

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “R” DENGAN KEKURANGAN
ENERGI KRONIK (KEK) DI PUSKESMAS TANJUNG KARANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Diajukan Untuk Menyusun Laporan Tugas Akhir
Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas
Muhammadiyah Mataram



Disusun Oleh :

NURSANI

517010009

**PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
TAHUN 2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY "R" DENGAN KEKURANGAN
ENERGI KRONIK (KEK) DI PUSKESMAS TANJUNG KARANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Oleh:

Nama :Nursani

NIM : 517010009

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian
Laporan Tugas Akhir Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram

Hari/Tanggal 21/01/2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



(Catur Esty Pamungkas, M.Keb)
NIDN: 0813028902



(Cahaya Indah Lestari, M.Keb)
NIDN: 0817038602

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NY "R" DENGAN KEKURANGAN
ENERGI KRONIK (KEK) DI PUSKESMAS TANJUNG KARANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Disusun Oleh:
Nama : Nursani
NIM : 517010009

Telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Sebagian
Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Kebidanan di Prodi DIII
Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji:	Tanggal	Tanda Tangan
Ketua Tim Penguji :		
Catur Esty P,M.Keb	21/08/20	
Penguji I:		
Aulia Amini, M.Keb	21/08/20	
Penguji II :		
Cahaya Indah Lestari M.Keb	21/08/20	

Mengesahkan,

Universitas Muhammadiyah Mataram

Fakultas Ilmu Kesehatan


Dekan

(Apt. Nurul Huda M.Farm,Klin)

NIDN 0827108402

**LEMBAR PERNYATAAN
KEASLIAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa laporan penelitian tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar ahli madya atau keserjanaan pada perguruan tinggi lain, dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka

Mataram, 8 juni 2020



Nursani



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
UPT. PERPUSTAKAAN

Jl. K.H.A. Dahlan No. 1 Mataram Nusa Tenggara Barat
Kotak Pos 108 Telp. 0370 - 633723 Fax. 0370-641906

Website: <http://www.lit.ummata.ac.id> E-mail: upt.perpusummata@gmail.com

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mursani
NIM : 572010009
Tempat/Tgl Lahir : Mataram, 09 - 09 - 1993
Program Studi : D1. Kebidanan
Fakultas : Ilmu Kesehatan
No. Hp/Email : 082. 339. 790. 600
Jenis Penelitian : Skripsi KTI LTA

Menyatakan bahwa demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Mataram hak menyimpan, mengalih-media/format, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Repository atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama *tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta* atas karya ilmiah saya berjudul :

ASUNAN KEBIDANAN PADA IY "R" DENGAN KEURANGAN ENERGI KRONIK
DI FUSKEMAS TANJUNG KARANG

Segala tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Dibuat di : Mataram

Pada tanggal : 15 September 2020

Penulis



Mursani
NIM. 572010009

Mengetahui,
Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT

Mkandar, S.Sos. M.A.
NIDN. 0802048904

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap	Nursani
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Program Studi	D III Kebidanan
4	NIM	517010009
5	Tempat dan Tanggal lahir	Sape, 9 September 1997
6	Alamat E-mail	nursani857@gmail.com
7	Nomor Telepon: Hp	082339790600

B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tempat	Tahun Lulus
1	SD	SDN No. 5 Sape	2009
2	SMP	SMPN 1 Sape	2012
3	SMA	SMAN 1 Sape	2015
4	Perguruan Tinggi	Universitas Muhammadiyah Mataram	2020

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Apabila dikemudian hari ternyata dijumpai ketidak sesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi. Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya.

Mataram, 8 Juni 2020

Nursani

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun ucapkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat Nya maka penyusun dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir tentang "Asuhan Kebidanan Pada Ny "R" Dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di Puskesmas Tanjung Karang". Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini tidak lepas dari bantuan dan sumbangan pemikiran dari beberapa pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis sampaikan ucapan terimakasih khususnya Kepada :

1. Dr. H. Arsyad Gani, M. Pd. Selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Mataram.
2. Apt. Nurul Qiyaam, M. Farm.Klin. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Mataram.
3. Aulia Amini, S.ST.,M.Keb, selaku ketua Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Mataram dan selaku penguji .
4. Catur Esty Pamungkas, M.Keb, selaku Pembimbing pendidikan I yang turut membimbing dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir
5. Cahaya Indah Lestari, M.Keb, selaku Pembimbing pendidikan II yang telah memberikan masukan guna perbaikan Laporan Tugas Akhir
6. Keluarga Pasien dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir.

Penyusun menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna. Penulis harapan untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini. Semoga Laporan Tugas Akhir yang sederhana ini ada manfaatnya khususnya bagi penyusun dan umumnya bagi para pembaca. Amin

Mataram, 8 Juni 2020

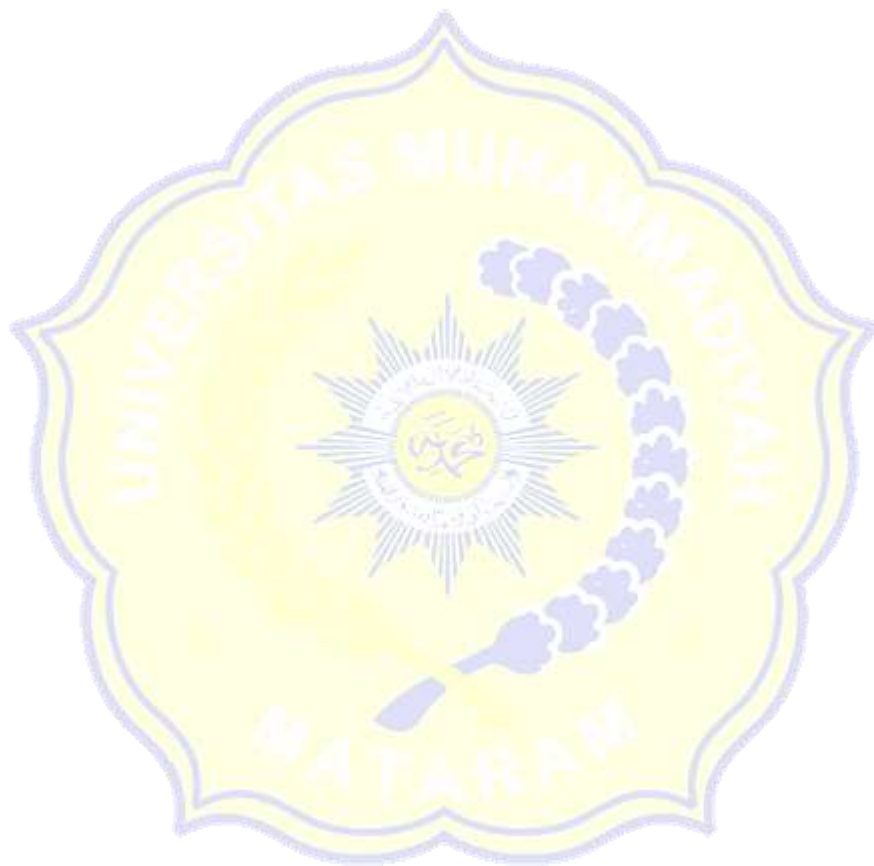
Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
ABSTRAK	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan.....	6
D. Manfaat.....	6
E. Ruang Lingkup	7
F. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Kehamilan.....	9
B. Antenatal Care (ANC)	12
C. Kekurangan Energi kronik (KEK).....	19
D. Teori Pendokumentasian SOAP Mengacu Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007	29
E. Kerangka Alur Pikir Penelitian.....	31
BAB III METODE PENELITIAN	32
A. Rancangan Studi Kasus	32
1. Tempat dan Waktu Studi Kasus.....	32
2. Subyek Studi Kasus	32
3. Jenis Pengumpulan Data.....	32
4. Instrumen Studi Kasus	32
5. Metode Pengumpulan Data.....	33
B. Analisis Data.....	34
C. Rencana Jalannya Penelitian Atau Jalannya Kasus	35
D. Etika Penelitian.....	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Hasil StudyKasus.....	37
B. Pembahasan	54
C. Keterbatasan Studi Kasus	55

