

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. KEHAMILAN

a. Pengertian

Kehamilan adalah suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan sehingga menghasilkan janin yang akan tumbuh di dalam rahim seorang wanita (Waryana, 2010). Kehamilan adalah masa dimulainya konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (saifuddin, 2006).

Proses kehamilan adalah 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, dkk. 2010 : 75)

b. Letak Janin Dalam rahim

Letak janin dalam rahim terutama di akhir sangat penting berkaitan dengan prognosis persalinan. Letak janin saat hamil tidak memerlukan perhatian, karena kedudukannya belum dapat dipastikan. (Manuaba, dkk. 2009 : 129)

Sebagian besar janin dalam rahim akan menuju pada letak kepala karena :

- 1) Berat kepala lebih dari bokong.
- 2) Kepala yang bulat lebih sesuai dengan pintu atas panggul.
- 3) Kepala menyesuaikan diri dengan ruangan yang lebih kecil pada pintu atas panggul.
- 4) Bokong menyesuaikan diri dengan ruangan yang luas pada fundus uteri.

c. Fisiologi Kehamilan

Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisela. Tidak jarang dijumpai kulit perut kehamilan terjadi, jika ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoa). Waktu ovulasi sel telur masih diselimuti oleh corona radiata tetapi spermatozoa dapat menembus dinding sel telur karena mempunyai enzim hyaluronidase yang dapat mencairkan corona radiata tersebut. Setelah persenyawaan antara sel telur dan sel mani yang biasanya terjadi dalam ampulla tuba maka sel telur disebut zigot. Zigot adalah ovum yang telah dibuahi.

1) Perubahan anatomi pada ibu hamil trimester III

a) Uterus

Itmus lebih nyata menjadi bagian korpus uteri dan berkembang menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Pada kehamilan tua karena kontraksi otot-

otot bagian atas uterus, SBR menjadi lebih besar dan tipis, tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah rahim yang lebih tipis. Batas dikenal sebagai reaksi lingkaran fisiologis dinding uterus.

b) Serviks Uteri

Serviks Uteri pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih mengandung jaringan ikat, hanya 10 % jaringan otot. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak.

c) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Tanda Chadwick. Warna porsio pun tampak livide.

d) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatis sampai terbentuknya plasenta. Pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatis berdiameter kira-kira 3 cm. Kemudian, ia mengecil setelah plasenta terbentuk. Seperti telah dikemukakan, korpus

luteum ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta.

e) Mamma

Mamma akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen dan progesteron. Akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Estrogen menimbulkan hipertrofi sistem saluran, sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel, sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin. Dengan demikian, mamma dipersiapkan untuk laktasi.

f) Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat lain-lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Seperti telah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah banyak, kira-kira 25%, dengan puncak kehamilan 32 minggu diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang mulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kardis.

g) Sistem Respirasi

Seorang wanita hamil pada kelanjutan kehamilannya tidak jarang mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini ditemukan pada

kehamilan 32 minggu ke atas oleh karena usus. Usus tertekan oleh uterus yang terus membesar ke arah diafragma, sehingga diafragma kurang leluasa bergerak. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen yang meningkat kira-kira 20%, seorang wanita hamil selalu bernafas lebih dalam, dan bagian bawah toraksnya juga melebar ke sisi, yang sesudah partus kadang-kadang menetap jika tidak dirawat dengan baik.

h) Traktus Digestivus

Pada-pada bulan pertama kehamilan terdapat perasaan enek (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormon estrogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan apa yang telah dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus. Hal ini mungkin baik resorpsi, akan tetapi menimbulkan pula obstipasi, yang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil.

i) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar, sehingga timbul sering kencing. Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing mulai tertekan kembali.

j) Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang meningkat. MSH ini adalah salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut stiae livide. Setelah partus, striae livide ini berubah warnanya menjadi putih dan disebut striae albicans.

k) Metabolisme

Dengan terjadinya perubahan peningkatan pola makan (terhitung $\pm$ 200-300 kkal/hari). Membuat sistem gastrointestinal berubah selama masa kehamilan disertai juga perubahan pada metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Perubahan terjadi karena *human placental lactogen* (HPL) ini, menjadikan glukosa siap diserap oleh tubuh dan digunakan untuk perkembangan otak fetus, juga melindungi ibu dari defisiensi nutrisi. (Pantikawati, 2010:110)

2) Ketidaknyamanan Trimester III

a) Nyeri Punggung

Nyeri ditemukan pada kehamilan lanjut dan dirasakan pada persendian sakroiliaka. Ini disebabkan oleh relaksasi ligament dan otot-otot

penunjang persendian, mungkin juga disebabkan oleh progesterone dan relaksin. Biasanya keadaan ini lebih berat pada malam hari dan mengganggu tidur.

b) Konstipasi

Motilitas otot yang menurun pada kehamilan lanjut diperberat oleh tekanan uterus yang membesar.

