

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan Normal

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Menurut Pratiwi dan Fatimah (2019) kehamilan adalah suatu proses fisiologis yang terjadi antara perpaduan sel sperma dan ovum sehingga terjadi konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 40 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT). Pada sebagian besar perempuan, ovulasi siklus spontan dengan interval 25-35 hari terjadi terus-menerus selama hampir 40 tahun antara menarche dan menopause. Tanpa penggunaan kontrasepsi, seorang perempuan memiliki 400 kesempatan untuk hamil, yang dapat terjadi bila melakukan hubungan seksual kapan pun dalam 1.200 hari, yaitu hari saat ovulasi dan dua hari sebelumnya (Pratiwi dan Fatimah, 2019).

2. Fisiologi kehamilan

Menstruasi adalah siklus perubahan sistem reproduksi wanita yang terjadi secara berkala. Sembilan puluh persen perempuan mempunyai siklus haid 24-35 hari dengan lama rata-rata 3-7 hari dan jumlah perdarahan 10-80 ml. Menstruasi terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase folikel dan luteal. Fase folikular terjadi mulai hari pertama menstruasi sampai terjadi ovulasi. Fase folikular merupakan fase perkembangan folikel, yang dimulai dari pemilihan folikel primordial akan

berkembang menjadi folikel preantral yang kemudian berkembang menjadi folikel antral (Irianti, dkk, 2013).

Folikel preantral dikelilingi oleh sel teka dan sel granulose. Dalam masa reproduksi normal hanya sekitar 400 folikel yang akan dilepaskan, sedangkan sisanya mengalami atresia. Dalam setiap siklus menstruasi, hanya 1 folikel antral yang akan bertahan menjadi folikel dominan. Perkembangan folikular dimulai dari perekrutan folikel primordial yang tidak bergantung gonadotropin hingga berbentuk *folikel de graff*. Pada tahap ini terjadi peningkatan FSH yang diperlukan untuk pertumbuhan folikel preantral menjadi folikel antral. Folikel yang mampu bertahan hingga tahap ini akan menghasilkan estrogen. Dalam fase ini, keberadaan estradiol diperlukan untuk pertumbuhan folikel dan meningkatkan jumlah sel granulose. Hal ini memberikan umpan balik pada hipofisis untuk meningkatkan sintesis LH (Irianti, dkk, 2013).

Produksi inhibin dan estradiol meningkat seiring dengan pertumbuhan folikel dominan yang akan menghambat produksi FSH. Penurunan kadar FSH akan menghambat folikel-folikel lain untuk berkembang menjadi folikel de graff yang akan berovulasi pada setiap siklusnya. Hanya folikel antral yang responsif terhadap FSH yang berkembang menjadi folikel dominan yang akan diovasikan, sedangkan folikel lain mengalami atresia (Irianti, dkk, 2013).

a. Ovulasi

Ovulasi merupakan suatu proses kompleks yang diinduksi oleh LH dalam melepaskan oosit yang fertil. Folikel praovulasi menstimulasi peningkatan sekresi estradiol. Kenaikan estradiol memprakarsai meningkatnya LH. Lonjakan LH terjadi sekitar 34-36 jam sebelum ovulasi. Puncak sekresi LH terjadi sekitar 10-12

jam sebelum ovulasi. Sebagai respon peningkatan LH, terjadi peningkatan produksi progesteron dan prostaglandin oleh sel kumulus yang memungkinkan pelepasan oosit yang fertil. Prostaglandin berperan dalam menstimulasi otot polos pada ovarium melemah sehingga oosit dapat keluar (Irianti, dkk, 2013).

Pada saat ovulasi ovum dibedakan ke dalam rongga abdomen tapi langsung diambil oleh oviduktus, ditangkap fimbrie. Fimbrie dilapisi oleh silia yaitu tonjolan-tonjolan halus mirip rambut yang bergetar seperti gelombang kearah interior oviduktus. Setelah ejakulasi sperma ditampung ke dalam vagina, sperma-sperma tersebut harus berjalan melewati kanalis servikalis. Rintangan pertama adalah melewati kanalis servikalis. Sewaktu kadar eksterogen tinggi seperti yang terjadi saat folikel matang akan berovulasi, mucus serviks menjadi cukup tipis dan encer untuk dapat ditembus oleh sperma. Setelah sampai uterus, kontraksi miometrium akan mengaduk sperma, saat mencapai oviduktus sperma akan bergerak melawan silia, gerakan ini dipermudah oleh kontraksi antipristaltik otot polos oviduktus (Fatimah dan Nuryaningsih, 2017).

b. Fertilisasi

Proses pertemuan antara sel oosit dan sel sperma. Untuk membuahi sebuah ovum, sebuah sperma mula-mula harus melewati korona radiata. Sperma pertama yang mencapai ovum itu seniri berfusi dengan membrane plasma ovum, memicu suatu perubahan kimiawi di membran yang mengelilingi ovum sehingga lapisan ini tidak lagi dapat ditembus sperma lain (Fenomena Block To Polyspermy). Kepala yang berfusi tertarik dan ekor lenyap. Penetrasi sperma ke dalam sitoplasma memicu pembelahan meiosis akhir oosit sekunder. Nucleus sperma

dan ovum menyatu membentuk zigot lalu menjadi morula lalu menjadi blastokista dan terjadi implantasi di dinding endometrium (Fatimah, dan Nuryaningsih, 2017)