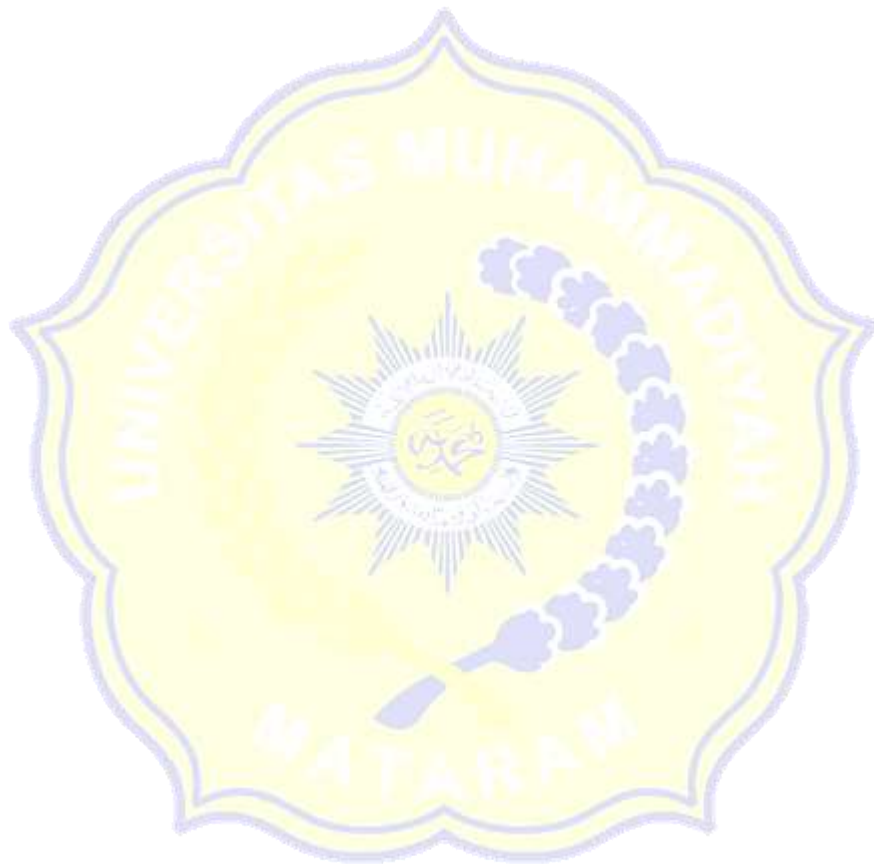
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	56
A. Simpulan.....	56
B. Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



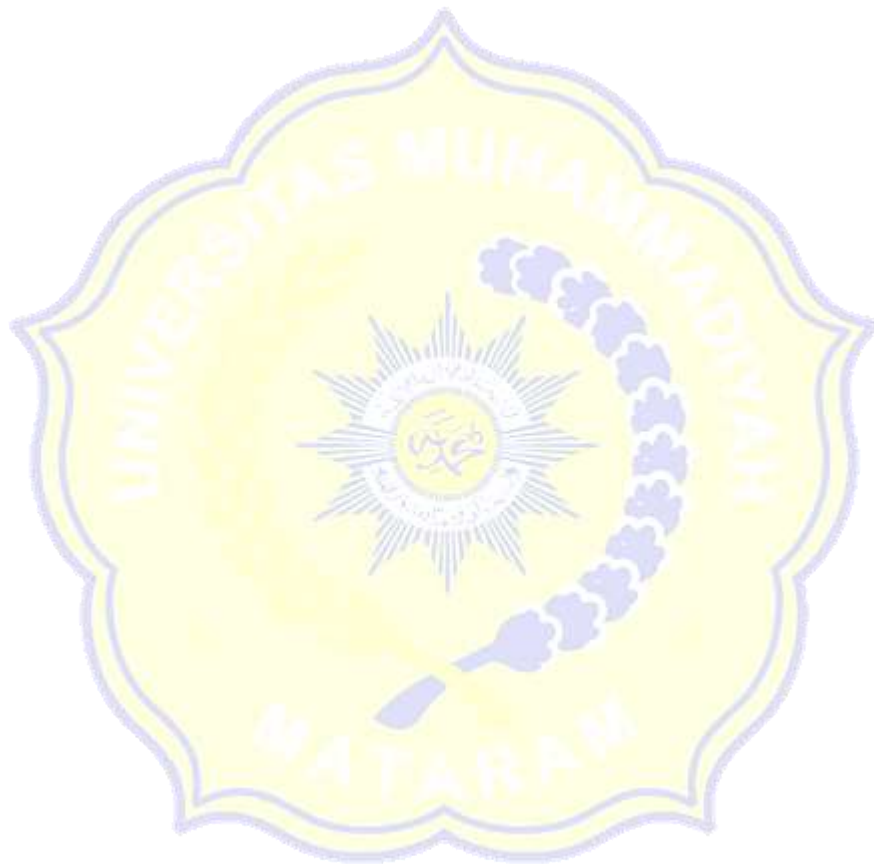
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 1.2 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan Berdasarkan indeks masa tubuh.....	.20
Tabel 1.3 Kisaran Pertambahan Berat Badan Total yang Direkomendasikan untuk Wanita Hamil20



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Cara Mengukur LILA.....	29
Gambar 2.2 Kerangka Alur Pikir	31



