkat layanan primer seperti Puskesmas dan Posyandu, sebagian besar pengelolaan awal dapat dilakukan melalui pendekatan non-farmakologis, meliputi terapi nutrisi, aktivitas fisik, pemantauan mandiri glukosa darah, serta pengendalian kenaikan berat badan selama kehamilan (Langi dkk, 2021; Bakara & Kurniyati., 2020).

Untuk memastikan bahwa terapi farmakologis, seperti insulin atau metformin, aman dan efektif, biasanya diperlukan konsultasi atau rujukan ke dokter penyakit dalam atau endokrin (Langi dkk., 2021; Bakara & Kurniyati., 2020). Prinsip mendasar dalam penatalaksanaan adalah bahwa setiap komponen pengelolaan harus memiliki target klinis yang jelas dan dinilai secara berkala untuk memastikan efektivitasnya (Langi dkk., 2021).

Terapi nutrisi medis (TNM), latihan fisik terstruktur, pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM), pengendalian kenaikan berat badan sesuai rekomendasi, dan terapi farmakologis jika intervensi non-farmakologis tidak mencapai sasaran glukosa darah. Kerangka pengelolaan ini sejalan dengan pedoman nasional, seperti Perkeni 2021 yang disusun oleh Langi dan kolega, serta konsisten dengan pedoman internasional mengenai tata laksana DMG (Langi dkk., 2021).

3) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Tujuan terapi nutrisi medis (TNM) untuk diabetes melitus gestasional adalah tiga sasaran utama sekaligus: memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan janin, mempertahankan kontrol glikemik di bawah batas target, dan mencegah ketosis atau kenaikan berat badan (Bakara & Kurniyati., 2020). Penyusunan diet harus bersifat individual, mempertimbangkan kondisi klinis ibu, preferensi makanan, serta kebutuhan energinya sehari-hari (Bakara & Kurniyati., 2020). Pedoman yang disampaikan Langi dkk, (2021) memberikan rincian lebih terstandar terkait kebutuhan makronutrien dan dasar pembagian energi sehari-hari berdasarkan bukti ilmiah (Langi dkk., 2021).

Rekomendasi makronutrien mencakup minimal 175 g karbohidrat per hari (setara ± 700 kkal), dengan penekanan pada konsumsi karbohidrat kompleks dan rendah indeks glikemik untuk menjaga kestabilan glukosa darah (Langi dkk., 2021). Asupan protein dianjurkan minimal 71 g per hari (± 300 kkal), sedangkan kebutuhan lemak minimal 56 g per hari (± 500 kkal) dengan pembatasan konsumsi lemak jenuh serta preferensi lemak tidak jenuh dari sumber nabati atau ikan (Langi dkk., 2021). Serat pangan direkomendasikan minimal 28 g per hari untuk mendukung kontrol glikemik dan memberikan efek kenyang lebih lama (Langi dkk., 2021).

Secara praktis, proporsi karbohidrat tidak dianjurkan melebihi sekitar 50% dari total energi harian guna menghindari lonjakan glukosa postprandial (Langi dkk., 2021). Untuk mengurangi risiko ketosis pada malam hari dan mencegah hiperglikemia postprandial, pola makan yang disarankan adalah porsi kecil namun sering, dengan tiga kali makan utama dan dua hingga tiga camilan (Bakara & Kurniyati., 2020;Langi dkk., 2021). Apabila kadar glukosa darah tetap tinggi pada total kalori yang telah sesuai, frekuensi makan dapat ditingkatkan menjadi empat hingga enam kali sehari dengan pengurangan ukuran porsi (Langi dkk., 2021).

Menurut perhitungan Langi dkk (2021) dari pedoman nutrisi Jepang, kebutuhan energi harian adalah 25–30 kkal per kilogram berat badan, ditambah 50 kkal selama trimester pertama, 250 kkal selama trimester kedua, dan 450 kkal selama trimester ketiga (Langi dkk., 2021). Pedoman Institute of Medicine (IOM) 2009 untuk kenaikan berat badan dapat disesuaikan dengan demografi Asia jika diperlukan, tetapi penentuan kalori harus disesuaikan dengan indeks massa tubuh pra-hamil (Langi dkk., 2021).

Suplementasi nutrisi dipertimbangkan apabila terdapat indikasi khusus atau defisiensi yang relevan, misalnya vitamin D untuk perbaikan status kalsium dan potensi peningkatan sensitivitas insulin; sedangkan vitamin C, vitamin E, dan selenium terkait

dengan bukti penurunan risiko preeklamsia dalam beberapa kajian (Langi dkk., 2021). Selain itu, asam lemak omega-3 dapat diberikan bila kebutuhan nutrisi ibu menunjukkan manfaat pada kondisi tertentu (Langi dkk., 2021). Pemberian suplemen tidak dianjurkan dilakukan secara rutin tanpa indikasi yang jelas untuk menghindari konsumsi berlebihan yang tidak memberikan manfaat klinis (Langi dkk., 2021).