Fertilisasi berlangsung di oviduktus ketika telur yang dilepaskan dan sperma akan bertemu ditempat ini. Ovum yang telah dibuahi akan mulai membelah diri secara mitosis. Mekanisme molekuler membuat spermatozoa dapat melewati zona pelusida, dan masuk ke sitoplasma oosit untuk membentuk zigot. Zigot terdiri atas 2 sel yaitu blastomer dan badan polar. Zigot mengalami pembelahan secara perlahan selama 3 hari saat berada dalam tuba uterine. Morula akan memasuki rongga rahim sekitar 3 hari pasca fertilasi (Fatimah, dan Nuryaningsih, 2017).

c. Implantasi

Peristiwa masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Pada perempuan implantasi terjadi 6-7 hari pascafertilasi. Proses ini terbagi menjadi 3 fase, yaitu:

- 1) Aposisi, pelekatan dini blastokista ke dinding uterus dan epitel uterus
- 2) Adhesi, meningkatnya kontak fisis antara blastokista dan epitel uterus
- 3) Invasi atau penetrasi dan invasi sinsitiotrofoblas ke dalam endometrium yaitu sepertiga bagian dalam miometrium dan pembuluh darah.

Untuk dapat mengimplantasi dengan baik, diperlukan endometrium reseptif yaitu yang telah disiapkan untuk progesteron dan esterogen sebagai tempat tumbuhnya mudigah. Uterus dapat menerima blastokista yaitu pada hari ke 20-24 dari siklus (Irianti, dkk, 2013).

d. Pembentukan plasenta

Plasenta yang sudah bebentuk sempurna berbentuk cakram dengan tebal 2-3 cm pada daerah insersi tali pusat. Berat saat aterm ± 500 gram. Tali pusat berisi dua arteridan satu vena dan diantaranya terdapat wharthon jelly yang bertindak sebagai pelindung arteri dan vena sehingga tali pusat tidak mudah tetekan atau terlipat, umumnya berinsersi di bagian parasentral plasenta (Fatimah, dan Nuryaningsih 2017).

3. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Pratiwi dan Fatimah (2019) tanda kehamilan dibagi menjadi:

a. Tanda-Tanda Tidak Pasti Kehamilan

1) Amenore (tidak dapat haid)

Terlambat datang bulan merupakan tanda-tanda umum seorang perempuan hamil. Terjadi nidasi menyebabkan pembentukan folikel *de graff* dan ovulasi tidak terjadi. Akan tetapi sebetulnya terdapat faktor lain yang memepengaruhi keterlambatan datang bulan, seperti mengonsumsi obat-obatan, stress atau tertekan, penyakit ronis yang diderita, dan sebagainya.

2) Mual muntah

Mual-mual berkaitan langsung dengan asam lambung. Pengaruh hormon esterogen maupun progresteron dapat menimbulkan asam lambung yang berlebihan sehingga memicu timbulnya rasa mual dan muntah. Untuk mengatasi mual dan muntah, penderita ini dapat mengonsumsi makanan yang ringan, mudah dicerna dan tidak berbau menusuk.

3) Ngidam

Pada tanda kehamilan ini, seseorang wanita hamil biasanya sering menginginkan makanan atau minuman tertentu dan setiap orang berbeda-beda.

4) Pingsan

Pingsan adalah kondisi ketika terjadi gangguan sirkulasi ke kepala sehingga timbul iskemia susunan saraf pusat. Kondisi ini akan berangsur-angsur menghilang setelah usia kehamilan melewati masa 16 minggu.

5) Mastodinia

Salah satu gejala kehamilan adalah payudara terasa kencang dan sakit akibat membesar, yang disebut juga dengan mastodinia. Hormon estrogen dan progesteron berperan dalam hal ini, diantaranya vaskularisasi bertambah, asinus dan duktus berproliferasi.

6) Konstipasi

Hormon progesterone berpengaruh terhadap gerakan peristaltik usus sehingga tidak jarang seseorang perempuan yang hamil mengalami kesulitan saat buang air besar.

b. Tanda-Tanda Mungkin

1) Tanda Hegar

Pada minggu ke-6 terlihat adanya pelunakan pada daerah isthmus uteri sehingga segmen dibawah uterus terasa lembek atau tipis saat diraba.

2) Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks sekitar minggu ke-6 karena mengalami kongesti.

3) Tanda Goodell's

Tanda ini diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Bagian serviks tampak lebih lunak.

4) Braxton Hicks

Bila diberi stimulus atau rangsangan, uterus akan berkontraksi. Hal ini merupakan tanda khas uterus pada masa kehamilan.

5) Terjadi pembesaran uterus

Setelah minggu ke-16, tampak terjadi pembesaran abdomen atau perut. Hal ini karena uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.

6) Kontraksi uterus

Tanda kontraksi uterus akan timbul belakangan. Biasanya ibu hamil akan mengeluhkan perutnya terasa kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.

c. Tanda-Tanda Pasti

1) Denyut Jantung Janin

Denyut jantung janin pada minggu ke-17 dengan piranti stetoskop *laenec*. Denyut jantung janin sebenarnya dapat dideteksi lebih awal yaitu sekitar minggu ke-12 menggunakan alat berupa stetoskop ultrasonik (Doppler). Dengan menggunakan auskultasi pada janin, bunyi-bunyi lain

seperti bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu juga dapat diidentifikasi.