DAFTAR SINGKATAN

KEK	= Kekurangan Energi Kornik
WHO	= <i>World Health Organisation</i>
AKI	= Angka Kematian Ibu
NTB	= Nusa Tenggara Barat
SDKI	= Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
LiLA	= Lingkar Lengan Atas
BBLR	= Berat Badan Lahir Rendah
CATIN	= Calon Pengantin
UKS	= Usaha Kesehatan sekolah
PKPR	= Pelayanan Kesehatan Peduli remaja
IMT	= Indeks Masa Tubuh
ASI	= Air Susu Ibu
SOAP	= Subjektif, Objektif, Analisa, Penatalaksanaan
WUS	= Wanita Usia Subur
HPK	= Hari Pertama Kehidupan
ANC	= Antenatal Care
TT	= <i>Tetanus Toxoid</i>
PMT	= Pemberian Makanan Tambahan
SDGs	= <i>Sustainable Development Goals</i>
ASEAN	= <i>Assosiation of South East Asia Nations</i>
IPM	= Indeks Pembangunan Manusia
KIA	= Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	= Komunikasi, Informasi, Edukasi



ABSTRAK

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “R” DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) DI PUSKESMAS TANJUNG KARANG

Nursani¹, Catur Esty Pamungkas², Cahaya Indah Lestari³

Asupan energi dan protein tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil yang mengalami KEK jika Lingkar Lengan Atas (LiLA) < 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang berpotensi mengalami kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. KEK juga dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu (Kemenkes RI, 2016). Kurang Energi Kronis (KEK) adalah keadaan seseorang yang menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang ditandai dengan lingkar lengan atas (LiLA) < 23,5 cm sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan. Kurang Energi Kronis (KEK) dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil. Mampu melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Tanjung Karang dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan menggunakan pendokumentasian SOAP.

Metode penelitian ini adalah penelitian kualitatif, pendekatan penelitian yang dilakukan dengan studi kasus. Subyek studi kasus adalah ibu hamil Ny “R” G₂P₁A₀H₁ dengan KEK. Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pengukuran dan pemeriksaan fisik, dan melakukan observasi dengan menggunakan metode SOAP. Analisis data yang dilakukan dalam studi kasus yaitu reduksi data, menyajikan data, dan menarik kesimpulan.

Kesimpulan dari asuhan kebidanan ibu hamil ini dapat dilakukan dengan memberikan asuhan kebidanan yang tepat tentang menjaga pola nutrisi selama masa kehamilan. Diharapkan subyek dapat melakukan upaya pencegahan terjadinya kekurangan energy kronik (KEK) selama masa kehamilan, Sehingga memungkinkan segera mendapatkan penanganan.

Kata Kunci : Ibu Hamil, Kekurangan Energi Kronik (KEK)
Daftar Pustaka : 38 (2010-2018)

ABSTRACT

MIDWIFERY CARE AT Mrs. "R" WITH CHRONIC ENERGY DEFICIENCY(KEK) AT PUBLIC HEALTH CENTER OF TANJUNG KARANG

Nursani¹, Catur Esty Pamungkas², Cahaya Indah Lestari³

Insufficient energy and protein intake in pregnant women can cause Chronic Energy Deficiency (KEK). Pregnant women who experience KEK if the upper arm circumference (LILA) is under 23.5 cm. Pregnant women with KEK are at risk of giving birth to Low Birth Weight Babies (LBW), who have the potential to experience death, impaired growth, and development. KEK can also be an indirect cause of maternal death (Kemenkes RI, 2016). Chronic Energy Deficiency is a condition of a person who suffers from a chronic shortage of food, which is characterized by a circumference of the upper arm under 23.5 cm, which results in health problems. Chronic Energy Deficiency can occur in women of childbearing age (WUS) and pregnant women. This research aimed to enable midwifery care management for pregnant women with Chronic Energy Deficiency for pregnant women at the Public Health Center of Tanjung Karang with the implementation of midwifery care management using SOAP documentation.

This research employed a qualitative research method with the research case studies approach. The subject was a pregnant woman Mrs. "R" G2P1A0H1, with KEK. Data collection methods used were interviews, measurement and physical examination, and observation using the SOAP method. Data analysis included data reduction, presenting data, and drawing conclusions.

The result showed that midwifery care for pregnant women could be done by providing proper midwifery care related to maintaining nutritional patterns during pregnancy. Hopefully, the subject could make efforts to prevent Chronic Energy Deficiency (KEK) during pregnancy to enable immediate treatment.

Keywords: Pregnant Women, Chronic Energy Deficiency (KEK), SOAP Documentation

Bibliography: 38 (2010-2018)

MENGEHAMI
DALAM FOTO COPY DAN JILIDNYA
MAGAS
KEPALA
NPT PII
UNIVERSITAS
NIDN. 0803048601

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan data *Sustainable Development Goals* (SDGs) ini merupakan gizi yang optimal sangat penting untuk kesehatan reproduksi yang normal. Setiap wanita hamil dan menyusui memerlukan kebutuhan energi, jika energi tidak terpenuhi dalam jangka panjang, maka menghasilkan energi yang sedikit, dan menyebabkan KEK yang memiliki dampak terburuk. Kekurangan gizi diakibatkan asupan energi dan protein yang berlangsung, dapat menimbulkan gangguan penyakit tertentu (Sari, 2015).

Angka kematian ibu (AKI) adalah salah satu indikator yang dapat menggambarkan kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Menurut data World Health Organization (WHO), angka kematian ibu di dunia pada tahun 2015 adalah 216 per 100.000 kelahiran hidup atau diperkirakan jumlah kematian ibu adalah 303.000 kematian dengan jumlah tertinggi berada di negara berkembang yaitu sebesar 302.000 kematian. Angka kematian ibu di negara berkembang 20 kali lebih tinggi dibandingkan angka kematian ibu di negara maju yaitu 239 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan di negara maju hanya 12 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (WHO, 2015).

Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2013, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih tinggi sebesar 359/100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga kawasan *Association of South East Asia Nations* (ASEAN). ketika AKI di Indonesia mencapai 228, AKI Singapura hanya 6/100.000 kelahiran hidup, Brunei Darussalam 22 / 100.000 kelahiran hidup, Filipina 112/100.000 kelahiran hidup serta Malaysia dan Vietnam sama-sama mencapai 160/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2017).

Menurut World Health Organization (WHO), persentase tertinggi penyebab kematian ibu adalah perdarahan (28%) dan infeksi, yang dapat disebabkan anemia dan Kekurangan Energi Kronik (KEK). Diberbagai

Negara kejadian ini berkisar kurang 10% sampai hamper 60% (Prawirohardjo, 2014).