Tabel 2.2 Contoh Diet Wanita Hamil dengan DM

Menu Makanan	Diet 1700 kkal	Diet 1900 kkal	Diet 2100 kkal
Jumlah porsi			
MAKAN PAGI			
Nasi	100 g	100 g	100 g
Semur putih telur ayam dan tahu	60 g	100 g	100 g
Berbagai sayur lalapan	100 g	100 g	100 g
Buah melon	100 g	100 g	100 g
SNACK PAGI			
Agar-agar buah stroberi / buah campur lainnya, dengan pemanis sukralosa	100 g	100 g	100 g
MAKAN SIANG			
Nasi	170 g	170 g	170 g
Pepes ayam	100 g	100 g	100 g
Sup kacang merah	25 g	50 g	100 g
Gado-gado sayuran	100 g	100 g	100 g
Bumbu kacang (sangrai)	20 g	20 g	20 g
Pepaya	100 g	100 g	100 g
SNACK SORE			
Bubur kacang hijau dengan pemanis sukralosa	50 g	50 g	75 g
Santan encer	10 g	10 g	10 g
Buah jeruk	100 g	100 g	100 g
MAKAN MALAM			
Nasi	125 g	125 g	125 g
Ikan bakar	100 g	100 g	100 g
Sayur asem / tumis sayuran	100 g	100 g	100 g
Buah alpukat	50 g	50 g	50 g
SNACK MALAM			
Buah melon*	190 g	190 g	190 g
TOTAL			
Energi	1695 kkal	1880 kkal	2060 kkal
Karbohidrat	230 g (51%)	250 g (50%)	282 g (51%)
Protein	90 g (20%)	107 g (21%)	119 g (22%)
Lemak	60 g (28%)	63 g (27%)	64 g (25%)
Serat	34 g	38 g	43 g

4) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik yang dilakukan dengan cara yang terorganisir berperan penting dalam meningkatkan pemanfaatan glukosa oleh jaringan otot, menurunkan resistensi insulin, serta membantu mengontrol kenaikan berat badan selama kehamilan (Bakara & Kurniyati., 2020). Anjuran yang dikemukakan Bakara & Kurniyati (2020) meliputi aktivitas ringan hingga sedang, seperti berjalan

cepat, bersepeda, atau berenang selama 30-40 menit setiap hari, sedangkan Langi dkk (2021) menegaskan bahwa sasaran minimal latihan fisik adalah 150 menit setiap minggu dengan tingkat kesulitan sedang yang dibagi dalam 3-5 sesi latihan. Kombinasi latihan aerobik dan latihan ketahanan ringan dianggap memberikan manfaat yang lebih optimal pada pengendalian glikemik dan kebugaran maternal (Langi dkk., 2021).

Latihan fisik dapat dimulai sejak usia kehamilan sekitar 12 minggu dan dilanjutkan hingga 38-39 minggu pada ibu hamil yang tidak memiliki kontraindikasi medis (Langi dkk., 2021). Kontraindikasi absolut maupun kondisi yang mengharuskan penghentian latihan mencakup gangguan hemodinamik berat, penyakit jantung atau paru signifikan, inkompetensi serviks, perdarahan aktif, serta berbagai tanda bahaya kehamilan lainnya.

Latihan tidak boleh menimbulkan keluhan seperti nyeri, kontraksi rahim, atau sesak napas, dan harus segera dihentikan bila gejala tersebut muncul (Langi dkk., 2021).

5) Target kendali glukosa darah & pemantauan mandiri (PGDM)

Tujuan pengendalian glikemik pada diabetes melitus gestasional menurut pedoman Perkeni yang diadopsi oleh Langi dkk (2021) adalah mencapai kadar glukosa yang aman bagi ibu dan janin, yaitu glukosa puasa <95 mg/dL, glukosa 1 jam postprandial <140 mg/dL, dan glukosa 2 jam postprandial <120 mg/dL (Langi dkk.,

2021). Target ini harus dicapai tanpa menimbulkan hipoglikemia berulang, dan jika kejadian hipoglikemia meningkat, sasaran glikemik perlu dinaikkan untuk menjaga keselamatan ibu (Langi dkk., 2021).

Frekuensi pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) disesuaikan dengan bentuk terapi yang diberikan. pada ibu hamil yang menerima terapi nutrisi medis (TNM) yang mengandung metformin atau tidak, pemeriksaan glukosa puasa serta glukosa 1-2 jam postprandial dianjurkan dilakukan minimal dua kali per minggu atau berdasarkan evaluasi klinis (Langi dkk., 2021). Sementara itu, pasien yang menggunakan insulin secara intensif memerlukan frekuensi pemantauan yang lebih sering, ditentukan sesuai kondisi klinis individual untuk memastikan stabilitas glikemik dan keamanan terapi (Langi dkk., 2021).

6) Pengendalian kenaikan berat badan ibu

obesitas ibu hamil dan berat badan bertambah selama kehamilan berhubungan dengan peningkatan risiko preeklamsia, diabetes melitus gestasional, operasi sesar, serta predisposisi obesitas pada anak di kemudian hari (Langi dkk., 2021). Mengingat terbatasnya data populasi Indonesia mengenai kenaikan berat badan ideal selama kehamilan, Langi dkk (2021) merekomendasikan penggunaan acuan Institute of Medicine (IOM) 2009 yang telah disesuaikan dengan

kategori indeks massa tubuh (IMT) populasi Asia untuk menetapkan target kenaikan berat badan yang aman.

Tabel 2.3 Rekomendasi Peningkatan BB Ibu Hamil

IMT Prahamil	Kenaikkan BB/minggu pada Trimester 2 dan 3 Rata-rata (kg)	Rentang Total Kenaikkan BB Selama Kehamilan (kg)
BB kurang ($<18,5 \text{ kg/m}^2$)	0,51 (0,44–0,58)	12,5–18
BB normal ($18,5\text{--}22,9 \text{ kg/m}^2$)	0,42 (0,35–0,50)	11,5–16
BB lebih ($23,0\text{--}24,9 \text{ kg/m}^2$)	0,28 (0,23–0,33)	7–11,5
Obesitas ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$)	0,22 (0,17–0,27)	5–9

BB: berat badan, IMT: indeks massa tubuh

Modifikasi dari Rasmussen KM dkk., 2009⁴⁹

7) Terapi farmakologis

Terapi farmakologis harus segera dipertimbangkan jika kadar glukosa darah tetap di atas target setelah dua hingga empat minggu intervensi non-farmakologis yang mencakup terapi nutrisi medis (TNM) dan aktivitas fisik (Langi dkk., 2021).