2) Palpasi

Outline janin dapat dideteksi dengan jelas setelah minggu ke-22, sedangkan setelah minggu ke-24, gerakan janin dapat dirasakan secara jelas.

3) Tes Kehamilan Medis

Untuk memastikan kehamilan, ibu hamil dapat melakukan tes dengan bantuan perangkat tes kehamilan, baik di rumah maupun dilaboratorium dengan mengambil sampel urin atau darah ibu.

4. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Kehamilan dapat menimbulkan stress bagi semua wanita. Gejala ini dipengaruhi oleh fluktuasi kadar hormon, peningkatan stress dan gangguan pola makan dan tidur serta aktivitas normal lainnya. Wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri, seperti apakah nanti bayinya akan lahir abnormal, terkait persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali, hal-hal yang tidak diketahui), apakah ia akan bersalin atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi (Irianti, dkk, 2013).

5. Patofisiologi Pada Kehamilan Trimester III

a. Prasenta previa

Plasenta previa diartikan sebagai keadaan dimana plasenta terdidasi secara tidak normal sehingga menghalangi jalan lahir

b. Solusio plasenta

Terlepasnya implantasi plasenta sebagian atau komplit dari normal implantasi dinding uterus sebelum melahirkan setelah 20 minggu usia kehamilan

c. Premature ruptured of membranes (PROM)

Pecahnya membrane ketuban janin secara spontan sebelum usia 37 minggu atau sebelum persalinan dimulai (Irianti, dkk, 2013).

6. Keluhan Kehamilan Pada Trimester III

a. Edema atau pembengkakan

Bengkak atau edema adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Edema pada kaki biasa dikeluhkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu . hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Dengan bertambahnya tekanan uterus dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar (Irianti, dkk, 2013).

b. Insomnia

Pada ibu hamil, gangguan tidur umumnya terjadi pada trimester I dan trimester III. Pada trimester III gangguan ini terjadi karena ibu hamil sering

kencing, wanita yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar. Ketidaknyamanan lain selama kehamilan dan pergerakan janin, terutama jika janin aktif (Irianti, dkk, 2013).

c. Nyeri perut bagian bawah

Keluhan ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda adanya bahaya dalam kehamilan. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi Braxton-Hicks juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah. Torsi uterus parah dapat diatasi dengan tirah baring, mengubah posisi agar uterus yang mengalami torsidapat kembali ke keadaannya semula tanpa harus diberikan manipulasi (Irianti, dkk 2013).

d. Sering Buang Air Kecil

Peningkatan frekuensi berkemih atau sering buang air kecil disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat karena kapasitas kandung kemih berkurang. Sebab lain adalah karena nocturia yang terjadinya aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada saat tidur malam hari. Akibatnya adalah pola diurnal kebalikannya sehingga terjadi peningkatan pengeluaran urin pada saat hamil tua (Irianti, dkk, 2013).

e. Sesak

Keluhan sesak nafas dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akan

semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4cm disertai pergeseran ke atas tulang iga (Irianti, dkk, 2013).

B. Kebutuhan Gizi Pada Ibu Hamil

1. Pengertian gizi pada ibu hamil

Nutrisi selama kehamilan adalah salah satu faktor penting dalam pembentukan janin. Gizi ibu hamil adalah makanan atau zat gizi (baik makro maupun mikro) yang dibutuhkan oleh seorang ibu hamil serta harus mencukupi jumlah yang dibutuhkan, mutu yang dapat dipenuhi dari kebutuhan sehari-hari sehingga janin yang dikandungnya dapat tumbuh dengan baik serta tidak memiliki gangguan. Ibu yang tidak memiliki gizi yang cukup selama awal kehamilan maka bayi yang dikandungnya akan mengalami kekurangan gizi (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

Seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg pada trimester I kenaikan berat badan mencapai 1 kg, namun setelah mencapai trimester II penambahan berat badan mencapai 3 kg, dan pada trimester III mencapai 6 kg. Kenaikan tersebut disebabkan adanya pertumbuhan janin, plasenta dan air ketuban, maka ibu hamil mengalami pertumbuhan kebutuhan gizi (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

Pada trimester ketiga tubuh membutuhkan vitamin B6 dalam jumlah banyak. Vitamin ini dibutuhkan untuk membentuk protein dari asam amino, darah merah, saraf otak, dan otot-otot tubuh. Makanan yang mengandung vitamin B6 antara lain ikan. Selain itu konsumsi juga makanan yang banyak mengandung

omega 3 yang banyak terkandung dalam daging ikan tuna dan salmon. Omega 3 juga berperan pada perkembangan otak dan retina janin (Fairus dan Prasetyowati, 2011).

Zink dibutuhkan bagi sistem imunologi (kekebalan tubuh). Konsumsi zink juga dapat menghindari lahirnya janin premature dan berperan dalam perkembangan otak janin, terutama trimester terakhir. Diduga kekurangan zink menyebabkan bibir sumbing. Makanan yang kaya akan zink antara lain daging sapi dan ikan (Fairus dan Prasetyowati, 2011).