2. KEHAMILAN SUNGSANG

a. Pengertian

Sungsang merupakan keadaan dimana bagian terendah janin berada disegmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni: presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna. Dengan insiden 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu. Penyebab terjadinya presentasi bokong tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa faktor resiko selain prematuritas, yaitu abnormalitas struktural uterus, polihidramnion, plasenta previa, multiparitas, mioma uteri, dan riwayat presentasi bokong sebelumnya. (Prawirohardjo, S. 2010. Hal : 588).

b. Diagnosis

Diagnosis letak sungsang pada umumnya tidak sulit. Pada pemeriksaan luar, dibagian bawah uterus tidak dapat diraba bagian yang keras dan bulat, yakni kepala, dan kepala teraba difundus uteri. Kadang-kadang bokong janin teraba bulat dan dapat memberi kesan seolah-olah kepala, tetapi bokong tidak dapat digerakkan semudah kepala. Seringkali wanita tersebut menyatakan bahwa kehamilannya terasa lain daripada kehamilan yang terdahulu, karena terasa penuh dibagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah. Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi daripada umbilikus. Apabila diagnosis letak sungsang dengan pemeriksaan luar tidak dapat dibuat, karena misalnya dinding perut tebal, uterus mudah berkontraksi atau banyaknya air ketuban, maka diagnosis ditegakkan berdasarkan pemeriksaan dalam. Apabila masih ada keragu-raguan, harus dipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografik atau M.R.I. (*Magnetic Resonance Imaging*).

Setelah ketuban pecah, dapat diraba lebih jelas adanya bokong yang ditandai dengan adanya sakrum, kedua tuber ossis ischii, dan anus. Bila dapat diraba kaki, maka harus dibedakan dengan tangan. Pada kaki terdapat tumit, sedangkan pada tangan ditemukan ibu jari yang letaknya tidak

sejajar dengan jari- jari lain dan panjang jari kurang lebih sama dengan panjang telapak tangan. Pada persalinan lama, bokong janin mengalami edema, sehingga kadang- kadang sulit untuk membedakan bokong dengan muka. Pemeriksaan yang teliti dapat membedakan bokong dengan muka karena jari yang akan dimasukkan kedalam anus mengalami rintangan otot, sedangkan jari yang dimasukkan ke dalam mulut akan meraba tulang rahang dan alveola tanpa ada hambatan. Pada presentasi bokong kaki sempurna, kedua kaki dapat diraba disamping bokong, sedangkan pada presentasi bokong kaki tidak sempurna, hanya teraba satu kaki disamping bokong.

c. **Klasifikasi Letak Bokong**



Gambar 2.1

1. Letak Bokong Murni (Frank Breech)

Letak bokong dengan kedua tungkai terangkat ke atas

2. Letak Bokong Sempurna (Complete Breech)

Letak bokong di mana kedua kaki ada di samping bokong (letak bokong kaki sempurna)

3. Letak Bokong Tidak Sempurna (Incomplete Breech)

Letak sungsang dimana selain bokong juga ada bagian kaki atau lutut.

(Prawirohardjo, S. 2010. Hal: 589)

d. Etiologi

Adapun penyebab presentasi bokong (letak sungsang) antara lain:

1. Faktor dari ibu dapat disebabkan oleh beberapa keadaan, yaitu:
 - a) plasenta previa
 - b) bentuk rahim yang abnormal
 - c) panggul sempit
 - d) multiparitas
 - e) adanya tumor pada rahim dan
 - f) implantasi plasenta di fundus yang memicu terjadinya letak bokong;

(Winkjosastro. 2008. Hal: 611)

2. Faktor dari janin dapat disebabkan oleh keadaan seperti:
 - a) hidrosefalus atau anasefhalus
 - b) kehamilan kembar
 - c) hidramnion dan
 - d) prematuritas.