Insulin tetap menjadi pilihan lini pertama dalam pengelolaan diabetes melitus gestasional karena tidak menembus plasenta dalam bentuk aktif dan dapat disesuaikan untuk mengontrol glukosa basal maupun prandial (Langi dkk., 2021). Awal pemberian insulin, titrasi, dan pemantauan harus dilakukan oleh dokter endokrin atau penyakit dalam, atau dokter obstetri yang berpengalaman (Langi dkk., 2021). Secara umum, untuk pasien diabetes, kombinasi insulin basal (misalnya, NPH atau detemir) dan insulin prandial (baik reguler maupun analog cepat, seperti aspart atau lispro) digunakan (Langi dkk., 2021).

Apabila TNM dan latihan fisik tidak mencapai target glikemik, terutama di trimester ketiga, metformin dapat menjadi alternatif. Metformin dapat menembus plasenta, jadi ibu hamil harus diberitahu (Langi dkk., 2021). Dosis awal biasanya 500 mg (1-2 tablet) setiap hari, kemudian dititrasi setiap ± 10 hari hingga dosis maksimal sekitar 2000 mg setiap hari sambil memantau kontrol glikemik (Langi dkk., 2021). Penting untuk diingat bahwa sekitar tiga puluh hingga empat puluh persen pasien yang memulai terapi metformin akhirnya memerlukan insulin tambahan untuk mencapai kontrol glikemik yang baik (Langi dkk., 2021).

Penggunaan obat antidiabetik oral lain selama kehamilan masih belum direkomendasikan karena keterbatasan data keamanan (Langi dkk., 2021). Inisiasi dan penyesuaian dosis farmakoterapi harus selalu dikoordinasikan dengan dokter spesialis endokrin atau penyakit dalam, namun setelah regimen insulin stabil tanpa hipoglikemia berulang, pemantauan lanjutan dapat dilaksanakan di fasilitas primer oleh tenaga kesehatan yang terlatih (Langi dkk., 2021).

8) Pengawasan janin dan manajemen persalinan

Ibu hamil yang memiliki diabetes melitus gestasional yang tidak terkontrol atau riwayat penyakit lain harus lebih sering dipantau. Langkah-langkah pemantauan meliputi pemeriksaan ultrasonografi secara berkala untuk menilai pertumbuhan janin,

penghitungan tendangan janin (kick-count), serta pelaksanaan non-stress test bila terdapat indikasi klinis (Langi dkk., 2021).

Langi dkk (2021) menyarankan induksi persalinan pada usia kehamilan 38–40 minggu untuk mengurangi risiko kematian janin (stillbirth) dan komplikasi lainnya. Keputusan akhir disesuaikan dengan kontrol glikemik ibu, status janin, dan komplikasi obstetri lainnya (Langi dkk., 2021).

Untuk mengurangi risiko hipoglikemia neonatal setelah lahir, kadar glukosa ibu harus tetap dalam kisaran 70–140 mg/dL selama proses persalinan (Langi dkk, 2021). Pemantauan glukosa yang tepat selama fase intrapartum menjadi komponen penting dalam penatalaksanaan DMG guna memastikan keamanan ibu dan bayi.

9) Periode pascapersalinan (postpartum) dan tindak lanjut jangka panjang

Segera setelah persalinan, pemberian air susu ibu (ASI) sangat dianjurkan. Menyusui minimal selama enam bulan telah dikaitkan dengan penurunan risiko obesitas pada bayi serta pengurangan kemungkinan diabetes tipe 2 pada ibu (Langi dkk., 2021).

Evaluasi metabolik postpartum penting untuk menilai apakah hiperglikemia yang terjadi selama kehamilan telah kembali normal atau berlanjut sebagai pra-diabetes atau diabetes. Antara enam minggu dan enam bulan setelah persalinan, pemeriksaan toleransi

glukosa oral (OGTT) 75 gram atau HbA1c direkomendasikan (Langi dkk., 2021).

Jika hasil pemeriksaan menunjukkan glukosa normal, skrining ulang dianjurkan setiap tahun selama tiga tahun pertama, kemudian dilanjutkan setiap tiga tahun berikutnya untuk mendeteksi dini kemungkinan perkembangan diabetes tipe 2 (ADA, 2015;Langi dkk., 2021).

10) Perencanaan kehamilan berikutnya dan kontrasepsi

Konseling prakonsepsi memegang peranan penting bagi wanita dengan riwayat diabetes melitus gestasional. Ibu perlu diberikan informasi mengenai pentingnya mengoptimalkan berat badan sebelum kehamilan berikutnya serta menjaga kontrol metabolik yang baik untuk meminimalkan risiko komplikasi pada kehamilan selanjutnya (Langi dkk., 2021).