Kalsium dibutuhkan dari trimester pertama hingga ketiga, karena merupakan zat gizi penting selama kehamilan. Kebutuhan zat besi meningkat terutama pada trimester dua, faktanya hampir 70% ibu hamil di Indonesia menderita anemia. Sebab itu suplemen zat besi diupayakan untuk diberikan selama kehamilan guna memenuhi kebutuhan zat besi (Fairus dan Prasetyowati, 2011).

a. Kalori/Energi

Tambahan energi selain untuk ibu, janin juga perlu untuk tumbuh kembang. Banyaknya energi yang dibutuhkan hingga melahirkan sekitar 80.000 kkal atau membutuhkan tambahan 300 kkal/hari (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

Kebutuhan kalori tiap trimester antara lain:

- 1) Trimester I kebutuhan kalori meningkat minimal 2.000 kkal/hari
- 2) Trimester II, kebutuhan kalori akan meningkat untuk kebutuhan ibu yang meliputi penambahan volume darah, pertumbuhan uterus, payudara dan lemak.

3) Trimester III, kebutuhan kalori akan meningkat untuk pertumbuhan janin dan plasenta

b. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Jenis karbohidrat yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks seperti roti, sereal, nasi dan pasta. Karbohidrat kompleks mengandung vitamin dan mineral serta meningkatkan asupan serat untuk mencegah terjadinya konstipasi payudara dan lemak (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

c. Lemak

Lemak dibutuhkan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin selama dalam kandungan sebagai kalori utama. Lemak merupakan sumber tenaga dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Selain itu lemak disimpan untuk persiapan ibu sewaktu menyusui. Kadar lemak akan meningkat pada kehamilan trimester III (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

d. Protein

Penambahan protein selama kehamilan tergantung kecepatan pertumbuhan janinnya. Kebutuhan protein pada trimester I dan II kurang dari 6 gram tiap harinya. Kebutuhan protein pada trimester III skitar 10 gram tiap harinya. Kebutuhan protein bias didapat dari nabati maupun hewani. Sumber hewani seperti daging tak berlemak, ikan, telur, susu. Sedangkan sumber nabati seperti tahu tempe, dan kacang-kacangan. Protein digunakan untuk pertumbuhan jaringan baru baik plasenta dan janin, pertumbuhan dan

diferensiasi sel, pembentukan cadangan darah dan persiapan masa menyusui (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

Tabel 1
Kebutuhan protein selama kehamilan

Usia (dalam tahun)	Kebutuhan protein sehari	Kebutuhan protein sehari selama hamil
11-15	46	76
16-18	46	76
19-50	44	74

(Sumber: Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

e. Mineral

1) Zat besi

Selama kehamilan dibutuhkan 1040 mg zat besi, sehingga kebutuhan zat besi akan meningkat 200-300 mg. Zat besi untuk memproduksi hemoglobin, pertumbuhan dan metabolisme energy dan mencegah anemia. Kekurangan zat besi mengakibatkan ibu hamil mudahlelah dan rentan infeksi, resiko persalinan premature dan BBLR. Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 30 mg tiap hari. Zat besi baik dikonsumsi dengan vitamin C. tidak dianjurkan mengkonsumsi bersama kopi, teh, dan susu. Sumber zat besi dapat ditemukan pada daging merah, ikan, kerang, unggas, sereal, dan kacang-kacangan (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

2) Zat seng

Digunakan untuk pembentukan tulang. Kekurangan zat seng menyebabkan kelahiran premature dan berat badan bayi lahir rendah (BBLR). Kebutuhan seng pada ibu hamil sekitar 20 mg/hari. Sumber makanan seng antara lain: kerang, daging, kacang-kacangan, sereal (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

3) Kalsium

Berfungsi untuk pembentukan tulang dan gigi, membantu pembuluh darah berkontraksi dan berdilatasi, serta mengantarkan sinyal syaraf, kontraksi otot dan sekresi hormon. Kebutuhan kalsium ibu hamil sekitar 1000 mg/hari. Sumber kalsium dari ikan, susu, keju, udang, sarden, sayuran hijau, dan yoghurt (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

4) Yodium

Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi yodium sekitar 200 mg dalam bentuk garam beryodium. Kekurangan yodium menyebabkan hipotiroidisme yang berkelanjutan menjadi kretinisme (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

5) Vitamin

Vitamin D berfungsi mencegah hipokalsemia membantu penyerapan kalsium dan fosfor, mineralisasi tulang dan gigi serta mencegah osteomalsia pada ibu. Sumber vitamin D terdapat pada susu, kuning telur dan dibuat sendiri oleh tubuh dengan bantuan sinar matahari.

Vitamin E berfungsi untuk pertumbuhan sel dan jaringan serta integrasi sel darah merah. Selama kehamilan dianjurkan mengonsumsi 2 mg/hari. Kekurangan vitamin K dapat menyebabkan gangguan perdarahan pada bayi (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

2. Status Gizi Ibu Hamil

Status gizi ibu hamil menggambarkan kecukupan jumlah makanan serta mutu gizi yang dikonsumsi ibu selama hamil. Ibu yang berada pada status gizi

