

Case Report : Kehamilan Grande Multigravida Karena Kegagalan IUD Dengan Diabetes Gestasional Dan Riwayat Sectio Caesarea Di Puskesmas Plaosan

Immelia Erviana Dica¹, Teta Puji Rahayu², Nurlailis Saadah³, Rahayu Sumaningsih⁴

^{1,2,3,4} Poltekkes Kemenkes Surabaya

Email: immeliaerviana@gmail.com

Abstrak

Kehamilan dengan status grande multigravida tergolong sebagai kondisi berisiko tinggi yang rentan terhadap penyulit pada ibu maupun janin. Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan kebidanan secara menyeluruh guna memantau kondisi kesehatan serta meminimalkan potensi komplikasi sejak awal. Studi ini bertujuan untuk menguraikan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. A, seorang pasien grande multigravida akibat kegagalan alat kontrasepsi IUD yang disertai diabetes gestasional dan riwayat tindakan sectio caesarea (SC). Metode: Penelitian ini menerapkan desain laporan kasus (Case Report) berbasis pendekatan manajemen kebidanan. Proses pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Januari hingga Mei 2026 di Puskesmas Plaosan meliputi wawancara klinis, pemeriksaan fisik, tes penunjang, pengamatan langsung, serta pencatatan rekam medis. Hasil dan Pembahasan: Intervensi kebidanan diprioritaskan pada pemantauan ketat status kesehatan ibu dan janin, pengaturan pola makan dan latihan fisik untuk mengontrol kadar gula darah, edukasi tanda bahaya kehamilan berisiko, serta perencanaan penggunaan kontrasepsi pascamelahirkan. Evaluasi menunjukkan adanya perbaikan klinis yang signifikan pada pasien, ditandai dengan penurunan kadar gula darah acak (GDA) serta stabilnya kadar hemoglobin (Hb) pada angka 14,4 g/dL. Simpulan: Pemberian asuhan kebidanan secara berkelanjutan selama tiga bulan terbukti efektif meningkatkan pemahaman pasien terkait risiko kehamilannya. Selain itu, penderita diabetes gestasional berhasil mengontrol kondisinya melalui penerapan diet rendah karbohidrat, olahraga ringan teratur seperti berjalan kaki, serta pembatasan aktivitas fisik yang berat.

Kata Kunci: Grande Multigravida, Kegagalan IUD, Diabetes Gestasional, Riwayat Sectio Caesarea.

Abstract

Grande multigravida pregnancies carry a high risk of various complications for both mother and baby. Such conditions require comprehensive midwifery care to detect complications early and safeguard the health of both the mother and the fetus. This case report aims to describe the midwifery care provided for a grande multigravida pregnancy involving IUD failure, gestational diabetes, and a history of Cesarean section. Methods: A case study approach utilizing the midwifery management process was employed. Data collection involved history taking, physical examinations, diagnostic tests, observation, and documentation regarding Mrs. A at the Plaosan Community Health Center (Puskesmas) between January and May 2026. Results and Discussion: Midwifery care focused on monitoring maternal and fetal status, managing gestational diabetes through education on diet and physical activity, monitoring blood glucose levels, counseling on high-risk pregnancy danger signs, and planning for postpartum contraception. Following comprehensive care, the mother's condition showed positive progress; random blood glucose (RBG) levels decreased, and hemoglobin (Hb) levels reached 14.4 g/dL, resulting in a stable maternal condition. Conclusion: Midwifery care delivered over a three-month period—encompassing assessment, education, counseling, and evaluation—successfully improved the mother's understanding of high-risk pregnancy. Pregnant women with gestational diabetes can prevent complications by adhering to a low-carbohydrate and low-glucose diet, engaging in daily exercise (such as walking), and avoiding strenuous activities.

Keywords: Grande Multigravida, IUD Failure, Gestational Diabetes, History of Cesarean Section.

1. PENDAHULUAN

Masa kehamilan merupakan periode krusial yang memerlukan penilaian status risiko secara komprehensif untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin. Salah satu faktor risiko adalah grande multigravida, yaitu kehamilan ≥ 4 kali, yang meningkatkan kerentanan

terhadap komorbiditas seperti diabetes melitus gestasional (DMG), suatu gangguan toleransi glukosa yang muncul atau terdeteksi selama kehamilan (Petricka et al., 2025). DMG umumnya bersifat asimtomatik, tetapi dapat menyebabkan makrosomia, preeklampsia hingga eklampsia, polihidramnion, hipoglikemia neonatal, serta meningkatkan risiko obesitas pada anak di kemudian hari (Aspilayuli et al., 2023; Akbar & Primaditya, 2024). Faktor yang berhubungan dengan DMG meliputi obesitas, usia maternal, paritas, riwayat keluarga, dan riwayat melahirkan bayi makrosomia (Mato, 2023), sehingga skrining dan deteksi dini menjadi penting, terutama pada kelompok berisiko tinggi.