Prevalensi ibu hamil risiko KEK di Indonesia sebesar 21,6 persen dengan prevalensi terendah terdapat di provinsi Riau (11,8%) dan tertinggi di Nusa Tenggara Timur (32,4%) dan Papua barat (30,4%). Pada tahun 2013 Prevalensi ibu hamil yang mengalami risiko KEK rata-rata sebesar 23,78% dan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2007 sebesar 16,05% (Kemenkes RI, 2013). Data Riskesdas (2013) mencatat ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Nusa Tenggara Barat (NTB) adalah 19,10%. Sedangkan Data Riskesdas (2018) mencatat ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Nusa Tenggara Barat (NTB) adalah 20% berdasarkan umur kejadian KEK pada ibu hamil tahun 2018 yaitu umur 15-19 tahun sebanyak 33,5%, umur 20-24 tahun sebanyak 23,3%, umur 25-29 tahun sebanyak 16,7%, umur 30-34 tahun sebanyak 12,3%, 35-39 tahun sebanyak 8,5%, umur 40-44 tahun sebanyak 6,5%, umur 45-49 tahun sebanyak 11,1% (Riskesdas, 2018)

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian meskipun ada faktor lain yang mempengaruhinya, seperti perdarahan, keracunan kehamilan yang disertai kejang, aborsi, dan infeksi. Perdarahan menempati persentase tertinggi penyebab kematian ibu yaitu sebesar 28% sedangkan penyebab utama terjadinya perdarahan pada ibu hamil adalah anemia dan KEK (Bappenas,2015).

Tingginya AKB dan AKI yang melahirkan di NTB memberikan kontribusi terhadap rendahnya peringkat IPM (Indeks Pembangunan Manusia) NTB di tingkat nasional yang hampir menempati urutan akhir. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2015, Presentase kematian ibu saat melahirkan di NTB tercatat 35,78%, kematian ibu hamil sekitar 22,11%, berdasarkan kelompok umur, kematian ibu banyak terjadi pada usia 20-34 tahun sebanyak 66,52%, usia \geq 35 tahun sebanyak

27,37% dan usia ≤ 20 sebanyak 6,31%. (profil kesehatan dinas kesehatan kabupaten/kota, 2015).

Tingginya AKI yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas ini bukan saja dipengaruhi oleh faktor kesehatan tetapi juga oleh faktor-faktor diluar kesehatan. Penyebab kematian ibu digolongkan menjadi dua yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung, Di NTB kematian langsung adalah 30,1% karena perdarahan, eklamsia(27,1%), infeksi (7.3%), abortus (2,17%), partus macet (0%), dan faktor lainnya. Penyebab tidak langsung yaitu antara lain keadaan ibu hamil yang buruk, anemia, KEK dan penyakit infeksi akut /kronis (malaria, TBC, hepatitis, infeksi saluran kandung kemih dan lain-lain) disamping itu karena faktor prilaku masyarakat, social budaya, ekonomi dan pendidikan atau karena keterlambatan yaitu terlambat mengenali tanda bahaya, terlambat mengambil keputusan, terlambat membawa kafasilitas/sarana pelayanan kesehatan (Depkes NTB, 2015).

Puskesmas Tanjung Karang merupakan salah 1 dari 11 Puskesmas yang ada di Kota Mataram. Hasil survey terdahulu pada tahun 2018 di Puskesmas Tanjung Karang di temukan 67 (5,36%) ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK), sehingga masih menjadi permasalahan kesehatan Di Puskesmas Tanjung Karang (Dinkes NTB, 2018)

Asupan energi dan protein tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan Kurang Energi Kronis (KEK). Wanita hamil yang mengalami KEK jika Lingkar Lengan Atas (LiLA) $< 23,5$ cm. Ibu hamil dengan KEK berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang berpotensi mengalami kematian, gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak. KEK juga dapat menjadi penyebab tidak langsung kematian ibu (Kemenkes RI, 2016). Kurang Energi Kronis (KEK) adalah keadaan seseorang yang menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang ditandai dengan lingkar lengan atas (LiLA) $< 23,5$ cm sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan. Kurang Energi Kronis (KEK) dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil (Irianto, 2014).

Perdarahan menempatkan persentase tertinggi penyebab kematian ibu (28%), anemia dan Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil menjadi penyebab utama terjadinya perdarahan dan infeksi yang merupakan faktor kematian utama ibu (Aprianti, 2017). Salah satu bentuk faktor risiko pada ibu hamil adalah Kurang Energi Kronik (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang 23,5 cm atau penambahan berat badan <9 kg selama masa kehamilan (Kemenkes RI, 2015).

Menurut pandangan islam tentang kesehatan ibu selama kehamilan maupun pertumbuhan dan aktivitas diferensiasi janin, maka ibu dalam keadaan hamil harus cukup mendapat makanan bagi dirinya sendiri maupun bagi janinnya. Makanan yang bisa dikonsumsi baik kualitas maupun kuantitasnya harus ditambah dengan zat-zat gizi dan energi agar ibu dan janin dalam keadaan sehat. Makanan yang dikonsumsi ibu hamil berguna juga dalam rangka memudahkan kelahirannya dan untuk produksi Air Susu Ibu (ASI) bagi bayi yang akan dilahirkan. Allah SWT berfirman dalam (Q.S A'Basaa : 80/24-31) tentang beberapa sumber protein nabati yaitu :

فَلْيَنْظُرِ الْإِنْسَانُ إِلَىٰ طَعَامِهِ: ﴿٢٤﴾ أَفَأَنْصَبْنَا الْمَاءَ صَبًّا ﴿٢٥﴾ ثُمَّ شَقَقْنَا الْأَرْضَ شَقًّا ﴿٢٦﴾
فَأَنْبَتْنَا فِيهَا حَبًّا ﴿٢٧﴾ وَعِنَبًا وَقَضْبًا ﴿٢٨﴾ وَزَيْتُونًا وَنَخْلًا ﴿٢٩﴾ وَحَدَائِقَ غُلَابًا ﴿٣٠﴾
وَفَيْكِهَةً وَأَبًّا ﴿٣١﴾

Terjemahan:

“Maka hendaklah manusia itu memperhatikan makanannya. Sesungguhnya kami benar-benar telah mencurahkan air dari langit. Kemudian kami belah bumi dengan sebaik-baiknya. Lalu kami tumbuhkan biji-bijian di bumi itu. Anggur dan sayur-sayuran, zaitun dan kurma. Kebun-kebun (yang) lebat. Dan buah-buahan serta rumput-rumputan”. (Shihab, Volume 15 2009 : 80).

Maksud dari ayat di atas Makanan yang dipilih sebaiknya berasal dari bahan yang bernilai biologi tinggi (misalnya daging, telur, unggas, susu, dan hasil

olahannya yang mengandung kalsium); dan sekali-kali jangan mengonsumsi “*junk food*” (Arisman, 2010).