Pilihan kontrasepsi jangka panjang, seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau implan progestin, biasanya aman dan efektif bagi sebagian besar wanita yang memiliki riwayat gangguan menstruasi sebelumnya. Namun, keputusan akhir mengenai metode kontrasepsi harus disesuaikan dengan kondisi medis individual serta preferensi pasien (Langi dkk., 2021).

h. Pencegahan

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam memberikan penyuluhan serta konseling pada setiap kunjungan antenatal. Selama

kehamilan, ibu disarankan untuk mempertahankan status gizi yang baik, melakukan aktivitas fisik ringan, seperti pekerjaan rumah atau olahraga ringan di waktu senggang, dan menjaga pola makan yang seimbang dan sehat. Selain itu, keluarga juga diharapkan memberikan pendampingan dan dukungan selama kehamilan untuk membantu ibu mempertahankan kesehatan dan mencegah munculnya faktor risiko tambahan (Munawaroh dan Hafizzurachman, 2020).

Pencegahan Diabetes Melitus Gestasional dapat dilakukan melalui identifikasi faktor risiko sejak dini dan upaya mencegah timbulnya faktor risiko baru. Intervensi yang dianjurkan meliputi perubahan gaya hidup, terutama melalui perubahan diet dan meningkatkan aktivitas fisik harian. Aktivitas fisik yang dilakukan dengan rutin terbukti membantu mempertahankan keseimbangan glukosa dan mengurangi perkembangan gangguan metabolik yang dapat berujung pada DMG (Adli, 2021).

Sebuah studi telah menunjukkan bahwa olahraga yang moderat, yang berlangsung selama 30 menit dan lima kali seminggu, dapat menurunkan resistensi insulin dan risiko kegagalan ginjal kronis, serta menurunkan kemungkinan makrosomia pada ibu dengan maupun tanpa obesitas. Namun, aktivitas fisik yang terlalu intens atau melebihi 60 menit dapat meningkatkan risiko hipoglikemia, sehingga intensitas olahraga harus disesuaikan dengan kondisi ibu (Adli, 2021).

Upaya pencegahan lain yang direkomendasikan adalah menerapkan pola makan seimbang sejak awal kehamilan. Pola diet seperti Mediterranean, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), atau AHEI (Alternate Healthy Eating Index) terbukti berkaitan dengan penurunan kejadian DMG. Asupan nutrisi tambahan berupa vitamin (A, B kompleks, dan C), serat, asam folat, kalsium, dan kalium juga berkontribusi dalam menurunkan risiko terjadinya DMG. Selain itu, aktivitas ringan setelah makan, seperti berjalan cepat atau latihan lengan sambil duduk selama sekitar 10 menit, bermanfaat untuk menstabilkan peningkatan glukosa postprandial dan membantu mencegah hiperglikemia (Adli, 2021).

B. Konsep Dasar Teori Asuhan Kebidanan

1. Konsep Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Menurut Hatijar (2020) manajemen varney adalah pendekatan untuk memecahkan masalah kesehatan ibu dan anak yang unik yang digunakan oleh bidan saat memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Menurut Varney, ada tujuh langkah dalam proses penatalaksanaan asuhan, termasuk :

a. Langkah I: Pengkajian Data

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data / informasi yang akurat dan lengkap dari klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara yaitu :

1) Anamnesa

Data yang dikumpulkan, termasuk riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan perkembangan nifas, biopsiko-sosial-spiritual, maupun pengetahuan klien.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi) dan pemeriksaan pemeriksaan (laboratorium dan catatan terbaru dan sebelumnya) dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini, diagnosis dan kebutuhan klien diidentifikasi dengan benar berdasarkan data yang dikumpulkan.

Sesuai izin dan cakupan praktik kebidanan, seorang bidan menetapkan diagnosa kebidanan sebagai kesimpulan berdasarkan data obyektif dan subyektif.

Masalah kebidanan adalah kesimpulan yang dibuat oleh bidan berdasarkan data obyektif dan subjektif tentang pengalaman klien yang ditemukan sebagai hasil dari pemeriksaan atau sebagai bagian dari diagnosis. Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data. Dalam praktik kebidanan, bidan

menetapkan diagnosa berdasarkan nomenklatur sebagai diagnosa kebidanan itu sendiri.

c. Langkah III: Identifikasi Diagnosa Atau Masalah Potensial

Pada tahap ini, berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi, kami mengidentifikasi masalah atau potensi diagnosis lainnya. Jika memungkinkan, langkah pencegahan harus diantisipasi. Diharapkan ibu-ibu tetap waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosis atau masalah ini terjadi. Langkah ini sangat penting untuk melakukan pengasuhan yang aman.

d. Langkah IV : Kebutuhan Segera

Bidan menemukan bahwa klien memerlukan konsultasi atau penanganan langsung dengan dokter atau bidan atau anggota staf kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien. Langkah keempat menunjukkan bagaimana proses manajemen kebidanan berlanjut. Pada tahap ini, konsultasi, kerja sama, dan referensi adalah tugas bidan.

e. Langkah V: Rencana Tindakan

Setelah langkah-langkah sebelumnya ditentukan, langkah ini manajemen melanjutkan masalah yang telah ditentukan, diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang menyeluruh juga dilakukan pada langkah ini. Pada langkah ini informasi data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

f. Langkah VI: Tindakan Kebidanan

Pada langkah enam, rencana pengasuhan menyeluruh yang diuraikan pada langkah lima dilaksanakan dengan aman dan efisien. Bidan dapat melakukan persiapan ini secara keseluruhan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Bidan tetap bertanggung jawab untuk memastikan bahwa prosedur tersebut dilakukan dengan benar, bahkan jika mereka tidak melakukannya sendiri.

g. Langkah VII: Evaluasi

Pada tahap ini, keefektifan asuhan yang telah diberikan diperiksa untuk memastikan bahwa kebutuhan bantuan telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnosa.