(Winkjosastro. 2008. Hal: 611)

e. Konsep Dasar Kegawatdaruratan Maternal

1) Pengertian

Kegawatdaruratan dapat didefinisikan sebagai situasi serius dan kadang kala berbahaya yang terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga dan membutuhkan tindakan segera guna menyelamatkan jiwa/nyawa,

Kegawatdaruratan maternal adalah kondisi kesehatan yang mengancam jiwa yang terjadi dalam kehamilan atau selama dan sesudah persalinan dan kelahiran. Terdapat sekian banyak penyakit dan gangguan dalam kehamilan yang mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Kasus gawat darurat maternal adalah kasus obstetri yang apabila tidak segera ditangani akan berakibat kematian ibu dan janinnya. Kasus ini menjadi penyebab utama kematian ibu janin dan bayi baru lahir.

2) Tujuan

- (a) Mencegah kematian dan cacat (to save life and limb) pada ibu dan kegawatdaruratan.
- (b) Merujuk ibu dengan kegawatdaruratan melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai.

3) Ruang Lingkup pada Masa Kehamilan

- (a) Abortus : ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan batasan umur kehamilan <20 minggu atau bb <500gram. Penyebabnya kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit kronis pada ibu, faktor nutrisi, faktor psikologis.
- (b) Solusio Plasenta : terlepasnya sebagian/seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya. Penyebab sebab primer belum diketahui pasti, namun ada keadaan tertentu, kategori sos-eko, kategori fisik, kelainan dalam rahim, penyakit ibu.
- (c) Kehamilan Sungsang : keadaan dimana bagian terendah janin berada disegmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Dikenal beberapa jenis sungsang, yakni: presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong kaki tidak sempurna.
(Prawirohardjo. S, 2010)

f. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Dalam Kehamilan

Penatalaksanaan untuk kehamilan dengan sungsang menurut Sarwono (2010), asuhan mandiri yang bersifat menyeluruh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :

- a) Beri informasi kehamilannya dan dukungan moril
- b) Lakukan postural posisi *Knee chest* serta anjurkan untuk dilaksanakan dirumah.
- c) Bila diperlukan kolaborasi dengan dokter dan kapan ibu harus segera datang ketempat pelayanan kesehatan.

Menurut Sarwono (2010), penatalaksanaan untuk kehamilan sungsang adalah posisi knee chest.

Knee chest dilakukan dengan posisi perut seakan menggantung kebawah. Cara ini harus dilakukan rutin setiap hari sebanyak 3-4x/hari 10 menit. Jika posisi bersujud ini dilakukan pada saat sebelum tidur, sesudah tidur, sebelum mandi, selain itu melakukan posisi *knee chest* secara tidak langsung pada waktu melakukan sholat.

Penatalaksanaan kehamilan sungsang pada trimester III menganjurkan pada ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi, pola istirahat, dan pola aktivitas. Memberitahu ibu untuk mempersiapkan persalinan dengan sungsang baik secara normal maupun per abdominal. Ibu bersalin dengan persalinan per abdominal karena ibu primigravida, ibu suspect CPD, dan his ibu tidak adekuat, dan dari pembukaan serviks yang tidak bertambah.

Faktor kehamilan letak sungsang yang terjadi pada primigravida sampai umur kehamilan aterm maka kehamilan harus segera diakhiri dengan jalan operasi sectio cessarea karena panggul ibu

belum pernah melahirkan, tidak bisa dicoba-coba untuk melahirkan dengan cara normal. Pertolongan persalinan dilakukan dirumah sakit atau fasilitas kesehatan yang dapat melakukan operasi, bila memungkinkan lakukan versi luar, bila tidak berhasil lakukan persalinan sungsang per vaginam atau SC. (Rukiyah, hal :243).

Usaha yang dapat dilakukan untuk mengatasi janin sungsang

a. *Knee chest*

Knee chest dilakukan dengan posisi perut seakan menggantung kebawah. Cara ini harus dilakukan rutin setiap hari sebanyak 2 kali (pagi dan sore) selama 10 menit. Jika posisi bersujud ini dilakukan dengan baik dan teratur maka besar kemungkinan janin sungsang akan kembali pada posisi yang normal.

b. External Cephalic Version (EVC)

Metode ini dilakukan oleh dokter kandungan yang bertujuan untuk mengubah posisi janin dari luar tubuh ibu hamil ketika usia kehamilannya sudah mencapai 34 minggu. Namun demikian, metode ini biasanya menyakitkan dan bahkan rentan menimbulkan kematian pada janin karena suplai oksigen ke otak janin berkurang.