Penanggulangan ibu hamil KEK harus dimulai sejak sebelum hamil (CATIN) bahkan sejak usia remaja putri. Upaya penanggulangan tersebut membutuhkan koordinasi lintas program melalui kegiatan edukasi kesehatan reproduksi remaja putri melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), konseling CATIN, pemeriksaan ibu hamil terpadu (Pelayanan Antenatal Terpadu) dan perlu dukungan lintas sektor, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM dan institusi lainnya. Agar kegiatan penanggulangan ibu hamil KEK dapat dilaksanakan dengan baik dan terkoordinasi diperlukan suatu pedoman (Kemenkes RI, 2015).

Upaya pemerintah dalam menanggulangi ibu hamil dengan risiko KEK menurut Kemenkes, RI (2013, h. 15) yaitu dengan cara meningkatkan pendidikan gizi ibu hamil tentang KEK melalui pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE), memberikan pelayanan gizi dan pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) pada ibu hamil risiko KEK, dan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil dengan risiko KEK melalui bimbingan gizi dan KIA secara berjenjang.

Peran bidan dalam kasus KEK yaitu mengkaji status nutrisi ibu hamil dan hubungannya dengan pertumbuhan janin, mengkaji kenaikan berat badan ibu dan hubungannya dengan komplikasi kehamilan, mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan tepat dari kekurangan gizi, dll (Depkes, 2014).

Berdasarkan uraian diatas peneliti melakukan penelitian dengan tujuan mengkaji pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Puskesmas Tanjung Karang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Puskesmas Tanjung Karang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan manajemen asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Tanjung Karang dengan penerapan manajemen asuhan kebidanan menggunakan pendokumentasian SOAP

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengidentifikasi data subjektif pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).
- b. Mampu mengidentifikasi data objektif pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).
- c. Mampu menentukan analisa pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).
- d. Mampu mengidentifikasi penatalaksanaan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

D. Manfaat

1. Bagi Institusi Puskesmas Tanjung Karang

Diharapkan dapat memberikan masukan pengetahuan, keterampilan serta wawasan tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

2. Bagi Subjek Penelitian

Dapat memberikan pengetahuan kepada responden khususnya ibu hamil mengenai faktor penyebab Kekurangan Energi Kronik (KEK), kebutuhan nutrisi dan pola istirahat ibu selama masa kehamilan, serta memberitahu ibu mengenai hasil pemeriksaan yang telah dilakukan penulis selama memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

E. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi pada penelitian ini dibatasi pada asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

2. Ruang Lingkup Responden

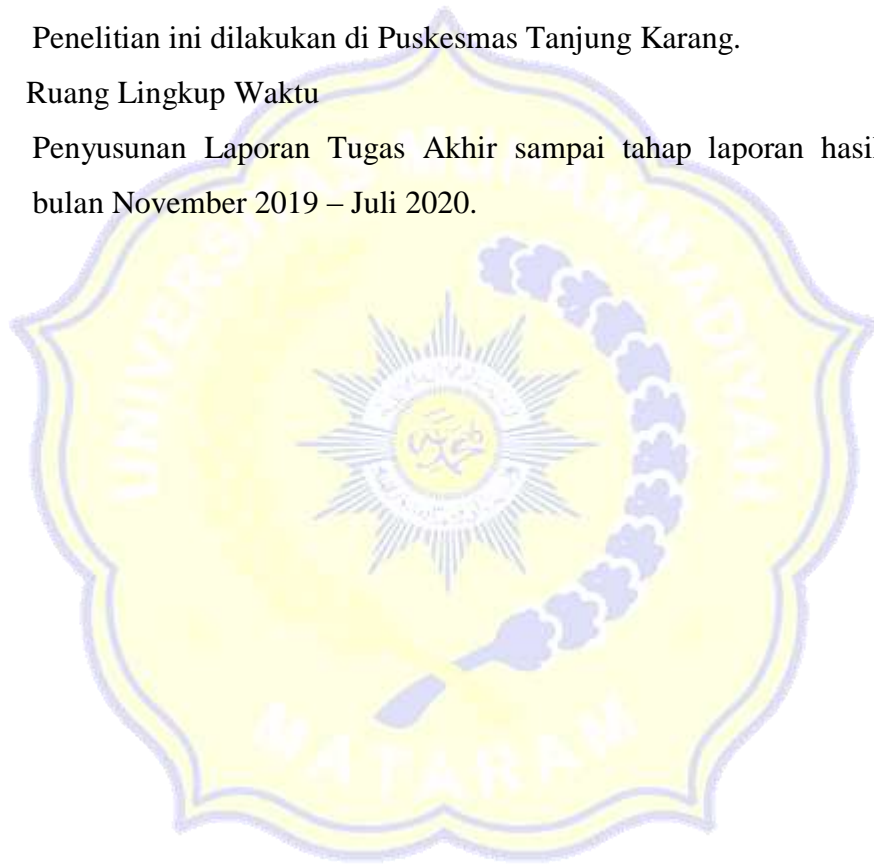
Responden dalam penelitian ini adalah ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK).

3. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Tanjung Karang.

4. Ruang Lingkup Waktu

Penyusunan Laporan Tugas Akhir sampai tahap laporan hasil mulai bulan November 2019 – Juli 2020.



F. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
Markasanah, 2013	Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap tentang Gizi Kehamilan dengan Kejadian KEK pada Ibu Hamil di Puskesmas Bambanglipuro Kabupaten Bantul Tahun 2013	<i>Cross Sectional</i>	p value 0,001 < 0,05 berhubungan secara bermakna	Teknik pengambilan sampelnya dengan <i>purposive sampling</i> .
Wati, dkk. 2014	Hubungan Pengetahuan Mengenai Gizi, Pendapatan Keluarga dan Investasi <i>Soil Transmitted Helminths</i> dengan Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil di Daerah Pesisir Sungai Siak Pekanbaru Tahun 2014	<i>Cross Sectional</i>	Hubungan pengetahuan gizi kehamilan dengan KEK pada ibu hamil dengan p value 0,035 dan OR 12,25.	Teknik pengambilan sampelnya dengan <i>purposive sampling</i> , analisis datanya menggunakan <i>Chi-Square</i>
Lubis, dkk. 2015	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Langsa Lama Kota Langsa Tahun 2015	<i>Cross Sectional</i>	<i>P value</i> 0,01 yaitu berhubungan secara bermakna pengetahuan ibu hamil terhadap KEK Kehamilan.	<i>Purposive sampling</i> , analisis datanya dengan menggunakan <i>Chi-Square</i> .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender interenasional. Kehamilan terbagi dalam 3 Trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam (12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40). (Prawirohardjo, 2014 ; h.213).