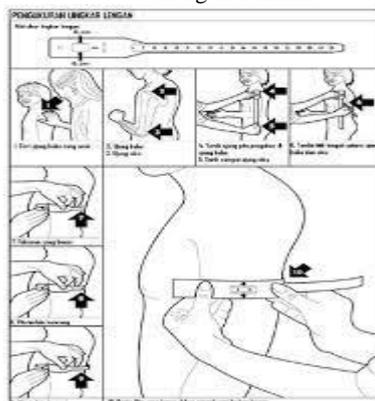
baik, sudah pasti ibu hamil tersebut memperhatikan jumlah dan mutu gizinya selama hamil. Untuk mengetahui status gizi ibu hamil harus dilakukan pengukuran. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain, mengukur lingkar lengan atas (LILA), mengukur hemoglobin (Hb), dan memantau pertambahan berat badan selama hamil (Fairus, dan Prasetyowati, 2011).

a. Mengukur Lingkar Lengan Atas

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui resiko kekurangan energi kronis (KEK), wanita usia subur (WUS) usia 15-45 tahun yang terdiri dari kelompok remaja, ibu hamil, ibu menyusui, dan pasangan usia subur (PUS). Batas ambang LILA WUS dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA artinya ibu hamil tersebut mempunyai resiko KEK. Ibu hamil yang mengalami KEK diperkirakan dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Fairus, dan Prasetyowati, 2011).

Pengukuran dilakukan dengan pita LILA, dibagian tengah antara bahu dan siku lengan kiri, lengan harus pada posisi bebas baju, otot lengan dalam keadaan tidak tegang atau kencang. Bila ditemukan ukuran LILA $<23,5$ cm jika ibu belum hamil dianjurkan untuk menunda kehamilan, tetapi bila ditemukan pada ibu hamil anjurkan makan cukup dengan pedoman umum gizi seimbang dan segera rujuk sedini mungkin (Fairus, dan Prasetyowati, 2011).

Gambar 1
Cara mengukur LILA



(Sumber: nutrilion update)

b. Memantau penambahan berat badan selama kehamilan

Pemantauan ini bertujuan untuk memantau pertumbuhan janin. Penilaian status gizi melalui pemantauan berat badan ibu hamil didasarkan pada besarnya penambahan berat badan ibu ketika hamil. Pada trimester pertama penambahan berat badan sebanyak 3,5-4,0 kg setiap minggu. Trimester kedua penambahan berat badan 0,5 kg setiap minggunya. Selama kehamilan penambahan berat badan sekitar 10-12 kg, yang pada trimester I penambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg dan trimester III sekitar 6 kg (Fairus, dan Prasetyowati, 2011).

Faktor-faktor yang harus diperhatikan dalam melakukan pengukuran berat badan ibu antara lain:

- 1) Jenis timbangan yang digunakan.
- 2) Keakurasian timbangan, dilakukan dengan melakukan kalibrasi secara rutin.
- 3) Pakaian ibu jika ditimbang harus minimal, tidak memakai jaket atau mantel.
- 4) Kondisi lambung apakah dalam kapasitas kosong (lapar) atau penuh
- 5) Tidak memakai alas kaki sepatu atau sandal.

Menurut Aritonang (2010) penilaian BB/TB sebelum hamil dilakukan dengan pengukuran indeks masa tubuh (IMT) yaitu berat badan dibagi tinggi badan kuadrat dengan rumus:

$$IMT = \frac{BB}{TB^2}$$

BB: Berat Badan (dalam satuan kilogram)

TB: Tinggi Badan (dalam satuan meter)

Tabel 2.
Pertambahan berat badan kehamilan berdasarkan IMT

IMT	Status Gizi	Kenaikan BB total selama kehamilan (kg)	Laju kenaikan BB pada trimester II dan III (rentang rerata kg/minggu)
<18,5	Kurang	12,71-18,16	0,45 (0,45-0,59)
18,5-24,9	Normal	11,35-15,89	0,45 (0,36-0,45)
25,0-29,9	Kelebihan berat badan	6,81-11,35	0,27 (0,23-0,32)
≥30,0	Obesitas	4,99-9,08	0,23 (0,18-0,27)

(Sumber: Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018)

c. Pengukuran kadar hemoglobin (Hb)

Pengukuran kadar hemoglobin (Hb) bertujuan untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi atau tidak. Kecenderungan ibu mengalami anemia cukup tinggi karena adanya kenaikan volume darah selama kehamilan. Di Indonesia anemia umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi. Ibu hamil disebut anemia apabila kadar hemoglobin ibu turun sampai dibawah 11 gr/dl. Kekurangan zat besi ini akan menghambat pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Oleh karena itu pengukuran kadar Hb pada ibu hamil sangat penting dilakukan untuk memantau status gizi ibu hamil (Fairus, dan Prasetyowati, 2011).

C. Kekurangan Energi Kronis

1. Pengertian KEK

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana ibu menderita kekurangan kalori dan protein (malnutrisi) yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada wanita usia subur dan pada ibu hamil (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018). Kekurangan energi kronis adalah keadaan dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung selama menahun (kronis), sehingga menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu hamil (Paramashanti, dan Dianawuri, 2020).

2. Penyebab KEK pada ibu hamil

Penyebab KEK pada ibu hamil adalah akibat dari ketidakseimbangan antara asupan pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energi (Paramashanti, dan Dianawuri, 2020).

Menurut Sediaoetama (2014), penyebab dari KEK dapat dibagi menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung.