Jika rencana tersebut benar-benar efektif dalam pelaksanaannya, maka rencana tersebut dapat dianggap efektif. Mengingat bahwa manajemen pengasuhan adalah proses yang berkelanjutan, ada kemungkinan bahwa beberapa rencana tersebut efektif sedangkan yang lainnya tidak. Oleh karena itu, setiap aspek yang tidak efektif harus diulangi dari awal oleh manajemen untuk menentukan alasan mengapa proses manajemen tersebut tidak efektif dan kemudian dilakukan penyesuaian terhadap rencana pengasuhan tersebut.

2. Konsep Asuhan Kebidanan

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN RISIKO DM DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKAMERINDU KOTA BENGKULU TAHUN 2026

Tanggal Pengkajian :

Jam : WIB

Tempat Pengkajian : Puskesmas Sukamerindu

Nama Pengkaji : Eti Marlinda

LANGKAH I PENGKAJIAN

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Ibu	: Ny. A-Z	Nama Suami	: Tn. A-Z
Umur	: $\leq 20 - \geq 30$ tahun	Umur	: 20-35 Tahun
Agama	: Islam/Kristen/dll	Agama	: Islam/Kristen/dll
Pendidikan	: SD/SLTP/SLTA/dll	Pendidikan	: SD/SLTP/SLTA/dll
Pekerjaan	: IRT/Swasta/dll	Pekerjaan	: Swasta/Wiraswasta
Alamat	: Kota Bengkulu	Alamat	: Kota Bengkulu

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan usia kehamilannya 13-28 minggu dan datang ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilan secara rutin. Ibu mengeluhkan sering buang air kecil, sering merasa lapar, sering merasa haus serta mudah merasa lelah.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu saat ini sedang menjalani kehamilan trimester II dan rutin melakukan pemeriksaan antenatal. Ibu mengeluhkan sering buang air kecil, sering merasa haus sehingga frekuensi minum meningkat, serta sering merasa lapar meskipun sudah makan. Ibu juga menyampaikan sering merasa mudah lelah dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Ibu menyatakan bahwa apabila mengalami luka kecil, proses penyembuhan dirasakan lebih lama dibandingkan sebelumnya. Keluhan tersebut belum pernah dilakukan pemeriksaan lanjutan.

b. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Ibu menyatakan pernah menderita Diabetes Melitus Gestasional (DMG) pada kehamilan sebelumnya. Di luar kehamilan, ibu menyangkal riwayat diabetes melitus. Ibu juga menyangkal riwayat penyakit kronik lainnya seperti hipertensi, penyakit jantung, maupun penyakit kronik lain.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu menyatakan terdapat riwayat diabetes melitus dalam keluarga.

4. Riwayat Menstruasi

- a. Menarche : 12-15 tahun
- b. Siklus haid : 21-30 hari
- c. Lamanya : 5-7 hari
- d. Banyaknya : 4-6 kali/hari atau setiap lembab

e. Masalah : ada/tidak

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

NO	Tahun	GPA	UK	Jenis Persalinan	BB Lahir	Komplikasi	Keadaan saat ini
1		G1P0A0	37 minggu		4600 gr		Hidup

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

a. GPA : G..P..A..

b. HPHT : ...

c. HPL : ...

d. UK : 13-28 Minggu

e. Frek ANC : Minimal 6×

1) TM I

Frekuensi : 2x (1x dengan dokter)

Pemeriksa : Bidan/Dokter

Keluhan : (Mual Muntah/Kelelahan)

Therapy : Sesuai keluhan

2) TM II

Frekuensi : 1x

Pemeriksa : Bidan/Dokter

Keluhan : (Keputihan/Sulit tidur)

Therapy : Sesuai keluhan

3) TM III

Frekuensi : 3x (1x dengan dokter)

- Pemeriksa : Bidan/Dokter
- Keluhan : (Sering BAK/sulit tidur/nyeri punggung)
- Theraphy : Sesuai keluhan
- f. Tablet Fe : 120 tab. Selama hamil
- g. TT : TT5
- h. Gerakan janin : Aktif/Tidak
- i. Hasil konsultasi ke SPOG/USG (Bila ada) :

7. Riwayat KB

Terdiri dari jenis kontrasepsi, lama pemakaian, keluhan, perencanaan KB setelah masa nifas.

8. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a. Nutrisi

1) Makan

- Frekuensi : 3x/hari (2-3 kali makanan selingan)
- Jenis : Nasi putih, mie, roti, gorengan, olahan santan;
selingan kue/manisan
- Keluhan/Masalah : Sering merasa lapar

2) Minum

- Frekuensi : 10-12 gelas/hari
- Jenis : Air putih, teh manis, minuman kemasan manis
- Keluhan/Masalah : Sering merasa haus

b. Eliminasi

1) BAK

Frekuensi : 8-10x/hari
 Warna : Kuning jernih
 Keluhan/Masalah : Sering buang air kecil

2) BAB

Frekuensi : 1x/hari
 Warna : Kecokelatan
 Konsistensi : Lembek
 Keluhan/Masalah : Tidak ada keluhan

c. Personal Hygiene

- 1) Mandi : 2x/hr
- 2) Gosok gigi : 2x/hr
- 3) Ganti pakaian dalam : 3x/hr (Setiap lembab)
- 4) Ganti pakaian : 2x/hr
- 5) Cara cebok : Depan ke belakang
- 6) Kebiasaan berpakaian : Longgar
- 7) Keluhan/masalah : Kadang terasa gatal ringan pada area genitalia

d. Istirahat dan Tidur

Siang : 1 jam perhari
 Malam : 5-6 jam perhari
 Kualitas tidur : Kurang nyenyak

Keluhan/Masalah : Sering terbangun di malam hari untuk buang air kecil dan merasa haus

e. Hubungan seksual

- 1) Frekuensi : 1-2x/minggu
- 2) Posisi : Tidak menekan perut ibu
- 3) Penggunaan kondom : Ya
- 4) Keluhan/Masalah : Kadang merasa kurang nyaman pada area genital