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulaisejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Manuaba, 2012). Kehamilan merupakan proses yang diawali dengan adanya pembuahan (konsepsi), masa pembentukan bayi dalam rahim, dan diakhiri oleh lahirnya sang bayi. Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Sarwono, 2014).

Kehamilan umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan aterm ialah usia kehamilan antara 38 sampai 42 minggu dan ini merupakan periode di mana terjadi persalinan normal. Kehamilan antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan prematur.

Kehamilan yang melewati 294 hari atau lebih 42 minggu lengkap disebut sebagai post term atau kehamilan lewat waktu. Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi 3 bagian; masing – masing 1) kehamilan triwulan pertama (antara 0 sampai 12 minggu); 2) kehamilan triwulan kedua (antara 12 sampai 28 minggu); dan 3) kehamilan triwulan terakhir (antara 28 sampai 40 minggu). Janin yang dilahirkan dalam trimester terakhir telah *viable* (dapat hidup) (Wiknjastro, 2011).

2. Tanda pasti kehamilan dapat ditentukan dengan jalan :
 - a. Kerja jantung janin
 - b. Persepsi gerakan janin
 - c. Deteksi kehamilan secara ultrasonografik
3. Perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu hamil
Perubahan fisiologi dalam kehamilan :
 - a. Perubahan pada organ reproduksi
 - 1) Vagina dan Vulva
 - 2) Ovarium
 - 3) Uterus
 - 4) Serviks
 - 5) Mammae
 - b. Perubahan pada system lain :
 - 1) Sirkulasi darah
 - 2) System respirasi
 - 3) Traktus digestivus
 - 4) Traktus urinarius
 - 5) Kulit
 - c. Perubahan Fisiologis:
 - 1) Trimester 1
 - a) Nyeri pada pembesaran payudara
 - b) Kelelahan
 - c) Sering kencing
 - d) Mual muntah
 - e) Pertumbuhan janin di atas symfisis pubis dapat dirasakan mulai kehamilan 12 minggu.
 - 2) Trimester II
 - a) Uterus terus membesar
 - b) Setelah 16 minggu uterus biasanya berada pada pertengahan antara symfisis dan pusat
 - c) Berat badan meningkat 4-5 kg

- d) Umur kehamilan 20 minggu, tinggi fundus uteri berada di dekat pusat
- e) Payudara mulai mengeluarkan kolostrum
- f) Gerakan bayi dirasakan
- g) Nampak perubahan kulit, cloasma gravidarum, dan striae gravidarum.

3) Trimester III

- a) Umur kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri terletak kira-kira 3 jari di atas pusat
- b) Umur kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dan prosessus xifoideus
- c) Payudara penuh dan nyeri tekan
- d) Sering kencing
- e) Umur kehamilan 38 minggu, bagian terendah janin turun ke rongga panggul
- f) Sakit pinggang dan sering kencing makin meningkat
- g) Susah tidur
- h) Terjadi peningkatan kontraksi Broxton Hicks.

Perubahan psikologi tiap trimester kehamilan dan adaptasinya. (Varney, 2011).

d. Perubahan Psikologi

1) Perubahan psikologi trimester 1 (masa penentuan)

- a) Terbuka atau diam-diam bahkan cenderung menyembunyikan ambivalensi atau perasaan negatifnya
- b) Menerima atau menolak perubahan fisik
- c) Perasaan ambivalensi terakhir dengan sendirinya ketika ibu mulai menerima kehamilannya

2) Perubahan psikologi trimester II (periode kesehatan yang baik). (Varney, 2011).

- a) Fase pra-quickening
 - 1) Mengembangkan identitas keibuannya

- 2) Proses persiapan untuk menjadi seorang ibu
 - 3) Lebih banyak menganalisa peran ibunya dan menuntut kasih sayang dari ibunya.
- b) Fase pasca-quickenening
- 1) Perubahan kontak sosial/pokus pada kehamilannya/ kesejahteraan bayinya
 - 2) Meningkatkan kewaspadaan ibu mengenai ancaman terhadap bayinya
 - 3) Lebih banyak menuntut kasih sayang dari pasangannya.

Adaptasi psikologis pada kehamilan trimester II.

- 3) Perubahan psikologi trimester III (periode menunggu/ penentian dan waspada. (Varney, 2011).
 - a) Merasa tidak feminim, jelek, berantakan dan canggung menyebabkan perasaan takut perhatian suami berpaling atau tidak menyenangkan kondisinya
 - b) 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya serta proses persaalinanya
 - c) Pada pertengahan trimester ketiga dapat muncul perasaan bersalah terhadap hubungan seksual.

Adaptasi psikologis kehamilan trimester III

- a) Menjadi lebih protektif terhadap bayinya (menghindari tempat ramai, hal-hal yang berbahaya)
- b) Menyibukkan diri dalam persiapan menghadapi persalinan
- c) Sebagian besar pemikiran di fokuskan pada perawatan bayinya
- d) Memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

B. Antenatal Care (ANC)

1. Pengertian

Antenatal Care (ANC) merupakan suatu pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada wanita selama hamil, misalnya dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya ibu siap menghadapi peran baru sebagai orang tua (Wagiyo & putrono, 2016).

Menurut Depkes RI (2005, dalam Rukiah & Yulianti, 2014) mendefinisikan bahwa pemeriksaan kehamilan merupakan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu dan janin secara berkala yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Pada hakikatnya pemeriksaan kehamilan bersifat preventif care dan bertujuan mencegah hal-hal yang tidak diinginkan bagi ibu dan janin (Purwaningsih & Fatmawati 2010).

2. Tujuan Pemeriksaan Kehamilan Antenatal Care (ANC)

Tujuan pemeriksaan kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI (2010) adalah :

a. Tujuan Umum

Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat.

b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus ANC adalah menyediakan pelayanan antenatal yang terpadu , komprehensif, serta berkualitas, memberikan konseling kesehatan dan gizi ibu hamil, konseling KB dan pemberian ASI, meminimalkan "missed opportunity" pada ibu hamil ntuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu, komprehensif dan berkualitas ; mendeteksi secara dini adanya kelainan atau penyakit yang diderita ibu hamil ; dapat melakukan intervensi yang tepat

terhadap kelainan atau penyakit yang diderita ibu hamil ; dapat melakukan intervensi yang tepat terhadap kelainan atau penyakit sedini mungkn pada ibu hamil ; dapat melakukan rujukan kusus ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang sudah ada. Selain itu pemeriksaan kehamilan atau *antenatal care* juga dapat dijadikan sebagai ajang promosi kesehatan dan pendidikabn tentang kehamilan, persalinan dan persiapan menjadi orang tua (Simpon & Creehan, 2008 dalam Novita 2011).