- a. Penyebab langsung terdiri dari
 - 1) Asupan makanan atau pola konsumsi
 - 2) Infeksi.
- b. Penyebab tidak langsung terdiri dari
 - 1) Hambatan utilitas zat-zat gizi
 - 2) Hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing
 - 3) Ekonomi yang kurang
 - 4) Pengetahuan

- 5) Pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang
- 6) Produksi pangan yang kurang mencukupi kebutuhan
- 7) Kondisi hygiene yang kurang baik
- 8) Jumlah anak yang terlalu banyak
- 9) Hamil usia dini
- 10) Penghasilan rendah
- 11) Perdagangan dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata.

3. Tanda dan Gejala KEK

Menurut Paramashanti, dan Dianwuri (2020) gejala KEK antara lain:

- a. Lingkar lengan atas sebelah kiri $\leq 23,5$ cm
- b. Kurang cekatan dalam bekerja
- c. Sering terlihat lemah, letih, lesu dan lunglai
- d. Jika hamil cenderung melahirkan anak secara premature atau jika lahir secara normal, bayi yang dilahirkan akan memiliki berat badan lahir rendah (BBLR) atau kurang dari 2.500 gram.

4. Dampak KEK pada ibu hamil

- a. Terhadap ibu

Resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi, sehingga akan meningkatkan kematian ibu (Paramashanti, dan Dianawuri, 2020).

b. Bagi janin

Mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, asfiksia intrapartum, dan lahir dengan berat badan rendah (Paramashanti, dan Dianawuri, 2020).

c. Proses persalinan

Kondisi KEK beresiko terjadinya persalinan sulit dan lama, persalinan premature/sebelum waktunya, perdarahan post partum, serta persalinan dengan tindakan caesar cenderung meningkat (Paramashanti, dan Dianawuri, 2020).

5. Faktor yang mempengaruhi KEK pada ibu hamil

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain:

- a. Umur
- b. Berat badan
- c. Aktivitas
- d. Status kesehatan
- e. Pengetahuan zat gizi dalam makanan
- f. Kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan
- g. Status ekonomi
- h. Pendidikan
- i. Pekerjaan

6. Perhitungan Kebutuhan Energi Ibu Hamil dengan KEK

Menurut Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi (2018) perhitungan kebutuhan KEK pada ibu hamil antara lain:

- a. Penyediaan makanan yang sesuai dengan kebutuhan
- b. Perhitungan kebutuhan energy ibu hamil KEK dihitung berdasarkan aktivitas dan status gizi ibu dan ditambah 500 ka; untuk usia kehaamilan trimester I, II, dan III.
- c. Pemberian diet sesuai kebutuhan per individu normal yang meliputi kebutuhan energy dan zat gizi ditambah dengan 500 kkal sebagai penambahan energi selama kehamilan.
- d. Penentuan kebutuhan gizi ibu hamil KEK, dilakukan identifikasi berdasarkan LILA, status gizi.

Tabel 3
Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil

Energy dan zat gizi	Kebutuhan
Energy	30-35 kkal/kgBB/hari, disesuaikan dengan aktivitas
Protein	12-15%, diutamakan sumber protein dan ikan terutama ikan laut
Lemak	30% diutamakan berasal dari lemak tidak jenuh tunggal maupun ganda
Karbohidrat	55-58%
Serat	28 gr/hari
Asam folat	600 mcg/hari
Vitamin A	300-350 mcg/hari

(Sumber: Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018: 30)

Tabel 4
Angka kecukupan gizi sebelum dan selama hamil.

Jenis zat gizi	Kebutuhan ibu sebelum hamil		Tambahan kebutuhan selama hamil		
	19-29 th	30-49 th	TM I	TM II	TM III
Energy (kkal)	2250	2150	180	300	300
Protein (g)	55	57	20	20	20
Lemak total (g)	75	60	6	10	10

Lemak n-6 (g)	12,0	12,0	2	2	2
Lemak n3(g)	1,1	1,1	0,3	0,3	0,3
Karbohidrat (g)	309	323	25	40	40
Serat (g)	32	30	3	4	4
Air (ml)	2300	2300	300	300	300
Vitamin A (mcg)	500	500	300	300	300
Vitamin D (mg)	15	15	0	0	0
Vitamin E (mg)	15	15	0	0	0
Vitamin K (mcg)	55	55	0	0	0
Vitamin B1 (mcg)	1,1	1,1	1,3	1,3	1,3
Vitamin B2 (mg)	1,4	1,3	0,3	0,3	0,3
Vitamin B3(mg)	12	12	4	4	4
Vitamin B5 (mg)	5,0	5,0	1	1	1
Vitamin B6 (mg)	1,3	1,3	0,4	0,4	0,4
Vitamin B12 (mg)	2,4	2,4	0,2	0,2	0,2
Folat (mcg)	400	400	200	200	200
Vitamin C (mg)	75	75	10	10	10
Kalsium (mg)	1100	100	200	200	200
Magnesium (mg)	310	320	40	40	40
Fosfor (mg)	700	700	0	0	0
Seng (mg)	10	10	2	4	10

(Sumber: Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

7. Upaya Mencegah Terjadinya KEK pada Ibu Hamil

Upaya mencegah terjadinya KEK pada Ibu Hamil menurut Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi (2018) adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan konsumsi makanan bergizi yang beraneka ragam akan lebih berguna untuk memenuhi kebutuhan energi, protein, lemak, vitamin serta mineral. Mengonsumsi ragam makanan ini berfungsi sebagai

pemeliharaan, pertumbuhan dan perkembangan janin, serta cadangan zat gizi dan energi selama masa menyusui.