1. Syarat Versi Luar

- a. Kehamilan harus tunggal.
- b. Janin harus dapat digerakkan dengan bebas.
- c. Uterus harus lemas

- d. Bagian terendah janin masih dapat dibebaskan dari rongga panggul.
- e. Dinding perut ibu harus cukup tipis dan rileks agar penolong dapat memegang bagian-bagian janin.
- f. Janin harus dapat lahir pervaginaan.
- g. Saat mengerjakan versi luar dalam kehamilan yaitu pada primigravida pada umur kehamilan 34-36 minggu dan pada multigravida pada umur klien kehamilan lebih dari 37 minggu
- h. Pada inpartu pembukaan kurang dari 4 cm dan selaput ketuban masih utuh.

2. Komplikasi Versi Luar

- a. Gawat janin
- b. Bisa terjadi prolapsus finiculi
- c. Solution plasenta
- d. Bradichardi janin setelah dilakukan versi luar
- e. Dapat terjadi ketuban pecah dini
- f. Kematian janin intra uterin
- g. Kelainan kongenital berat pada janin
- h. Bokong yang sudah masuk panggul

3. Kontra Indikasi

- a. Panggul sempit
- b. Pendarahan antepartum

- c. Preeklapsia dan Hipertensi
- d. Hamil kembar
- e. Plasenta previa
- f. Ketuban pecah dini

(Oxorn, H dan Forte, W. 2010. Hal: 3

2. Penanganan Letak Sungsang Dalam Persalinan

Penggunaan seksio secara untuk bayi sungsang, dalam keyakinan bahwa ini lebih aman (chapman, 2006).

Disejumlah pusat persalinan tingkat pembedahan caesar 65 % dari semua bayi sungsang. Dalam kasus-kasus tertentu, khususnya jika bayi sangat kecil atau sangat besar, biasanya dilakukan bedah caesar. Alasan dalam kasus bayi lahir kecil (kurang dari 1500 gram atau kehamilan 32 minggu) adalah dokter cemas kepala bayi yang lembut akan rusak selama proses kelahiran melalui vagina. Bayi berukuran besar (lebih dari 4000 gram) jelas menyulitkan persalinan (Llwellyn, 2005).

g. Patofisiologi

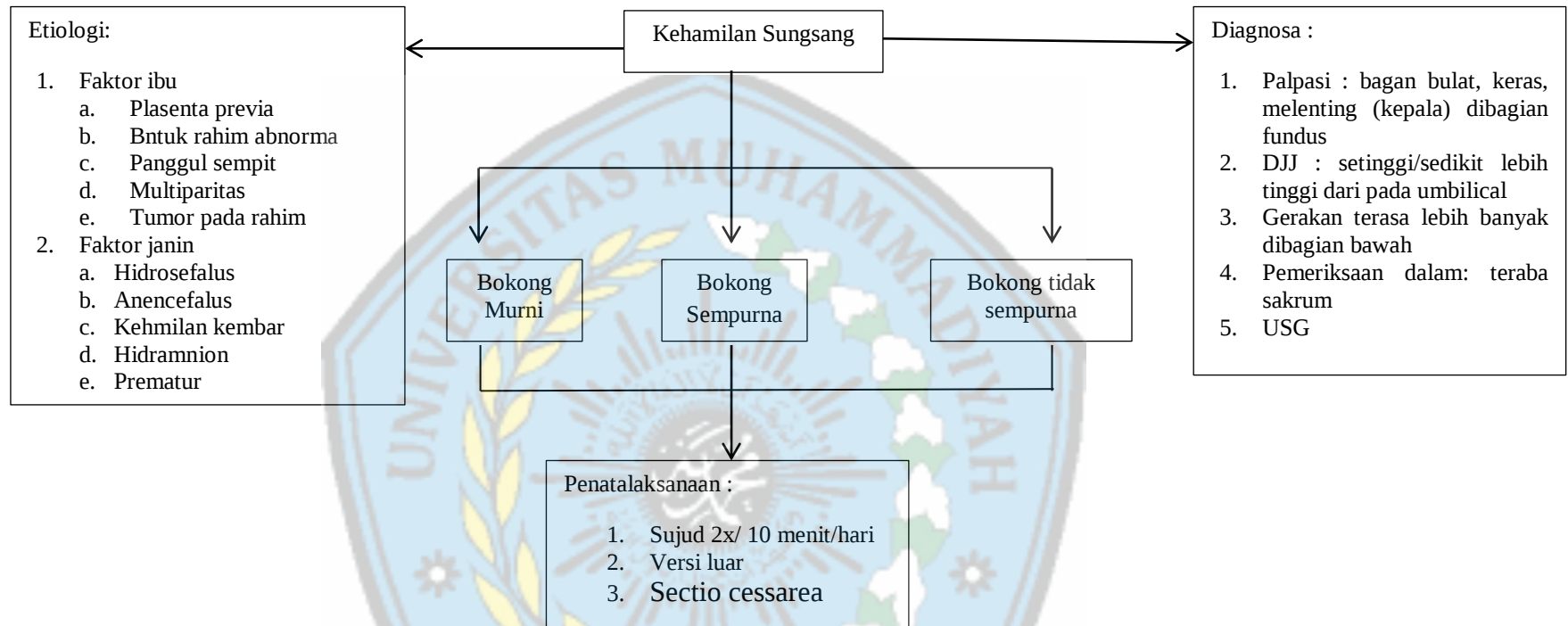
Letak janin dalam uterus bergantung pada proses adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus. Pada kehamilan sampai kurang lebih 32 minggu, jumlah air ketuban relatif lebih banyak, sehingga memungkinkan janin bergerak dengan leluasa. Dengan demikian