Riwayat sectio caesarea (SC) juga meningkatkan kompleksitas kehamilan berikutnya karena berisiko menyebabkan ruptur uteri, terutama pada persalinan pervaginam pasca-SC (VBAC), serta kelainan implantasi plasenta seperti plasenta previa dan plasenta akreta (Sargent et al., 2020; Gonzalez et al., 2021). Selain itu, kelahiran prematur dapat menjadi komplikasi yang berdampak pada kesehatan bayi (Peters et al., 2019). Secara umum, kehamilan berisiko tinggi dapat ditandai oleh usia maternal <20 atau >35 tahun, paritas ≥ 4 , jarak kehamilan <2 tahun, serta penyakit penyerta seperti anemia, preeklampsia, DMG, dan Kekurangan Energi Kronik (KEK), sehingga memerlukan asuhan dan pemantauan lebih intensif dibandingkan kehamilan fisiologis (Azizah et al., 2025). Pada grande multigravida, faktor risiko tersebut dapat diperberat oleh perdarahan postpartum, plasentasi abnormal, malpresentasi janin, DMG, preeklampsia, serta persalinan lama atau macet (Aisyah & Kurniati, 2024).

Grande multigravida salah satunya berkaitan dengan kegagalan atau keterlambatan penggunaan kontrasepsi. Program Keluarga Berencana (KB), khususnya Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), berperan dalam mencegah kehamilan tidak direncanakan dan mengatur jarak kelahiran (Yanti et al., 2023). Intrauterine Device (IUD) merupakan salah satu MKJP dengan efektivitas tinggi, meskipun kegagalan tetap dapat terjadi akibat ekspulsi, kesalahan pemasangan, habisnya masa pakai, atau malposisi yang dipengaruhi kontraksi uterus, variasi anatomi, dan ukuran kavum uteri (Andriyani et al., 2024). Oleh karena itu, kompetensi tenaga kesehatan dalam pemasangan, skrining calon akseptor, pemeriksaan posisi IUD secara berkala, serta edukasi mengenai tanda ekspulsi merupakan strategi penting untuk mempertahankan efektivitas kontrasepsi (Handayani et al., 2025).

Secara epidemiologis, Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan proporsi grande multigravida sebesar 5,3% secara nasional, sedangkan data BKKBN 2022 yang dikutip dalam *Gema Bidan Indonesia* menunjukkan prevalensi di Jawa Timur sebesar 23,2% dari 75.854 kehamilan. Di Kabupaten Magetan, Dinas Kesehatan mencatat 1.557 kasus kehamilan dengan komplikasi dari estimasi 1.602 kasus pada 2022, sementara studi pendahuluan di Puskesmas Plaosan tahun 2025 menemukan 1,8% grande multigravida dari 333 ibu hamil berisiko tinggi. Pada DMG, IDF melaporkan prevalensi global sebesar 14% dari seluruh kehamilan pada 2021 (As et al., 2025), sedangkan Indonesia mencatat 2,6% pada 2023 atau sekitar 14.935 ibu hamil; di Puskesmas Plaosan, prevalensinya sebesar 0,6% dari 333 ibu hamil pada 2025. Meskipun kegagalan IUD relatif rendah, yaitu sekitar 0,6–0,8 kehamilan per 100 akseptor per tahun secara nasional maupun di Kabupaten Magetan, kehamilan tetap dapat terjadi akibat ekspulsi, malposisi, atau ketidaktepatan insersi (Andriyani et al., 2024; Magetan, 2022).

Penatalaksanaan DMG terutama dilakukan melalui modifikasi pola makan dan aktivitas fisik, sedangkan terapi farmakologis diberikan apabila perubahan gaya hidup belum mampu mengendalikan kadar glukosa; keterlambatan penanganan dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal dan fetal (Adli, 2021). Pada kelompok grande multigravida, risiko juga dipengaruhi faktor nonmedis seperti pendidikan, beban kerja fisik, akses pelayanan kesehatan, dan status nutrisi (Azizah et al., 2025). Dengan demikian, pengelolaan kehamilan grande

multigravida berisiko tinggi memerlukan pendekatan komprehensif melalui perencanaan kehamilan, deteksi dini, skrining faktor risiko, pemantauan antenatal care (ANC), serta program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dan RDB (Rujukan Dini Berencana) sesuai standar kebidanan (Angraini et al., 2024). Pendekatan terintegrasi tersebut menjadi penting untuk mengidentifikasi dan mengendalikan berbagai faktor risiko secara dini sehingga komplikasi pada ibu dan janin dapat diminimalkan.

2. METODE PENELITIAN

Masa kehamilan merupakan periode krusial yang memerlukan penilaian status risiko secara komprehensif untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin. Salah satu faktor risiko adalah grande multigravida, yaitu kehamilan ≥ 4 kali, yang meningkatkan kerentanan terhadap komorbiditas seperti diabetes melitus gestasional (DMG), suatu gangguan toleransi glukosa yang muncul atau terdeteksi selama kehamilan (Petricka et al., 2025). DMG umumnya bersifat asimtomatik, tetapi dapat menyebabkan makrosomia, preeklampsia hingga eklampsia, polihidramnion, hipoglikemia neonatal, serta meningkatkan risiko obesitas pada anak di kemudian hari (Aspilayuli et al., 2023; Akbar & Primaditya, 2024). Faktor yang berhubungan dengan DMG meliputi obesitas, usia maternal, paritas, riwayat keluarga, dan riwayat melahirkan bayi makrosomia (Mato, 2023), sehingga skrining dan deteksi dini menjadi penting, terutama pada kelompok berisiko tinggi.