- b. Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, hati, telur) dan bahan makanan nabati (sayuran hijau tua, kacang-kacangan, tempe).
- c. Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk, dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus.
- d. Menambah pemasukan zat besi kedalam tubuh dengan minum tablet penambah darah.
- e. Banyak minum air putih akan lebih cepat mendukung sirkulasi janin, produksi cairan amnion, meningkatkan volume darah, mengatur keseimbangan asam basa tubuh serta mengatur suhu tubuh. Ibu hamil sebaiknya meminum air putih sekitar 2 sampai 3 liter perhari, sekitar 8 sampai 12 gelas perhari.

Tabel 5.
Menu yang sesuai dengan kecukupan gizi

Pagi	Siang	Malam
Nasi putih Daging bumbu semur Tahu goreng Tumis kacang panjang + tauge Telor ceplok Teh manis Jam 10.00 : bubur kacang hijau	Nasi putih Tempe bacem Sambal goreng kering tempe Ayam bumbu opor Sayur asem Susu Jam 16.00 : buah pisang	Nasi putih Pepes ayam

(Sumber : Fitri, dan Wiji, 2019).

8. Penatalaksanaan Kekurangan Energi kronis

Pengukuran LILA dan Timbang berat badan adalah cara untuk mengetahui resiko KEK. Langkah pertama timbang berat badan ibu hamil, kemudian hitung indeks massa tubuh. Langkah kedua menggunakan pengukuran LILA. Tata laksana umumnya adalah:

- a. Pemantauan Berat badan dan pengukuran LILA
- b. Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran

- 1) Makan dengan gizi seimbang dan tambahan makanan

Makanan pada ibu hamil sangat penting, karena makanan merupakan sumber gizi yang dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janin dan tubuhnya sendiri. Keadaan gizi pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan protein, mineral, dan energi.

- 2) Istirahat lebih banyak

Ibu hamil sebaiknya menghemat tenaga dengan cara mengurangi kegiatan yang melelahkan, istirahat siang 2 jam/hari, malam 8 jam/hari.

- c. Pemberian makanan tambahan (PMT)

PMT yaitu pemberian makanan tambahan disamping makanan yang dimakan sehari-hari untuk mencegah KEK. PMT ibu hamil berupa:

- 1) PMT ibu hamil pabrikan

Bentuk makanan : biskuit lapis

Tujuan : meningkatkan asupan gizi melalui pemberian makanan tambahan dalam bentuk biskuit lapis guna memenuhi kecukupan gizi ibu hamil

Isi kemasan

Dalam satu bungkus kemasan primer terdiri dari : 3 keping biskuit

Dalam satu kotak kemasan terdiri dari : 7 kemasan primer (21 keping biskuit)

Dalam satu dus kemasan terdiri dari : 4 kotak (84 keping biskuit)

Pemberian PMT per hari

Untuk kehamilan semester satu diberikan dua keping/hari

Untuk kehamilan trimester 2 dan 3 diberikan 3 keping/hari (satu bungkus kemasan primer)

Pemberian PMT per bulan

Untuk kehamilan trimester 1 ibu hamil mendapatkan PMT dalam 1 bulan sebanyak 60 keping (2 kotak lebih 6 bungkus primer)

Untuk kehamilan trimester 2 dan 3 ibu hamil mendapatkan perintah dalam satu bulan sebanyak 90 keping (satu dus lebih 2 bungkus primer)

9. Anemia pada ibu hamil

a. Pengertian anemia

Anemia adalah suatu keadaan tidak cukupnya sel darah merah yang sehat untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi. Anemia dalam kehamilan di Indonesia ditetapkan dengan kadar Hb 11 g/dl pada trimester I dan III atau Hb <10,5 pada trimester II. Hal ini disebabkan karena pada sekitar trimester kedua terjadi hemodilusi, yaitu suatu perubahan hemodinamika selama kehamilan (Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi, 2018).

Tabel 6
Kriteria penentuan anemia berdasarkan kadar hemoglobin

Kadar Hb	Batas anemia	Anemia ringan	Anemia sedang	Anemia berat
Balita	11 gr/dl	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0
Anak 5-11 th	11,5 gr/dl	11,0-11,4	8,0-10,8	<8,0
Anak 12-14 th	12 gr/dl	11,0-11,9	8,0-10,9	<8,0
Perempuan >15 th	12 gr/dl	11,0-11,9	8,0-10,9	<8,0
Ibu hamil	11 gr/dl	10,0-10,9	7,0-9,9	<7,0

Laki-laki >15 th	13 gr/dl	11,0-12,9	8,0-10,9	<8,0
------------------	----------	-----------	----------	------

(Sumber: Simbolon, Jumiwati, dan Rahmadi, 2018)

b. Penyebab Anemia

Penyebab anemia menurut Simbolon (2018) antara lain:

- 1) Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan.
- 2) Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi terutama ibu hamil.
- 3) Meningkatnya volume plasma yang tidak sebanding dengan peningkatan volume sel darah merah, ketidaksesuaian antara kenaikan volume plasma dan eritrosit paling sering terjadi pada kehamilan trimester II.
- 4) Penyakit kronis, seperti tuberkulosis dan infeksi lainnya.
- 5) Perdarahan yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang, malaria, haid yang berlebihan dan melahirkan.

c. Gejala anemia

Gejala anemia zat besi menurut Simbolon, Jumiwati, dan Rahmadi (2018) digolongkan menjadi 3 golongan besar yaitu:

1) Gejala Umum Anemia

Gejala ini berupa badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, serta telinga berdenging. Pada pemeriksaan fisik pasien dijumpai pucat terutama pada konjungtiva dan jaringan dibawah kuku.