janin dapat menempatkan diri dalam presentasi kepala, letak sungsang atau letak lintang.

Pada kehamilan triwulan terakhir janin tumbuh dengan cepat dan jumlah air ketuban relatif berkurang. Karena bokong dengan kedua tungkai terlipat lebih besar daripada kepala, maka bokong dipaksa untuk menempati ruang yang lebih luas di fundus uteri, sedangkan kepala berada ruangan yang lebih kecil di segmen bawah uterus. Dengan demikian dapat dimengerti mengapa pada kehamilan belum cukup bulan, frekuensi letak sungsang lebih tinggi, sedangkan pada kehamilan cukup bulan, janin sebagian besar ditemukan dalam presentasi kepala. (Winkjosastro. 2007. Hal: 611)



Pathway Kehamilan Sungsang



Bagan 2.1 pathway kehamilan sungsang

Sumber : Oxorn, H dan Forte, W, 2010;
Winkjosastro, 2008

Sumber : Oxorn, H dan Forte, W, 2010;
Winkjosastro, 2008

3. Definisi Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes Mellitus pada kehamilan atau sering disebut Diabetes Mellitus Gestasional. Merupakan penyakit diabetes yang terjadi pada ibu yang sedang hamil. Gejala utama dari kelainan ini pada prinsipnya sama dengan utama pada penyakit diabetes yang lain yaitu sering buang air kecil (*polyuri*), selalu merasa haus (*polydipsi*), dan sering merasa lapar (*polyfagi*). Cuma yang membedakan adalah keadaan pasien saat ini sedang hamil. Sayangnya penemuan kasus-kasus diabetes gestasional sebagian besar karena kebetulan sebab pasien tidak akan merasakan sesuatu yang aneh pada dirinya selain kehamilan, dan gejala sering kencing dan banyak makan juga biasa terjadi pada kehamilan normal.

Diabetes Mellitus Gestasional (DMG) didefinisikan sebagai gangguan toleransi glukosa, Intoleransi karbohidrat ringan (toleransi glukosa terganggu) maupun berat, penyakit kelainan metabolisme, dimana penderita tidak bisa secara otomatis mengendalikan tingkat glukosa dalam darahnya, yang terjadi atau diketahui pertama kali pada saat kehamilan berlangsung dan tidak diderita sebelum ibu hamil.

Risiko tinggi Diabetes Mellitus Gestasional

- a. Umur lebih dari 30 tahun
- b. Obesitas dengan indeks massa tubuh 30kg/m^2
- c. Riwayat DM pada keluarga
- d. Pernah menderita DM Gestasional sebelumnya
- e. Pernah melahirkan anak besar > 4000 gram

f. Adanya glukosaria

Glukosaria tidak selalu dapat dipakai untuk menunjang diagnosis diabetes mellitus. Jika nilai ambang ginjal begitu rendah bahkan kadar glukosa darah normal menghasilkan glukosaria, keadaan ini disebut sebagai glycosuria ginjal. Glukosaria dapat terjadi karena peningkatan kadar glukosa dalam darah yang melebihi kapasitas maksimum tubulus untuk mereabsorpsi glukosa. Hal ini dapat ditemukan pada kondisi diabetes mellitus, tirotoksikosis, peningkatan tekanan intracranial atau karena ambang rangsang ginjal menurun seperti pada renal glukosaria, kehamilan dan sindroma fanconi.