Riwayat sectio caesarea (SC) juga meningkatkan kompleksitas kehamilan berikutnya karena berisiko menyebabkan ruptur uteri, terutama pada persalinan pervaginam pasca-SC (VBAC), serta kelainan implantasi plasenta seperti plasenta previa dan plasenta akreta (Sargent et al., 2020; Gonzalez et al., 2021). Selain itu, kelahiran prematur dapat menjadi komplikasi yang berdampak pada kesehatan bayi (Peters et al., 2019). Secara umum, kehamilan berisiko tinggi dapat ditandai oleh usia maternal < 20 atau > 35 tahun, paritas ≥ 4 , jarak kehamilan < 2 tahun, serta penyakit penyerta seperti anemia, preeklampsia, DMG, dan Kekurangan Energi Kronik (KEK), sehingga memerlukan asuhan dan pemantauan lebih intensif dibandingkan kehamilan fisiologis (Azizah et al., 2025). Pada grande multigravida, faktor risiko tersebut dapat diperberat oleh perdarahan postpartum, plasentasi abnormal, malpresentasi janin, DMG, preeklampsia, serta persalinan lama atau macet (Aisyah & Kurniati, 2024).

Grande multigravida salah satunya berkaitan dengan kegagalan atau keterlambatan penggunaan kontrasepsi. Program Keluarga Berencana (KB), khususnya Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), berperan dalam mencegah kehamilan tidak direncanakan dan mengatur jarak kelahiran (Yanti et al., 2023). Intrauterine Device (IUD) merupakan salah satu MKJP dengan efektivitas tinggi, meskipun kegagalan tetap dapat terjadi akibat ekspulsi, kesalahan pemasangan, habisnya masa pakai, atau malposisi yang dipengaruhi kontraksi uterus, variasi anatomi, dan ukuran kavum uteri (Andriyani et al., 2024). Oleh karena itu, kompetensi tenaga kesehatan dalam pemasangan, skrining calon akseptor, pemeriksaan posisi IUD secara berkala, serta edukasi mengenai tanda ekspulsi merupakan strategi penting untuk mempertahankan efektivitas kontrasepsi (Handayani et al., 2025).

Secara epidemiologis, Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan proporsi grande multigravida sebesar 5,3% secara nasional, sedangkan data BKKBN 2022 yang dikutip dalam *Gema Bidan Indonesia* menunjukkan prevalensi di Jawa Timur sebesar 23,2% dari 75.854 kehamilan. Di Kabupaten Magetan, Dinas Kesehatan mencatat 1.557 kasus kehamilan dengan komplikasi dari estimasi 1.602 kasus pada 2022, sementara studi pendahuluan di Puskesmas Plaosan tahun 2025 menemukan 1,8% grande multigravida dari 333 ibu hamil berisiko tinggi. Pada DMG, IDF melaporkan prevalensi global sebesar 14% dari seluruh kehamilan pada 2021 (As et al., 2025), sedangkan Indonesia mencatat 2,6% pada 2023 atau

sekitar 14.935 ibu hamil; di Puskesmas Plaosan, prevalensinya sebesar 0,6% dari 333 ibu hamil pada 2025. Meskipun kegagalan IUD relatif rendah, yaitu sekitar 0,6–0,8 kehamilan per 100 akseptor per tahun secara nasional maupun di Kabupaten Magetan, kehamilan tetap dapat terjadi akibat ekspulsi, malposisi, atau ketidaktepatan insersi (Andriyani et al., 2024; Magetan, 2022).

Penatalaksanaan DMG terutama dilakukan melalui modifikasi pola makan dan aktivitas fisik, sedangkan terapi farmakologis diberikan apabila perubahan gaya hidup belum mampu mengendalikan kadar glukosa; keterlambatan penanganan dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal dan fetal (Adli, 2021). Pada kelompok grande multigravida, risiko juga dipengaruhi faktor nonmedis seperti pendidikan, beban kerja fisik, akses pelayanan kesehatan, dan status nutrisi (Azizah et al., 2025). Dengan demikian, pengelolaan kehamilan grande multigravida berisiko tinggi memerlukan pendekatan komprehensif melalui perencanaan kehamilan, deteksi dini, skrining faktor risiko, pemantauan antenatal care (ANC), serta program P4K (Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) dan RDB (Rujukan Dini Berencana) sesuai standar kebidanan (Angraini et al., 2024). Pendekatan terintegrasi tersebut menjadi penting untuk mengidentifikasi dan mengendalikan berbagai faktor risiko secara dini sehingga komplikasi pada ibu dan janin dapat diminimalkan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data *Case Report* berjudul “Case Report: Kehamilan Grande Multigravida Karena Kegagalan IUD dengan Diabetes Gestasional dan Riwayat Sectio Caesarea” dilakukan di Puskesmas Plaosan, Kabupaten Magetan, Jawa Timur. Puskesmas Plaosan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan promotif, preventif, dan pelayanan kesehatan perseorangan, meliputi rawat jalan, UGD, pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas, KIA, dan KB.