9. Riwayat Psikososial

a. Status pernikahan dan keyakinan

- 1) Status pernikahan (sah/tidak sah)
- 2) Kepercayaan atau keyakinan beragama
- 3) Status kehamilan (diinginkan/tidak diinginkan)

b. Peran suami dan keluarga

- 1) Pendampingan suami/keluarga (misal ikut ANC, mengingatkan konsumsi obat atau vitamin)
- 2) Dukungan emosional (empati, cinta, motivasi)
- 3) Dukungan instrumental (persiapan perlengkapan kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan)
- 4) Penilaian keluarga terhadap ibu (penghargaan, harga diri, kepercayaan terhadap ibu)
- 5) Persiapan dana untuk kebutuhan selama kehamilan, persalinan, dan nifas

c. Kebiasaan/adat istiadat yang berisiko

- 1) Kebiasaan atau adat istiadat selama kehamilan yang merugikan kesehatan
- 2) Kebiasaan atau adat istiadat saat persalinan yang merugikan kesehatan
- 3) Kebiasaan atau adat istiadat selama masa nifas
- 4) Kebiasaan atau adat istiadat yang berkaitan dengan bayi
- 5) Paparan rokok, baik pasif maupun aktif
- 6) Penggunaan obat tidak resmi atau obat warung

d. Kebiasaan ibu yang mendukung kesehatan

- 1) Partisipasi dalam kelas ibu hamil
- 2) Aktivitas fisik, misal senam hamil
- 3) Konsumsi vitamin atau suplemen sesuai anjuran tenaga kesehatan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Batas normal 100-140 per 70-90 mmHg

Nadi : Batas normal 60-100×/menit

Pernafasan : Batas normal 16-24×/menit

Suhu : Batas normal 36,5-37,5°C

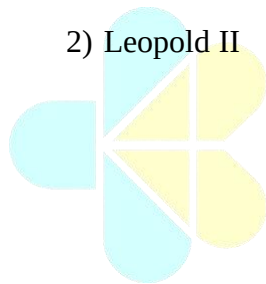
d. Antropometri

Tinggi badan	: cm
Berat Badan sebelum hamil	: Kg
Berat badan sekarang	: Kg
IMT	: $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$
LLA	: > 23,5 cm
Berat badan	: kenaikan berat badan tidak sesuai dengan umur kehamilan mengalami peningkatan >9-13,5 kg dari BB sebelum hamil dan lebih dari 0,5 Kg/minggu

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala	: Bersih, rambut hitam, distribusi merata, tidak terdapat benjolan patologis
b. Muka	: Tidak pucat, tidak oedema, tidak ada closma gravidarum.
c. Mata	: Simetris, konjungtiva an anemis, sklera an ikterik, tidak ada oedema pada palpebra.
d. Hidung	: Simetris, bersih, tidak ada polip
e. Mulut	: Bibir tampak kering, mukosa agak kering
f. Telinga	: Simetris, tidak ada kelainan, tidak ada benda asing, pendengaran normal
g. Leher	: Tidak ada pembesaran vena junguralis, kelenjar limfe dan kelenjar thyroid.

- h. Payudara : Simetris, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidak ada pengeluaran kolostrum.
- i. Abdomen : Pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak ada bekas luka operasi, ada linea nigra dan striae.
- 1) Leopold I : TFU berdasarkan leopold (Mc donald's : .. cm). Bagian fundus teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong) atau teraba bulat, keras dan melenting (kepala).
- 2) Leopold II : Sebelah ki/ka perut ibu teraba keras memanjang seperti papan (punggung), bagian ki/ka perut ibu teraba bagian-bagian kecil janin (ekstermitas).
- 3) Leopold III : Bagian bawah perut ibu teraba bulat, keras, dan melenting (kepala), masih dapat digoyangkan /tidak (sudah/belum masuk PAP) atau teraba bulat, lunak, dan tidak melenting (bokong).
- 4) Leopold IV : Pada primipara kepala mulai memasuki PAP pada usia 36-38 minggu, bagian terbawah janin convergen jika kepala belum masuk PAP dan divergen jika kepala sudah



Kemankas
Poltekkes Bengkulu

masuk PAP dan berdasarkan WHO.

- 5) DJJ : Batas normal 120-160 x/menit
- 6) TBJ : (TFU dalam cm – 11/12) x 155 =.... Gram
- j. Genetalia : Tidak ada pengeluaran, tidak ada pembengkakan kelenjar bartholini, odema dan varises.
- k. Anus : Tidak ada haemoroid
- l. Ekstremitas :
- 1) Atas : Simetris, tidak ada oedema, kuku tidak pucat.
- 2) Bawah : Simetris, tidak ada oedema, tidak ada varises, reflek patella.
3. Pemeriksaan Penunjang
- Hb : ≥ 11 gr%
- Protein urine : Negatif (-)
- HbsAg : Negatif (-)
- Sifilis : Negatif (-)
- HIV/AIDS : Negatif (-)

LANGKAH II INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa

Ny A-Z, usia ≤ 20 - ≥ 30 tahun, G..P..A., usia kehamilan 13-28 minggu, janin tunggal hidup, intrauterin, presentasi kepala, keadaan umum ibu dan janin baik

