BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) adalah suatu penyakit kelainan metabolisme kronik yang disebabkan oleh Pankreas karena tidak mampu memproduksi cukup insulin, atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif sehingga menyebabkan kadar glukosa darah meningkat (Nurpalah dkk., 2023) Diabetes sendiri terdiri dari DM Type 1, DM Type 2, Type lain yang disebabkan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM dan DM Gestasional. Diabetes Melitus Gestasional (DMG) merupakan penyakit karena adanya peningkatan kadar gula darah (Hiperglikemia) yang terjadi selama kehamilan (Nurpalah dkk., 2023). Diabetes ini jarang terdeteksi dan juga diprediksi akan mengalami peningkatan di setiap tahunnya.

Selama 20 tahun terakhir pravalensi diabetes gestasional terus meningkat secara global sebanyak 21,3 juta (16,2%) yang kebanyakan terdeteksi selama kehamilan (Kementerian Kesehatan RI 2014). Berdasarkan *American Collage of Obstetrician and Genologist* (ACOG) (2019) melaporkan bahwa 86% kehamilan mengalami komplikasi DM, 7% diantaranya adalah DM Gestasional (Nurpalah dkk., 2023). Di Indonesia sendiri prevalensi DM Gestasional berkisar 1,9-3,6%, sedangkan ibu hamil yang memiliki riwayat keluarga dengan DM adalah sebesar 1,5%. DM gestasional terjadi sekitar 1-14% dari seluruh kehamilan dan 10-25% tidak terdiagnosis, yang terlihat dari hanya 3-5% yang menderita penyakit

DM Gestasional yang terdiagnosis setiap tahunnya. (Wahyuni dkk., 2021).

DM Gestasional ini di hubungkan dengan komplikasi perinatal dan meningkatkan risiko penyakit metabolic pada ibu dan anak. Penyebab factor risiko DM Gestasional pada ibu hamil dapat berupa kelebihan berat badan, mempunyai riwayat DM Gestasional sebelumnya, riwayat DM pada keluarga, sering mengalami abortus, bayi cacat atau mengalami kelainan bawaan, bayi dengan BB lebih dari 4000 gram, dan adanya riwayat preeklamsia. (Lumadi & Sulaiman, 2017). Factor resiko terjadinya DMG yang dapat di modifikasi yaitu usia ibu hamil, IMT (Indeks Massa tubuh) yang mana ibu dengan obesitas dapat menyebabkan bayi makrosomnia/BB berlebih, ras/etnik, dan merokok yang mana tidak harus pada ibu hamilnya dan bisa juga dari keluarga riwayat penyakit keluarga dan riwayat penyakit terdahulu, gaya hidup ibu sebelum dan selama kehamilan, aktivitas fisik yang dilakukan dengan intens dapat 20% mengurangi risiko DMG, sindrom ovarium polikistik, dan kondisi medis lain yang menyebabkan disfungsi hormonal dan metabolik yang meningkatkan risiko DM Gestasional (Adli, 2021)

Komplikasi yang terjadi apabila ibu mengalami DM Gestasional dapat berpotensi bagi ibu dan janin, antara lain bisa menyebabkan kematian ibu dan anak, preeklamsia, polihidramnion, eklamsia, makrosomia janin, trauma persalinan, persalinan operatif, sedangkan pada janin dapat meningkatkan morbiditas neonatus berupa hipoglikemia, polisitemia, penyakit kuning, makrosomia, hal ini dikarenakan bayi dari ibu yang menderita DM Gestasional mengeluarkan lebih banyak insulin sehingga merangsang pertumbuhan bayi makrosomia. Menurut rahmawati dkk (2016)

ibu hamil yang terkena DM Gestasional juga dapat meningkatkan risiko ibu terkena DM di kemudian hari sebesar 3-5%.

Untuk itu, Deteksi dini DMG sangat penting untuk memastikan kesehatan ibu, terutama yang memiliki faktor risiko, agar segera mendapatkan pengobatan terbaik. Deteksi dini juga dapat membantu meningkatkan kesehatan ibu selama dan setelah kehamilan. Menurut *American Pregnance Association* (APA), tujuan utama pengendalian gula darah selama kehamilan adalah untuk mengetahui apakah seorang ibu hamil menderita diabetes gestasional atau tidak. Oleh karena itu, pengendalian kadar gula darah pada ibu hamil sedini mungkin akan memberikan informasi untuk segera memulai pengobatan yang diperlukan dan diharapkan dapat mengurangi angka kejadian komplikasi akibat kasus DMG ini. Menurut konsensus PERKENI 2015 tentang pengelolaan & pencegahan diabetes melitus type 2 di Indonesia menyarankan semua ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan pada awal kehamilan dan diulangi lagi pada usia kehamilan 24 sampai 28 minggu apabila hasilnya negatif, apabila pemeriksaan hanya dilaksanakan pada kelompok yang berisiko tinggi, maka DM Gestasional pada ibu hamil tidak akan terdeteksi sekitar 31% (PERKENI, 2021a)

Pada tahun 2015, *American Diabetic Association* (ADA) merekomendasikan beberapa hal pada ibu hamil untuk melakukan: 1.Tes untuk mendeteksi DM tipe 2 yang tidak terdiagnosis pada kunjungan prenatal pertama 2.Tes skrining dan diagnostik diabetes pada wanita dengan usia kehamilan 24 sampai 28 minggu tanpa riwayat DMG 3.Pasca melahirkan 6 sampai 12 minggu melakukan skrining pada ibu untuk mengetahui DMG

dengan tes toleransi glukosa oral mingguan 4. Wanita dengan riwayat DMG harus diskrining untuk diabetes atau pradiabetes setidaknya setiap 3 tahun sepanjang hidup mereka 5. Wanita dengan riwayat DMG dan pradiabetes sebaiknya mendapat intervensi gaya hidup atau metformin untuk mencegah diabetes.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati dkk.,(2016) menyebutkan bahwa sebagian besar ibu hamil tidak memahami betapa pentingnya untuk mendeteksi secara dini DM selama kehamilan/melakukan pengecekan kadar gula darah selama kehamilan dan mayoritas ibu hamil yang berisiko atau terkena DM Gestasional belum teridentifikasi. Mayoritas hanya terfokus pada penyakit tertentu seperti anemia dan hipertensi, sedangkan pada DM Gestasional kurang diperhatikan, kecuali ibu hamil tersebut sudah memiliki riwayat diabetes sebelum hamil. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan desember 2023 di Bidan Praktik Mandiri Suraliana Desa Pojok, ibu hamil yang periksa di tempat praktek tersebut hanya diperiksa usia kehamilan, berat badan, tinggi badan dan sebagian besar tidak di periksa kadar glukosa darahnya, sehingga DM Gestasional tidak terdeteksi. Program pemeriksaan kadar glukosa darah dilakukan di puskesmas sehingga dibidan praktik tidak ada pemeriksaan kadar glukosa darah.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti tentang Gambaran Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Gambaran Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional di Bidan Praktik Mandiri Suraliana Desa Pojok ”.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan keperawatan yang berkaitan dengan Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan menjadi upaya edukasi dalam mengembangkan ilmu dan pengatahuan keperawatan yang berkaitan dengan Gambaran Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional.

b. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi mahasiswa mengenai pentingnya Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan bahan dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Gambaran Kadar Glukosa Darah Pada Ibu Hamil Trimester II Usia Kehamilan 24-28 Minggu Untuk Mendeteksi Risiko DM Gestasional.