Hasil Pengumpulan Data

Pengkajian awal dilakukan pada 27 Januari 2026 pukul 16.00 WIB di rumah pasien. Ny. A, 34 tahun, pendidikan S1, bekerja sebagai perawat, menikah dengan Tn. S, 40 tahun, karyawan swasta. Ibu tidak memiliki keluhan, seperti nyeri perut, perdarahan, pusing, mual muntah, maupun keputihan abnormal. Pada kehamilan saat ini ibu mengalami diabetes gestasional dan memiliki riwayat *sectio caesarea*, tanpa riwayat penyakit kronis atau penyakit reproduksi. Riwayat menstruasi menunjukkan menarche usia 14 tahun, siklus 28–30 hari, lama 7 hari, dengan HPHT 20 Juli 2025 dan HPL 27 April 2026. Riwayat obstetri menunjukkan kehamilan pertama mengalami IUFD pada usia 39 minggu; kehamilan kedua berlangsung 39 minggu dan persalinan melalui *sectio caesarea* dengan kondisi nifas normal; kehamilan ketiga dan kelima mengalami mola hidatidosa pada usia 9 minggu; sedangkan kehamilan keempat berlangsung 40 minggu dan persalinan melalui *sectio caesarea* dengan masa nifas normal. Kehamilan keenam saat ini berusia 27–28 minggu, ibu rutin melakukan ANC terpadu dan USG, serta telah memperoleh tablet Fe, multivitamin, imunisasi TT lengkap, dan konseling kehamilan. Setelah kehamilan kelima tahun 2024, ibu menggunakan IUD selama sekitar satu tahun, tetapi mengalami kegagalan kontrasepsi sehingga terjadi kehamilan keenam; ibu merencanakan KB steril/MOW setelah persalinan.

Pola kebutuhan sehari-hari menunjukkan ibu makan 2–3 kali sehari dengan nasi, sayur, dan lauk, tetapi jarang mengonsumsi buah; minum 6–7 gelas air/hari dan susu hamil satu gelas/hari. Eliminasi, personal hygiene, istirahat, dan aktivitas relatif baik. Ibu tetap bekerja

sebagai tenaga kesehatan dan melakukan aktivitas rumah tangga ringan serta berjalan kaki setiap pagi, sementara aktivitas berat dibantu suami. Tidak terdapat kebiasaan konsumsi kopi, jamu, rokok, maupun perilaku sosial budaya yang merugikan kehamilan. Dukungan suami dan keluarga baik serta disertai harapan dan doa agar kehamilan hingga nifas berlangsung lancar.

Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD 110/70 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 80 kali/menit, dan pernapasan 20 kali/menit. BB sebelum hamil 73 kg, saat ini 85 kg, TB 168 cm, dan IMT 26,07 kg/m² (*overweight*). Pemeriksaan fisik tidak menunjukkan edema, pucat, ikterus, kelainan respirasi, maupun kelainan ekstremitas. Abdomen menunjukkan bekas luka operasi, pembesaran sesuai kehamilan, linea alba, dan TFU 25 cm. Pemeriksaan Leopold menunjukkan bokong di fundus, punggung janin di kanan, presentasi kepala, dan kepala belum masuk PAP; TBJ 2.015 gram dengan DJJ dalam kondisi baik. Pemeriksaan laboratorium 26 Januari 2026 menunjukkan Hb 14,4 g/dL, protein urine negatif, GDA 352 mg/dL, golongan darah O, HIV/AIDS nonreaktif, dan HBsAg negatif. KSPR menunjukkan skor 14 yang termasuk risiko sangat tinggi akibat terlalu banyak anak, riwayat kegagalan kehamilan, dan diabetes. Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. A G6P20022 usia kehamilan 27–28 minggu dengan janin tunggal hidup intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, punggung kanan, presentasi kepala belum masuk PAP, serta kehamilan risiko sangat tinggi dengan kondisi ibu dan janin baik.

Penatalaksanaan difokuskan pada pemantauan kehamilan risiko sangat tinggi, pengendalian diabetes gestasional, pemenuhan kebutuhan ibu, pencegahan komplikasi, edukasi tanda bahaya, ANC teratur, pemeriksaan penunjang, persiapan persalinan, dan perencanaan KB pascapersalinan. Ibu diberikan edukasi mengenai risiko usia dan riwayat obstetri buruk, dampak diabetes terhadap ibu dan janin, pengaturan nutrisi dengan membatasi makanan tinggi gula dan karbohidrat sederhana, aktivitas ringan, istirahat cukup, kebersihan diri, konsumsi tablet tambah darah, serta pemeriksaan gula darah, Hb, dan protein urine. Edukasi P4K meliputi tempat dan penolong persalinan, pendamping, transportasi, pendonor darah, pembiayaan, dan persiapan ibu-bayi. Mengingat risiko sangat tinggi, ibu dianjurkan melahirkan di fasilitas kesehatan rujukan dan melakukan kolaborasi dengan bidan desa serta dokter Puskesmas. Ibu juga direncanakan menggunakan MOW/KB steril setelah persalinan.