Data Dasar:

Ds :

1. Ibu mengatakan hamil anak ke 1/2/3... dan ibu pernah/tidak pernah keguguran.
2. Ibu mengatakan HPHT-nya tanggal...
3. Ibu mengatakan umurnya $\leq 20 - \geq 30$ tahun.
4. Ibu mengeluh sering buang air kecil, sering merasa haus, sering merasa lapar dan cepat lelah

Do :

1. TFU 20 cm-26 cm
2. Puka/Puki
3. Bagian terendah janin kepala/bokong
4. Convergen/Divergen
5. DJJ 120-160 $\times$ /menit, teratur dan kuat
6. IMT saat hamil : $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$
7. Kenaikan BB : Tidak sesuai usia kehamilan (Kenaikan $> 9 \text{ Kg}$ dan $> 0,5 \text{ Kg/minggu}$)

B. Masalah

Poliuria, Polifagia, Polidipsia

C. Kebutuhan

1. Pemeriksaan gula darah.
2. KIE cara mengatasi keluhan yang dialami.
3. KIE mengenai DMG

4. KIE pengaturan pola makan
5. KIE ketidaknyamanan TM II dan aktivitas fisik yang aman
6. KIE tanda bahaya kehamilan.
7. Bimbingan pemantauan mandiri
8. KIE pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil
9. Follow up pengaturan pola hidup (Pola makan, aktivitas dan keluhan)
10. Jadwal kunjungan ulang dan pemeriksaan lanjutan.

LANGKAH III IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

1. Makrosomia
2. IUFD
3. Polihidramnion
4. Hipoglikemia neonatal
5. Persalinan dengan tindakan/sc

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

LANGKAH V: RENCANA TINDAKAN KEBIDANAN

1. Beritahukan hasil pemeriksaan kehamilan kepada ibu dan keluarga.
2. Lakukan pemeriksaan gula darah menggunakan *glucometer*

3. Jelaskan penyebab dan penanganan keluhan yang dialami ibu dalam konteks perubahan fisiologis kehamilan dan kaitannya dengan risiko DMG. Libatkan suami/keluarga dalam diskusi untuk memahami kondisi ibu.
4. Berikan KIE tentang Diabetes Melitus Gestasional (DMG) kepada ibu bersama suami/keluarga
5. Berikan KIE tentang pengaturan pola makan untuk mengontrol risiko DMG. Ajak suami/keluarga untuk turut memahami anjuran diet agar dapat mendukung dan memantau penerapannya di rumah.
6. Jelaskan ketidaknyamanan umum trimester II dan cara mengatasinya. Anjurkan suami/keluarga untuk membantu menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung ibu dalam melakukan aktivitas fisik ringan (seperti jalan kaki bersama).
7. Jelaskan tanda bahaya kehamilan trimester II dan kapan harus segera ke fasilitas kesehatan. Pastikan suami atau anggota keluarga lain juga memahami tanda-tanda ini.
8. Ajarkan pemantauan mandiri kepada ibu.
9. Berikan KIE tentang kebutuhan dasar ibu hamil TM II. Tekankan peran suami/keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan tersebut
10. Anjurkan kunjungan ANC rutin sesuai jadwal dan jadwalkan pemeriksaan gula darah ulang dalam 1 minggu. Libatkan suami/keluarga dalam mengingatkan dan mendampingi ibu saat kunjungan berikutnya
11. Lakukan tindak lanjut (follow up) terkait pengaturan pola hidup ibu (pola makan, aktivitas fisik, dan pemantauan keluhan) melalui komunikasi via

WhatsApp untuk memantau kepatuhan dan memberikan konseling berkelanjutan.