Namun reduksi positif tidak selalu berarti pasien diabetes mellitus. Hal ini dikarenakan pada penggunaan cara reduksi dapat terjadi hasil positif palsu pada urine yang disebabkan karena adanya bahan reduktor selain glukosa. Oleh karena itu perlu dilakukan uji lebih lanjut untuk memastikan jenis gula pereduksi yang terkandung dalam sampel urin. Hal ini dikarenakan hanya kandungan glukosa yang mengidentifikasi keberadaan penyakit diabetes. (Wirawan dkk, tt)

Diabetes Mellitus Gestasional bisa menimbulkan risiko pada ibu dan bayi. Ada beberapa pemeriksaan yang dilakukan untuk mendeteksi kelainan ini. Yang pertama disebut *Glucose Challenge Screening*, pemeriksaan pendahuluan saat usia hamil 26-28 minggu.

Jika hasil pemeriksaan ini positif, pemeriksaan kedua dilakukan yang disebut *Glucose Toleransi Test*. Pemeriksaan ini akan

menentukan/mendiagnosis apakah ada diabetes atau tidak berdasarkan efektifitas pemakaian gula oleh tubuh. Karena tidak semua wanita yang tes *Glucose Challenge Screening*nya positif akan menjadi DMG dengan pemeriksaan selanjutnya.

Kemudian akan diukur kadar gula darah puasa, selanjutnya ibu hamil disuruh mengkonsumsi glukosa. Kemudian kadar gula akan diukur setiap jam selama 3 jam berturut-turut. Berikut ini merupakan hasil GTT yang tidak normal berdasarkan *American Diabetes Association* :

Tabel 2.1 hasil GTT yang tidak normal

Interval	hasil tidak normal
Puasa	95 mg/dl atau lebih
1 jam	180 mg/dl atau lebih
2 jam	155 mg/dl atau lebih
3 jam	140 mg/dl atau lebih

Jika hanya satu hasil yang tidak normal, maka ibu hamil dianjurkan merubah pola diet serta dilakukan ulangan pemeriksaan selanjutnya. Jika 2 atau 3 tidak normal, maka ibu hamil akan didiagnosis dengan Diabetes Gestasional dan pada ibu hamil akan dilakukan tindakan pengobatan. Mengobati diabetes dalam kehamilan amat sangat penting untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi yang dikandungnya. (Firman Pharos, 2011).

Cara mengatasi diabetes gestasional

1. Memeriksa kehamilan secara rutin

Pemeriksaan kesehatan ibu dan kandungan secara rutin selama kehamilan akan sangat membantu untuk memantau ukuran dan kondisi janin. Berdasarkan pemeriksaan tersebut, biasanya dokter kandungan akan memberikan saran medis yang sesuai dengan kondisi ibu dan janin.

2. Melakukan diet

Konsultasikan dengan dokter untuk menentukan pola diet yang tepat. Beberapa poin berikut penting untuk anda perhatikan dalam melakukan diet :

- a. Tidak terlalu banyak mengonsumsi lemak dan protein.
- b. Penuhi asupan karbohidrat dengan mengonsumsi buah, sayuran, dan karbohidrat kompleks seperti nasi, sereal dan roti.
- c. Kurangi konsumsi makan yang banyak mengandung gula, seperti soft drink, jus buah, dan sebagainya.

3. Olahraga

Lakukan olahraga dan aktivitas ringan yang cocok untuk wanita hamil dan baik bagi kandungan seperti senam hamil.

4. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan keterampilan dalam rangka/ tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 2016).

2. Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan

Dalam penyusunan studi kasus ini penulis mengacu pada penerapan manajemen kebidanan pada ibu nifas dengan mastitis menurut 7 langkah Varney karena metode dan pendekatannya sistematis dan analitis sehingga memudahkan dalam pengarahan pemecahan masalah terhadap klien. Dalam proses ketujuh langkah tersebut dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi, yaitu :

a. Langkah 1 (pertama) : Pengkajian Data

Pengkajian adalah tahap awal dari proses kebidanan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2008).

- 1) Data Subjektif : Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara

independen tetapi melalui suatu interaksi atau komunikasi (Nursalam, 2009)

b) Identitas ibu

Identitas untuk mengetahui status klien secara lengkap sehingga sesuai dengan sasaran (Nursalam, 2009).

(1) Nama : Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(2) Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat- alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap.