Catatan Perkembangan

Kunjungan II (12 Maret 2026) menunjukkan ibu tidak memiliki keluhan khusus, gerakan janin aktif setiap hari, kadang cepat lelah, tetap mengonsumsi tablet tambah darah, memahami tanda bahaya, dan mulai mempersiapkan persalinan. Keadaan umum baik dan *compos mentis*, TD 120/90 mmHg, nadi 81 kali/menit, suhu 36,6°C, dan pernapasan 20 kali/menit. Tidak ditemukan edema maupun tanda kelainan fisik. TFU 32 cm, DJJ 144 kali/menit, presentasi kepala dengan bagian terendah belum masuk PAP. Pemeriksaan 10 Maret 2026 menunjukkan GDA 305 mg/dL dan Hb 14,1 g/dL. Assessment menunjukkan Ny. A G6P20022 dengan kehamilan risiko sangat tinggi, kondisi ibu dan janin stabil. Asuhan difokuskan pada edukasi dampak diabetes, pengaturan diet rendah gula dan karbohidrat sederhana, konsumsi makanan tinggi serat dan protein, pemantauan gula darah, istirahat cukup, konsumsi tablet Fe, pengenalan tanda bahaya, ANC rutin, pemeriksaan penunjang, persiapan persalinan di fasilitas rujukan, serta konseling KB pascapersalinan. Ibu memahami dan bersedia mengikuti anjuran, sedangkan keputusan MOW masih didiskusikan dengan suami.

Kunjungan III (5 April 2026) menunjukkan ibu tidak memiliki keluhan, gerakan janin tetap aktif, memahami risiko kehamilan dan tanda bahaya, merasa lebih ringan dalam beraktivitas, serta telah mempersiapkan perlengkapan persalinan. Ibu menyatakan bersedia menggunakan KB steril setelah persalinan. Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik,

compos mentis, TD 112/74 mmHg, nadi 86 kali/menit, suhu 36,6°C, pernapasan 20 kali/menit, tanpa edema maupun tanda kelainan fisik. Kehamilan sesuai usia 36–37 minggu dengan TFU 34 cm, DJJ 148 kali/menit, dan hasil laboratorium 2 April 2026 berupa GDS 200 mg/dL, Hb 13 g/dL, serta protein urine negatif. Assessment menunjukkan Ny. A G6P20022 usia kehamilan 36–37 minggu dengan janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, kondisi ibu dan janin baik, tetapi tetap termasuk kehamilan risiko sangat tinggi. Asuhan dilanjutkan melalui evaluasi pemahaman dan kepatuhan terhadap anjuran, penguatan ANC, persiapan persalinan, serta konseling MOW. Ibu telah memahami sifat permanen MOW, berdiskusi dengan suami, dan mantap memilih KB steril setelah persalinan. Ibu juga memahami pentingnya persalinan di fasilitas kesehatan rujukan dan segera mencari pertolongan apabila muncul tanda persalinan atau tanda bahaya.

Pembahasan

Analisis Data

Data Subjektif

Ny. A mengalami kehamilan grande multigravida akibat kegagalan kontrasepsi IUD yang disertai diabetes gestasional dan riwayat *sectio caesarea*, sehingga termasuk kehamilan risiko sangat tinggi (KRST). Kondisi tersebut meningkatkan risiko komplikasi maternal dan fetal serta memerlukan pemantauan antenatal komprehensif. Petricka et al. (2025) menyatakan bahwa grande multigravida, yaitu kehamilan lebih dari empat kali, berkaitan dengan peningkatan risiko perdarahan, kelainan letak janin, anemia, dan persalinan operatif. Kegagalan IUD dapat terjadi akibat ekspulsi, malposisi, atau pemasangan yang kurang tepat (Andriyani et al., 2024), sedangkan diabetes gestasional merupakan intoleransi glukosa yang pertama kali terdiagnosis saat kehamilan dan dapat meningkatkan risiko preeklampsia, makrosomia, polihidramnion, hipoglikemia neonatal, dan *sectio caesarea* (Aspilayuli et al., 2023). Riwayat *sectio caesarea* juga meningkatkan risiko ruptur uteri, plasenta previa, dan plasenta akreta pada kehamilan berikutnya (Sargent et al., 2020; Gonzalez et al., 2021). Dengan demikian, kombinasi faktor tersebut memerlukan deteksi dini, pemantauan lebih intensif, pengendalian kadar glukosa, pengaturan pola makan dan aktivitas, kepatuhan ANC, serta edukasi berkelanjutan agar ibu mampu berpartisipasi dalam mempertahankan kesehatan kehamilan.