2) Gejala Khas Defisiensi Besi

Gejala khas defisiensi besi tetapi tidak dijumpai pada anemia lain adalah koilonychias, atrofi papil lidah, stomatitis angularis, disfagia, atrofi mukosa gaster sehingga menimbulkan akhlorida pica.

3) Gejala Penyakit Dasar

Pada anemia defisiensi besi dapat dijumpai gejala-gejala penyakit yang menjadi penyebab anemia misalnya pada anemia akibat cacing tambang dijumpai dyspepsia, parotis membengkak, dan kulit telapak tangan berwarna kuning seperti jerami.

d. Dampak anemia

Dampak anemia menurut Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi (2018) antara lain:

1) Pada ibu hamil

Dampak anemia pada ibu hamil antara lain, abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD)

2) Pada saat proses persalinan

Dampak saat persalinan antara lain, gangguan his (kekuatan) saat mengejan, kala I dan II dapat berlangsung lama, kala III dapat terjadi retensio plasenta dan atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri.

3) Anemia saat nifas

Dapat terjadi subinvolusi uteri sehingga menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, penegeluaran asi berkurang, terjadi dikompensasi kardis mendadak setelah persalinan, mudah terjadi infeksi pada mammae.

4) Anemia pada janin

Bahaya anemia pada janin antara lain, abortus, terjadi kematian intra uteri, persalinan prematuritas tinggi, berat badan lahir rendah, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah terkena infeksi, dan inteligensa rendah.

e. Upaya Mencegah Anemia Pada Ibu Hamil

Upaya mencegah anemia pada ibu hamil menurut Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi (2018) antara lain:

- 1) Wanita hamil dianjurkan mengkonsumsi 30 mg zat besi setiap hari.
- 2) Mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi, contohnya: daging merah, unggas, telur, sayuran hijau
- 3) Mengkonsumsi suplemen zat besi 90 tablet
- 4) Mengkonsumsi makanan tinggi vitamin C seperti jeruk strawberry, kiwi dan tomat.

f. Penatalaksanaan Umum Anemia Kehamilan

Menurut Simbolon, Jumiyati, dan Rahmadi (2018) penatalaksanaan anemia pada kehamilan antara lain:

- 1) Konseling tentang pengaturan konsumsi bahan makanan lebih mudah diserap daripada tablet tambah darah. Bila kadar hemoglobin kurang dari 10 gr/dl maka pemberian tambahan zat besi harus mulai dilakukan

- 2) Apabila kadar hemoglobin tidak stabil dan terus menurun, perlu dilakukan pengkajian apakah ibu mengkonsumsi suplemen zat besinya dengan baik.
- 3) Petugas kesehatan harus melakukan pemeriksaan laboratorium untuk menentukan ukuran sel darah merah
- 4) Konsumsi makanan mengandung asam folat seperti, ayam, hati, ikan, daging, telur, brokoli, bayam, air jeruk dan kacang-kacangan.pemberian suplemen folat pada trimester I sebanyak 280 mg/hari, trimester II 660 mg/hari dan trimester ketiga sebanyak 470 mg/hari atau sedikitnya 400 mg/hari.

D. Managemen Asuhan Kebidanan

1. Tujuh Langkah Varney

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, sistem dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyengkut pemberian pelayanan yang utuh dan menyeluruh dari bidan kepada klien, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan kliniik yang dilakukan dengan tepat (Handayani, dan Mulyati, 2017).

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal tahun 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan.

Proses ini juga menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayannya yang komprehensif dan aman dapat tercapai (Handayani, dan Mulyati, 2017).

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, Hasil temuan dan penilaian yang terpisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien (Handayani, dan Mulyati, 2017).

a. Langkah-langkah manajemen kebidanan menurut Hellen varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan menurut varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi (Handayani, dan Mulyati, 2017).

1) Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Handayani, dan Mulyati, 2017).

2) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnose atau masalah klien atau kebutuhan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak

dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan klien, baik klien tahu atau tidak tahu (Handayani, dan Mulyati, 2017).

3) Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnose potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman (Handayani, dan Mulyati, 2017).

4) Langkah IV : identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5) Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya (Handayani, dan Mulyati, 2017).

6) Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Handayani, dan Mulyati, 2017).

7) Langkah VII : Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa (Handayani, dan Mulyati, 2017)

2. Data Fokus SOAP

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas (Handayani, dan Mulyati, 2017).

a. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai khawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tunawicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "s", diberi tanda huruf "o" atau 'x', tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosa yang akan disusun (Handayani, dan Mulyati, 2017).

b. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium (Handayani, dan

Mulyati, 2017).

c. Analisi

Langkah ini merupakan pendokumentasi hasil dan intreptasi (kesimpulan) dari data subjektif dan data objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif. Analisis adalah melakukan intrepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosa, masalah kebidanan, dan kebutuhan (Handayani, dan Mulyati, 2017).

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (Handayani, dan Mulyati, 2017).