LANGKAH VI TINDAKAN KEBIDANAN

Sesuai rencana tindakan

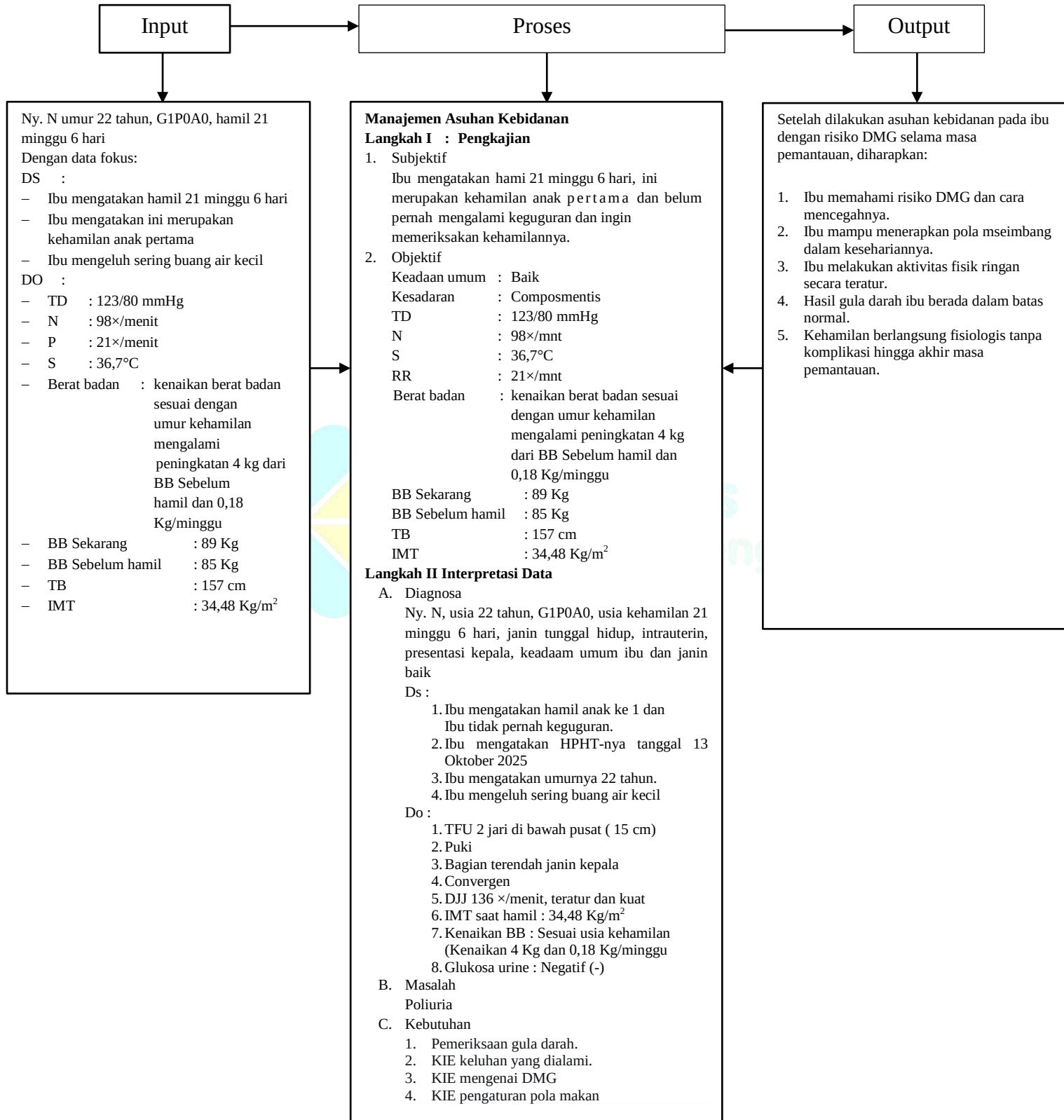
LANGKAH VII EVALUASI

Setelah implementasi dilakukan evaluasi formatif yang dilaksanakan segera untuk menilai efektifitas asuhan yang diberikan dan evaluasi sumatif dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan yang telah diberikan dengan tujuan dan kriteria. Evaluasi yang diberikan didokumentasikan dengan metode SOAP.

Tabel 2.4 Catatan perkembangan dengan metode SOAP

No.	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
	Hari ke-1, dst	S	
		O	
		A	
		P	

C. Kerangka Konseptual



5. KIE ketidaknyamanan TM II dan aktivitas fisik yang aman
6. KIE tanda bahaya kehamilan.
7. Bimbingan pemantauan mandiri
8. KIE pemenuhan kebutuhan dasar ibu hamil
9. Follow up pengaturan pola hidup (Pola makan, aktivitas dan keluhan)
10. Jadwal kunjungan ulang dan pemeriksaan lanjutan.

Langkah III Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

1. Diabetes melitus gestasional
2. Makrosomia
3. IUFD
4. Polihidramnion
5. Hipoglikemia neonatal
6. Persalinan dengan tindakan/sc

Langkah IV Tindakan Segera

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah V rencana tindakan

1. Beritahukan hasil pemeriksaan kehamilan kepada ibu dan keluarga.
2. Lakukan pemeriksaan gula darah menggunakan *glucometer*
3. Jelaskan penyebab dan penanganan keluhan yang dialami ibu dalam konteks perubahan fisiologis kehamilan dan kaitannya dengan risiko DMG. Libatkan suami/keluarga dalam diskusi untuk memahami kondisi ibu.
4. Berikan KIE tentang Diabetes Melitus Gestasional (DMG) kepada ibu bersama suami/keluarga
5. Berikan KIE tentang pengaturan pola makan untuk mengontrol risiko DMG. Ajak suami/keluarga untuk turut memahami anjuran diet agar dapat mendukung dan memantau penerapannya di rumah.
6. Jelaskan ketidaknyamanan umum trimester II dan cara mengatasinya. Anjurkan suami/keluarga untuk membantu menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung ibu dalam melakukan aktivitas fisik ringan (seperti jalan kaki bersama).
7. Jelaskan tanda bahaya kehamilan trimester II dan kapan harus segera ke fasilitas kesehatan. Pastikan suami atau anggota keluarga lain juga memahami tanda-tanda ini.
8. Ajarkan pemantauan mandiri kepada ibu.
9. Berikan KIE tentang kebutuhan dasar ibu hamil TM II. Tekankan peran suami/keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan tersebut
10. Anjurkan kunjungan ANC rutin sesuai jadwal dan jadwalkan pemeriksaan gula darah ulang dalam 1 minggu. Libatkan suami/keluarga dalam mengingatkan dan mendampingi ibu saat kunjungan berikutnya.
11. Lakukan tindak lanjut (follow up) terkait pengaturan pola hidup ibu (pola makan, aktivitas fisik, dan pemantauan keluhan) melalui komunikasi via WhatsApp untuk memantau kepatuhan dan memberikan konseling berkelanjutan.

Langkah VI Tindakan Kebidanan

Sesuai rencana tindakan

Langkah VII Evaluasi

Setelah implementasi dilakukan evaluasi formatif yang dilaksanakan segera untuk menilai efektifitas asuhan yang diberikan dan evaluasi sumatif dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan yang telah diberikan dengan tujuan dan kriteria. Evaluasi yang diberikan didokumentasikan dengan metode SOAP.

Bagan 2.1 Kerangka konseptual