Data Objektif

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, tanda vital dalam batas normal, pertumbuhan janin sesuai usia kehamilan, DJJ normal, dan tidak ditemukan tanda bahaya. Namun, pemeriksaan glukosa darah menunjukkan kadar di atas normal sehingga memerlukan pemantauan berkala. Menurut Varney (2020), data objektif diperoleh melalui observasi, pemeriksaan fisik, obstetri, dan penunjang untuk menilai kondisi ibu dan janin secara menyeluruh. Pemeriksaan tanda vital, Leopold, TFU, DJJ, dan laboratorium penting untuk mendeteksi penyimpangan kehamilan; pada diabetes gestasional, pemantauan glukosa diperlukan untuk mencegah makrosomia, polihidramnion, preeklampsia, dan hipoglikemia neonatal (Aspilayuli et al., 2023). Grande multigravida memerlukan pemeriksaan antenatal lebih intensif karena tingginya risiko komplikasi obstetri (Petricka et al., 2025), sedangkan riwayat *sectio caesarea* memerlukan pemantauan terhadap komplikasi bekas luka operasi (Sargent et al., 2020). Oleh karena itu, pemeriksaan objektif yang sistematis menjadi dasar deteksi dini dan evaluasi efektivitas pengelolaan kehamilan, terutama melalui pemantauan glukosa dan pertumbuhan janin.

Assessment

Berdasarkan data subjektif dan objektif, Ny. A ditegakkan sebagai ibu dengan kehamilan grande multigravida akibat kegagalan kontrasepsi IUD, disertai diabetes gestasional dan riwayat *sectio caesarea*, sehingga termasuk kehamilan risiko sangat tinggi. Menurut Varney (2020), *assessment* merupakan interpretasi data subjektif dan objektif untuk menetapkan diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien sebagai dasar perencanaan asuhan. Grande multigravida meningkatkan risiko komplikasi obstetri (Petricka et al., 2025), diabetes gestasional memerlukan pengendalian glukosa untuk mencegah komplikasi maternal dan neonatal (Aspilayuli et al., 2023), sedangkan riwayat *sectio caesarea* meningkatkan risiko ruptur uteri dan komplikasi plasenta (Sargent et al., 2020). Dengan demikian, *assessment* pada kasus ini telah sesuai dengan kondisi klinis dan seluruh faktor risiko ibu, sehingga dapat menjadi dasar penyusunan asuhan yang tepat dan berkesinambungan.

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Ny. A meliputi pemantauan ibu dan janin melalui ANC, tanda vital, pemeriksaan obstetri dan kadar glukosa, edukasi pengaturan pola makan, aktivitas fisik ringan, tanda bahaya, persiapan persalinan, serta kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Menurut Varney (2020), penatalaksanaan merupakan implementasi rencana asuhan berdasarkan diagnosis, masalah, dan kebutuhan klien secara komprehensif dan berkesinambungan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) menekankan pentingnya ANC rutin, pemantauan ibu dan janin, deteksi dini komplikasi, dan kolaborasi pada kehamilan risiko tinggi. Pengelolaan diabetes gestasional meliputi pengaturan pola makan, aktivitas fisik, pemantauan glukosa, dan terapi farmakologis apabila diperlukan (Aspilayuli et al., 2023), sedangkan grande multigravida memerlukan pemantauan intensif (Petricka et al., 2025) dan riwayat *sectio caesarea* memerlukan perencanaan persalinan secara cermat untuk mengurangi risiko ruptur uteri dan komplikasi obstetri (Sargent et al., 2020). Asuhan tersebut menunjukkan bahwa pengendalian faktor risiko, edukasi, pemantauan berkelanjutan, dan kolaborasi merupakan solusi utama dalam mempertahankan kondisi ibu dan janin serta mencegah komplikasi.

Keunikan

Keunikan kasus Ny. A terletak pada kombinasi grande multigravida akibat kegagalan kontrasepsi IUD, diabetes gestasional, dan riwayat *sectio caesarea* dalam satu kehamilan, yang menyebabkan kompleksitas risiko lebih tinggi dibandingkan kehamilan normal. Grande multigravida meningkatkan risiko komplikasi obstetri (Petricka et al., 2025), diabetes gestasional berisiko menimbulkan komplikasi maternal dan neonatal (Aspilayuli et al., 2023), kegagalan IUD dapat terjadi akibat ekspulsi, malposisi, atau pemasangan yang kurang tepat (Andriyani et al., 2024), sedangkan riwayat *sectio caesarea* meningkatkan risiko ruptur uteri dan komplikasi plasenta (Sargent et al., 2020). Kombinasi tersebut menjadi karakteristik khusus yang menuntut pengkajian mendalam, pemantauan intensif, edukasi individual, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Dengan demikian, asuhan harus disesuaikan dengan kondisi klinis dan kebutuhan ibu secara individual, komprehensif, dan berkesinambungan.