(3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

(4) Suku bangsa : Berpengaruh pada adat-istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

(5) Pendidikan : Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

(6) Pekerjaan : Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

(7) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

c) Alasan datang

Dikaji untuk mengetahui tujuan utama pasien datang ke tenaga kesehatan. Pada kasus ibu hamil dengan sungsang alasan datang adalah ingin memeriksakan kehamilan dan mengetahui keadaan janin (Walsh, 2007).

(1) Keluhan

Kehamilan terasa penuh dibagian atas dan gerakan terasa lebih banyak dibagian bawah.

(2) Riwayat penyakit

a) Riwayat penyakit sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan kehamilan sungsang.

b) Riwayat penyakit sistemik

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, ginjal, asma/ TBC, hepatitis,

DM, hipertensi dan epilepsi yang dapat mempengaruhi kehamilan.

c) Riwayat penyakit keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya

d) Riwayat keturunan kembar

Untuk mengetahui ada tidaknya keturunan kembar dalam keluarga (Sujiyatini, 2009).

e) Riwayat operasi

Untuk mengetahui riwayat operasi yang pernah dijalani (Sujiyatini, 2009).

(3) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui tanggal haid normal terakhir, uraian haid terakhir dan pengalaman haid sebelumnya (Wiknjosastro, 2005).

(4) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau tidak, jika pernah lamanya berapa tahun, dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Varney, 2016).

(5) Riwayat perkawinan

Perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah, syah atau tidak.

(6) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, yaitu:

(a) Riwayat Kehamilan

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan, penolong persalinan keadaan nifas dan keadaan anak.

(b) Persalinan

Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak.

(c) Nifas

Pada nifas yang lalu apakah terdapat kelainan pada payudara yang terjadi kaku payudara atau tidak puting susu lecet atau tidak kemerahan atau tidak dan bila ada terjadi pada hari ke berapa.

(7) Riwayat kehamilan ini

(a) Hari pertama haid terakhir serta kapan tafsiran persalinannya.

(b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, dan III.

(c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada kehamilan berapa minggu.

(d) Dimana ibu biasa memeriksakan kehamilannya.

- (e) Sejak hamil berapa bulan ibu periksa.\
- (f) Sudah berapa kali ibu periksa.
- (g) Kapan ibu periksa hamil yang terakhir kali. h) Sudah berapa kali ibu imunisasi TT.

(8) Kebiasaan selama hamil

(a) Nutrisi dan cairan

Nutrisi, dikaji tentang nafsu makan, jenis makanan yang dikonsumsi sehari-hari harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, dan tinggi protein, porsi makan, dan ada pantangan atau tidak, bagi ibu nifas peningkatan jumlah kalori 500 – 600 kalori, minum 3 liter/ hari, 2 liter didapat dari air minum dan 1 liter didapat dari kuah sayur dan tambahan minum vitamin A, Untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu dan meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI (Varney, 2016)

(b) Eliminasi

BAB harus ada dalam 3 hari postpartum. BAK harus dilakukan dalam 6 jam post partum (Sarwono, 2005).

(c) Pola istirahat

Istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan (Saiffudin, 2002). Bagi ibu hamil dengan sungsang diperlukan istirahat yang cukup untuk mempercepat pemulihan kondisi ibu (Varney, 2016).

(d) Personal Hygiene

Digunakan untuk mengetahui tingkat kebersihan pasien.

(Mufdlilah, 2009).

(e) Keadaan Psikologis

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/ psikologis selama masa nifas sementara yang menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambarwati dan Wulandari, 2008).

(f) Sosial Budaya

Terdiri dari bagaimana dukungan keluarga, status/keadaan rumah tinggal, pantangan makanan, kebiasaan adat istiadat yang dilakukan (Wiknjosastro, 2006).

(g) Penggunaan Obat-obatan / Rokok

Dikaji apakah ibu perokok dan pemakai obat-obatan selama hamil atau tidak (Wiknjosastro, 2006).

2) Data Obyektif

Data obyektif merupakan data yang dapat diobservasi dan dapat diukur termasuk informasi yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik (Nursalam, 2009).

b) Pemeriksaan Fisik

Keterampilan pengkajian fisik meliputi:

(1) Keadaan Umum

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengankondisi yang dialaminya. pada ibu hamil dengan sungsang keadaan umum ibu adalah cukup.

(2) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, somnolen atau koma. Pada ibu hamil dengan sungsang kesadaran adalah composmentis (Saifuddin, 2006).

(3) Pemeriksaan Vital Sign

(a) Tekanan darah (TD)

Untuk mengetahui faktor hipertensi, TD normal 120/80 mmHg (Saifuddin, 2006).