3. Manfaat Pemeriksaan Kehamilan Antenatal Care (ANC)

Menurut Purwaningsih & Fatmawati (2010) mejelaskan bahwa pemeriksaan antenatal juga memberikan manfaat terhadap ibu dan janinnya, antara lain :

a. Bagi ibu

- 1) Mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan dan mengurangi penyulit masa antepartum
- 2) Mempertahankan dan meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan
- 3) Dapat meningkatkan kesehatan ibu pasca persalinan dan untuk dapat memberi ASI
- 4) Dapat melakukan proses persalinan secara aman.

b. Bagi janin

Sedangkan manfaat untuk janin adalah dapat memelihara kesehatan ibu sehingga mengurangi kejadian prematuritas, kelahiran mati dan berat bayi lahir rendah.

4. Jadwal Pemeriksaan Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Pemeriksaan kehamilan Antenatal Care (ANC) sangatlah dibutuhkan guna memantau kondisi kesehatan ibu dan janinnya. Sehingga diperlukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Menurut saifudin (2007, dalam Ai Yeyeh & Yulianti, 2014) pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada trimester ke-1 (kehamilan <14 minggu)

- b. Minimal 1 kali pada trimester ke-2 (kehamilan 14-28 minggu)
- c. Minimal 2 kali pada trimester ke-3 (kehamilan .28 minggu sampai kelahiran).

Program kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan paling sedikit empat kali kunjungan untuk pemeriksaan selama kehamilan, menurut jadwal 1-1-2 yaitu paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester pertama, paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester kedua, dan paling sedikit dua kali kunjungan dalam trimester ketiga (Kemenkes RI, 2012). Selain untuk ibu hamil sebaiknya melakukan kunjungan ANC minimal sebanyak 4 kali, yaitu sebagai berikut :

a. Kunjungan 1/K1 (Trimester 1)

K1/kunjungan baru ibu hamil yaitu ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika ibu hamil mengalami terlambat datang bulan. Adapun tujuan pemeriksaan pertama pada *Antenatal care* adalah sebagai berikut:

- 1) Mendiagnosa dan menghitung umur kehamilan
- 2) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin terjadi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas.
- 3) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- 4) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.
- 5) Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehari-hari, keluarga berencana, kehamilan, persalinan dan nifas serta *Laktasi*.

Pada kunjungan pertama juga merupakan kesempatan untuk memberikan informasi bagi ibu hamil supaya dapat mengenali faktor risiko ibu dan janin. Informasi yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Kegiatan fisik yang dapat dilakukan dalam batas normal

- 2) Kebersihan pribadi khususnya daerah *genetalia*, karena selama kehamilan akan terjadi peningkatan secret di *vagina*
 - 3) Pemilihan makanan sebaiknya yang bergizi dan serat tinggi
 - 4) Pemakaian obat harus dikonsultasikan dahulu dengan tenaga kesehatan
 - 5) Wanita perokok atau peminum harus menghentikan kebiasaanya.
- b. Kunjungan 2/K2 (Trimester 2)
- Pada periode ini, ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan 1 bulan sekali sampai umur kehamilan 28 minggu. Adapun tujuan pemeriksaan kehamilan di trimester II antara lain :
- 1) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
 - 2) Penapisan pre-eklamsi *gemeli*, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan
 - 3) Mengulang perencanaan persalinan.
- c. Kunjungan 3/K3 dan K4 (Trimester 3)
- Pada periode ini sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dilakukan setiap 2 minggu jika tidak mengalami keluhan yang membahayakan dirinya atau kandungannya. Tujuan kunjungan pemeriksaan kehamilan trimester III, yaitu :
- 1) Mengenali adanya kelainan letak janin
 - 2) Memantapkan rencana persalinan
 - 3) Mengenali tanda-tanda persalinan

Sedangkan menurut Manuaba (2000, dalam Wagiyono & Putrono, 2016) mengemukakan bahwa untuk mengetahui perkembangan janin maka pemeriksaan kehamilan dilakukan sesuai dengan standar pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan pertama dapat dilakukan setelah mengetahui adanya keterlambatan haid atau menstruasi. Idealnya pemeriksaan ulang dapat dilakukan pada setiap bulan sampai usia kehamilan 7 bulan, kemudian setiap 2

minggu sekali setelah usia kehamilan mencapai 9 bulan sampai pada proses persalinan.

Jadwal tersebut di atas merupakan jadwal pemeriksaan dalam kondisi kehamilan yang normal, karena biasanya penyulit kehamilan baru akan timbul pada trimester ketiga hingga menjelang akhir kehamilan. Jika kehamilan tidak normal, maka jadwal pemeriksaan kehamilan akan disesuaikan dengan kondisi ibu hamil (Purwaningsih & Fatmawati, 2010).

5. Standar Asuhan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Adapun standar asuhan pelayanan pemeriksaan kehamilan menurut Wagiyo (2016) adalah sebagai berikut :

a. Timbang Berat Badan (T1)

Pengukuran berat badan diwajibkan setiap ibu hamil melakukan kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu kehamilan sebesar 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.

b. Ukur Tekanan Darah (T2)

Tekanan darah yang normal adalah 110/80 hingga 140/90 mmHg, apabila diketahui tekanan darah ibu hamil melebihi 140/90 mmHg maka perlu diwaspadai adanya preeklamsi.

c. Ukur Tinggi Fundus (T3)

Merupakan suatu cara untuk mengukur besar rahim dari tulang kemaluan ibu hingga batas pembesaran perut tepatnya pada puncak fundus uteri. Dari pemeriksaan tersebut dapat diketahui pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan.

d. Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Tablet Fe merupakan tablet penambah darah. Selama masa pertengahan kehamilan, tekanan sistolik dan distolik menurun 5 hingga 10 mmHg. Hal ini biasa terjadi karena vasolidatasi perifer akibat perubahan hormonal selama kehamilan (Indriyani, 2013).

e. Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (T5)

Pemberian imunisasi ini sangat dianjurkan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus neonatorum. Penyakit tetanus neonatorum yang disebabkan oleh masuknya kuman *Clostridium tetani* ke tubuh bayi merupakan penyakit infeksi yang dapat mengakibatkan kematian bayi dengan gejala panas tinggi, kaku duduk dan kejang. Imunisasi TT dianjurkan 2 kali pemberian selama kehamilan, yaitu TT1 diberikan pada kunjungan awal dan TT2 dilakukan pada 4 minggu setelah suntikan Tt1 (Bartini, 2012).

- f. Pemeriksaan Hb (T6)
- g. Pemeriksaan VDRL (T7)
- h. Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara (T8)
- i. Pemeliharaan tingkat kebugaran atau senam ibu hamil (T9)
- j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)

Biasanya dokter atau bidan akan memberikan informasi mengenai rujukan apabila diketahui adanya masalah dalam kehamilan termasuk rencana persalinan.