Implikasi

Kasus Ny. A menunjukkan bahwa kombinasi grande multigravida, kegagalan IUD, diabetes gestasional, dan riwayat *sectio caesarea* memerlukan asuhan kebidanan komprehensif melalui pengkajian menyeluruh, ANC berkala, pemantauan glukosa dan kondisi janin, edukasi nutrisi serta aktivitas fisik, dan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Menurut Varney (2020), manajemen kebidanan merupakan proses sistematis mulai dari

pengkajian, interpretasi data, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) menegaskan bahwa ANC berkualitas berperan dalam deteksi dini faktor risiko dan pencegahan komplikasi, sedangkan Petricka et al. (2025) dan Aspilayuli et al. (2023) menekankan perlunya pemantauan intensif pada grande multigravida dan pengendalian diabetes gestasional. Implikasi kasus ini menunjukkan bahwa identifikasi faktor risiko sejak awal dan penerapan asuhan berkesinambungan menjadi dasar penting dalam pengambilan keputusan klinis dan optimalisasi kesehatan ibu serta janin.

Keterbatasan

Laporan kasus ini terbatas pada satu ibu hamil dengan kombinasi grande multigravida akibat kegagalan IUD, diabetes gestasional, dan riwayat *sectio caesarea*, sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan pada seluruh ibu dengan kondisi serupa. Menurut Notoatmodjo (2018), *case report* mendeskripsikan kondisi satu individu secara rinci sehingga hasilnya bersifat spesifik dan tidak dapat digeneralisasikan. Pemantauan juga terbatas pada waktu praktik dan jadwal kunjungan antenatal sehingga tidak dilakukan secara kontinu hingga seluruh rangkaian kehamilan selesai. Selain itu, penulis tidak melakukan secara mandiri pemeriksaan seperti USG serial dan pemeriksaan laboratorium lanjutan yang menjadi kewenangan dokter spesialis. WHO (2023) menyatakan bahwa pemeriksaan penunjang pada kehamilan dilakukan berdasarkan indikasi klinis untuk mendukung diagnosis, pemantauan perkembangan, dan deteksi komplikasi. Oleh karena itu, kondisi ibu dinilai berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan obstetri, rekam medis, serta hasil kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang berwenang. Meskipun memiliki keterbatasan, seluruh tahapan asuhan mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, edukasi, kolaborasi, hingga evaluasi telah dilakukan secara komprehensif sesuai kebutuhan Ny. A, sehingga tetap memberikan gambaran penerapan manajemen kebidanan pada kehamilan risiko sangat tinggi.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. “A” dengan usia kehamilan 27 minggu hingga 36–37 minggu di Puskesmas Plaosan, kehamilan berlangsung dengan baik tanpa keluhan maupun tanda bahaya, dan gerakan janin dirasakan aktif setiap hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi umum baik, kesadaran compos mentis, tanda-tanda vital dalam batas normal, serta pertumbuhan kehamilan sesuai usia berdasarkan tinggi fundus uteri, yaitu 25 cm pada usia 27 minggu, 32 cm pada usia 33–34 minggu, dan 34 cm pada usia 36–37 minggu. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, Ny. “A” didiagnosis mengalami kehamilan trimester II hingga trimester III akhir dengan kategori kehamilan risiko tinggi (KRT), sehingga tetap memerlukan pemantauan secara rutin meskipun kondisi ibu dan janin baik.

Penatalaksanaan meliputi pemeriksaan kehamilan secara berkala, pemantauan kondisi ibu dan janin, edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan, serta konseling persiapan persalinan (P4K) yang mencakup tempat dan pendamping persalinan, transportasi, serta kesiapan keluarga. Ibu juga mendapatkan konseling kontrasepsi pascapersalinan dan memilih metode operasi wanita (MOW) atau kontrasepsi steril. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami edukasi yang diberikan, mampu mengenali tanda bahaya kehamilan, telah merencanakan persalinan di rumah sakit, dan menetapkan pilihan KB steril setelah melahirkan. Secara keseluruhan, kondisi ibu dan janin tetap baik, namun pemantauan berkelanjutan diperlukan hingga persalinan.