(b) Suhu

Suhu normal pada ibu hamil adalah $36-37^{\circ}\text{C}$, jika keadaan suhu tinngi menunjukkan adanya infeksi. (Marmi, 2011).

(c) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi pasien yang dihitung dalam 1 menit, nadi berkisar umumnya antara 60-80 denyutan per menit (Wiknjosastro, 2005).

(d) Respirasi

Untuk mengetahui frekuensi pernafasan klien yang dihitung dalam 1 menit. (Saifuddin, 2006).

(4) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan klien kurang dari 145 cm atau termasuk resiko tinggi atau tidak (Hidayat, 2007).

(5) Berat Badan

Menurut Hidayat (2007), untuk memonitor kelainan berat badan yaitu penambahan berat badan rata-rata selama kehamilan 10 kg dan antara sebelum dan setelah melahirkan kelebihan atau kurang.

c) Pemeriksaan Sistematis

(1) Inspeksi

Kepala : kepala rambut rontok apa tidak, bersih / tidak.

Muka : cloasma gravidarum ada/tidak, konjungtiva.

Mulut : bibir pucat /tidak, adakah caries gigi, adakah stomatitis.

Leher : adakah pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.

Payudara : bentuk, aerola, puting susu, pengeluaran.

Abdomen : pembesaran abdomen, luka bekas operasi.

Ekstremitas : apakah ada oedema/varices.

(2) Palpasi

- a. Leopold I : untuk menentukan tinggi fundus uteri. Bagian janin yang ada di fundus secara khas ditemukan bahwa kepala janin yang keras dan bulat dengan balloteman sudah menempati bagian fundus uteri. Kehamilan sungsang adalah dalam rahim, kepala janin berada di fundus dan bokong di bawah (Sulistiawati, 2011).
- b. Leopold II : punggung ada di sebelah kanan dekat garistengan. Bagian-bagian kecil ada disebelah kiri.
- c. Leopold III : untuk menentukan bagian terbawah bokong janinmasihdapat digerakkan di pintu atas panggulmselama engagemen belum jelas terjadi.
- d. Leopold IV : memperlihatkan posisi bokong yang mapan di bawah simpisis. Menurut Marmi (2010).pada presentasi bokong murni otot-otot paha terentang di atas tulang-tulang di bawahnya, memberikan gambaran keras menyerupai kepala.

(b) Auskultasi

Tempat terdengarnya DJJ ditemukan setinggi atau lebih sedikit lebih tinggi dari umbilicus.

(c) Perkusi

Untuk memeriksa reflek patella apakah kekurangan vitamin B atau tidak.

d) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk menegakkan diagnose dan untuk menentukan adakah factor meliputi : USG untuk memastikan perkiraan klinis presentasi bokong dan juga untuk mengidentifikasi setian kelainan janin, pada trimester III baian terendah janin mulai memasuki PAP sehingga letak dan presentasi janin tidak berubah lagi (Prawirohardjo, 2005)

b. Langkah II (kedua) : Interpretasi data

Langkah awal dari perumusan masalah/ diagnose kebidanan adalah pengolahan /analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan yang lainnya sehingga tergambar fakta.

Ny X umur ibu ...G...P...A..., Uk...Mgg, tunggal/ganda, hidup/mati intra/ekstrauteri/melintang, puka/puki, dengan kehamilan sungsang.

DS : hamil beberapa, usia kehamilan, keluhan.

DO : TTV dalam batas normal atau tidak, TFU.

c. Langkah III (ketiga) : diagnosa 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 diagnose/ masalah potensial ini benar-benar terjadi. (Manuaba, 2008).

d. Langkah IV (keempat) : mengidentifikasikan kebutuhan segera.

Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melalui konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Tindakan segera dari kehamilan dengan sungsang yaitu memberikan KIE dan posisi knee chest tentang sungsang (Salmah dkk, 2006).

e. Langkah kelima V (kelima) : perencanaan asuhan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi.

Perencanaan tindakan yang dilakukan pada ibu hamil dengan sungsang antara lain:

1. Observasi TTV
2. Memberitahu hasil pemeriksaan
3. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga kemungkinan cara persalinan
4. Konsul/kolaborasi dengan Dr. Obgyn
5. Melakukan inform consent
6. Lakukan rujukan

f. Langkah keenam VI (keenam) : pelaksanaan (implementasi)

Rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman.

Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.

g. Langkah VII (ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah dipenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Varney, 2016).