5. DAFTAR PUSTAKA

- Adli, F. K. (2022). Diabetes Melitus Gestasional: Diagnosis Dan Faktor Risiko. *Jurnal Medika Hutama*, 03(01).
- Aisyah, A. N., & Kurniati, N. (2024). *Ibu Hamil Trimester Iii Dengan Resiko Tinggi Grande Multipara Pregnant Women In The Iii Trimester With High Risk Of Grande Multipara*. 2(September), 74–78.
- Andriyani, A., Mariyah, Cahyanadia, A. P., Amelia, & Rizki, F. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kegagalan Kb Iud Di Surakarta. *Public Health And Safety International Journal*, 4(2), 175–181.
- Aspilayuli, Suhartatik, & Mato, R. (2023). Literature Review : Faktor Yang Mempengaruhi Diabetes Mellitus Gestasional. *Jimpk: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 3(4), 111–120.
- Elvira, Y., Suryani, I., Iriani, O. S., Kartika, I., Studi, P., Kebidanan, S., Dharma, S., & Penulis, H. (2024). *Faktor Komplikasi Kehamilan Yang Berhubungan Dengan Perdarahan Postpartum Primer Di Rsud Palabuhanratu Tahun 2024*.
- Fatrianti, I., & Sulastri. (2025). *Analisis Predisposisi Kejadian Diabetes Mellitus Gestasional Pada Ibu Hamil Trimester 3 Di Klinik Pratama Dokter Abdul Radjak Cengkareng*. 5, 3461–3470.
- Halmina Ilyas, S. S. J. (2022). Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Ibu Hamil Tentang Diabetes Melitus Gestasional Di Puskesmas Mangasa Makassar. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar*, 1(1), 776–787.
- Handayani, S., Afrika, E., Selifensi, L., & Sundari, F. (2025). Peningkatan Pengetahuan Dan Kesadaran Masyarakat Tentang Kontrasepsi Iud Sebagai Pilihan Kb Jangka Panjang. *Communnity Development Journal*, 6(1), 737–739.
- Ilahiyah, F. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny . S Dengan Post Operasi Sectio Carsarea Indikasi Partus Tak Maju Di Ruang Nusa Indah Rsud Dr . Soeselo Kabupaten Tegal. *An-Najat : Jurnal Ilmu Farmasi Dan Kesehatan*, 1(4), 65–78.
- Lucanio, N., Felicidade, S., Njoto, I., Kedokteran, M. F., Wijaya, U., & Surabaya, K. (2023). *Hubungan Diabetes Melitus Gestasional Dengan Angka Kejadian Makrosomia*. 1–21.
- Magetan, D. (2022). Profil Kesehatan Kabupaten Magetan Tahun 2023. In *Profil Kesehatan* (Issue 4).
- Masnilawati, A., & Karuniawati, N. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Ny. S Akseptor Kb Iud Pasca Plasenta. *Window Of Midwifery Journal*, 03(02), 163–172.
- Maudyla, D., & Hardiati, I. S. (2024). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Proses Penyembuhan Luka Post Sectio Caesaria Di Rs Ananda Babelan. *Manuju: Malahayati Nursing Journal*, 6(12), 4855–4863.
- Medika, J., Ilmiah, K., Zikriyana, I., Zahara, E., Kebidanan, J., & Aceh, P. K. (2022). *Journal Homepage : Http://Jurnal.Itkeswhs.Ac.Id/Index.Php/Medika Studi Kasus: Asuhan Kebidanan Persalinan Grande Multipara*. 7(2).
- Nurrasyidah, & Aisyah. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Minat Pasangan Usia Subur Dalam Penggunaan Kontrasepsi Intra Uterine Device. *Jurnal Kebidanan Khatulistiwa*, 9(1), 7–12.
- Pedvin Ratna Meikawati, Ana Setyowati, S. A. (2022). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. *Buku Ajar Dafis Kebidanan*, 160.
- Pristiwanto, N., Safitri, D., & Siahaan, S. C. P. T. (2022). *Hubungan Diabetes Melitus Gestasional Dengan Preeklamsia Dan Luaran Neonatal Di Rumah Sakit Kristen Mojowarno*. 8(1).
- Pusparini, W. (2025). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Ancaman Partus Prematurus

- Di Rumah Sakit Bhakti Mulia Jakarta Barat Tahun 2024. *Jurnal Ners*, 9(7), 1782–1790.
- Rohmani, H., Irawati, D., Rodiyatun, & Wayanti, S. (2025). Studi Kasus Pada Grande Multigravidatrimester Iii Di Puskesmas Kamal Kabupaten Bangkalan. *Gema Bidan Indonesia*, 14(1), 1–7.
- Romlah, Anjelina Puspita Sari, T. A. (2024). *Simplikasi Format Dokumentasi Soap Asuhan Kebidanan*.
- Saidin, & Jailani, M. S. (2023). Memahami Etika Dalam Penelitian Ilmiah. *Jurnal Qosim : Jurnal Pendidikan, Sosial & Humaniora*, 1(1), 24–29.
<https://doi.org/10.61104/Jq.V1i1.51>
- Siswishanto, R., Hurimah, W., Sulistiowati, P., & Riski, D. (2023). *Prevalence Of Gestational Diabetes Mellitus In The Special Region Of Yogyakarta*. 22(2).
- Sitanggang, H. B., & Ananda, D. T. (2025). Determinan Kehamilan Resiko Tinggi: Systematic Review. *Excellent Midwifery Journal*, 8(1), 268–285.
- Siti Marfuah, S.S.T.,dkk. (2023). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. In *K-Media*.
- Sitompul, E. S. (2023). *Pengantar Dokumentasi Kebidanan*.
- Sudarsih, I., Agustin, & Ardiansyah. (2023). Hubungan Antara Komplikasi Kehamilan Dan Riwayat Persalinan Terhadap Tindakan Sectio Caesarea. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(November), 1567–1576.
- Wathina, Z., Fajrin, S. L., & Syafira, D. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Persalinan Sectio Caesarea. *Prosiding Seminar Hi-Tech*, 2(1), 6–7.