- k. Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T11)
 - l. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T12)
 - m. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
 - n. Pemberian terapi anti-malaria untuk daerah endemis malaria (T14).
6. Tempat Pelayanan ANC

Menurut Prasetyawati (2011), pelayanan ANC bisa diperoleh di :

- a. Klinik bersalin
- b. Rumah sakit bersalin
- c. Dokter umum dan puskesmas
- d. Organisasi sukarela
- e. Bidan
- f. Perawatan mandiri

7. Tenaga Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan/ANC

Dalam pelayanan antenatal juga dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten seperti dokter, bidan, dan perawat terlatih, sesuai dengan ketentuan pelayanan antenatal yang berlaku (Kemenkes RI, 2016).

C. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

1. Pengertian

Kekurangan energi kronis atau yang selanjutnya disebut dengan KEK merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk yang disebabkan kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makro. Kebutuhan wanita akan meningkat dari biasanya jika pertukaran dari hampir semua bahan itu terjadi sangat aktif terutama pada trimester III. Peningkatan jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin, maka kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi.

Kekurangan Energi Kronik (KEK) suatu keadaan kekurangan makanan dalam waktu yang lama sehingga menyebabkan ukuran Indeks Masa Tubuhnya (IMT) di bawah normal <18,4-19,8 dan LILA kurang dari 23,5 untuk orang dewasa.

Pengukuran LILA adalah salah satu cara untuk mengetahui KEK pada WUS. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan Bayi BeratLahir Rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak. LILA yang rendah dapat menggambarkan IMT yang rendah pula. Indeks massa tubuh adalah alat atau suatu cara yang sederhana untuk mengatahuistatus gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.

Rumus IMT = Berat badan/ (tinggi badanx tinggi badan)

Tabel 1.2 Rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (Kg)
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	>7
Gemeli	-	16-20,5

Sumber : Sarwono, 2014

Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 20% dari kenaikan berat badan ideal sebelum hamil. Proporsi kenaikan berat badan selama hamil adalah sebagai berikut:

- Kenaikan berat badan trimester I kurang lebih 1 kg. Kenaikan berat badan ini hampir seluruhnya merupakan kenaikan berat badan ibu.
- Kenaikan berat badan trimester II adalah 3 kg atau 0,3 kg per minggu. Sebesar 60% kenaikan berat badan karena pertumbuhan jaringan ibu.
- Kenaikan berat badan trimester III adalah 6 kg atau 0,3-0,5 kg per minggu. Sekitar 60% kenaikan berat badan ibu karena pertumbuhan jaringan janin.

Tabel 1.3 Kisaran Pertambahan Berat Badan Total yang Direkomendasikan untuk Wanita Hamil

Status Prakehamilan	Kategori berat badan berbanding tinggi badan prakehamilan	IMT	Pertambahan total yang direkomendasikan	
			PON	KG
Berat badan kurang	<90% berat badan ideal	<19,8	28-40	12,8-18
Berat badan ideal	90%-120% berat badan ideal	19,8-26	25-35	11,5-16
Berat badan cukup lebih	121-135% berat badan ideal	26-29	15-25	7-11,5
Berat badan sangat lebih	135% berat badan ideal	>29	≥ 25	≥ 7,0
Kisaran keseluruhan			15-40	7-18

Sumber : Sharon, 2012

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kekurangan Energi Kronik (KEK)

a. Pengertian Pola Konsumsi

Pola konsumsi adalah berbagai informasi yang memberikan gambaran mengenai macam dan jumlah bahan makanan yang dimakan setiap hari oleh satu orang dan merupakan ciri khas untuk suatu kelompok masyarakat tertentu (Sulistyoningsih, 2011).

Pola konsumsi didefinisikan sebagai karakteristik dari kegiatan yang berulang kali dari individu dalam memenuhi kebutuhannya akan makanan, sehingga kebutuhan fisiologis, sosial dan emosionalnya dapat terpenuhi (Sulistyoningsih, 2011).

Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam susunan hidangan dan perbandingannya yang satu dengan yang lain. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh.

1) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pada Ibu Hamil

Makanan tambahan adalah makanan bergizi sebagai tambahan selain makanan utama bagi kelompok sasaran guna memenuhi kebutuhan gizi. Salah satu kebijakan dan upaya yang ditempuh pemerintah untuk mengatasi masalah kekurangan gizi pada balita dan ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK), dilakukan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan. Pemberian PMT Pemulihan dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari pada sasaran (Anonim, 2017).

Ibu hamil yang berisiko KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23.5 cm. Makanan Tambahan Pemulihan bumil KEK adalah makanan bergizi yang diperuntukkan bagi ibu hamil sebagai makanan tambahan untuk pemulihan gizi. Hari Makan Bumil (HMB)

adalah jumlah hari makan ibu hamil yang mendapat makanan tambahan pemulihan berbasis makanan lokal yakni sekali sehari selama 90 hari berturut-turut.

2) Tingkat Pendapatan

Tingkat Pendapatan keluarga berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang terutama ibu hamil, karena berbanding lurus dengan daya beli keluarga. Keluarga mampu membeli bahan makanan tergantung dari besar kecilnya pendapatan perbulannya. Semakin tinggi pendapatan maka akan semakin tinggi pula jumlah pembelanjannya (Saputri, 2014). Keluarga dengan pendapatan terbatas kemungkinan besar akan kurang dapat memenuhi kebutuhan makanannya terutama untuk memenuhi kebutuhan zat gizi dalam tubuhnya.

Pendapatan keluarga atau tersedianya uang dalam keluarga menentukan berapa banyak kebutuhan sandang, pangan, dan papan keluarga dapat dibeli atau dimiliki. Secara umum, pola penggunaan sumber keuangan ini sangat dipengaruhi oleh gaya hidup keluarga. Keluarga dengan pendapatan yang baik lebih memiliki kemungkinan untuk dapat menyisihkan lebih banyak dana untuk membeli makanan. Sehingga diharapkan keluarga dengan pendapatan baik akan memiliki keluarga dengan status gizi baik. Walaupun demikian, tidak selalu pendapatan tinggi menjamin terpenuhinya kecukupan gizi karena selain pendapatan keluarga, status gizi juga dipengaruhi oleh hal seperti pengetahuan, pola makan, masalah kesehatan dan lain-lain. Hal ini akan berdampak terhadap status gizi ibu hamil yang pada umumnya akan menurun (Fikawati S. A., 2017).

3) Ketersediaan Pangan di Rumah Tangga

Ketersediaan pangan di rumah tangga berpengaruh terhadap konsumsi ibu hamil karena penentuan konsumsi makan

harus memperhatikan nilai gizi makanan dan kecukupan zat gizi yang dianjurkan. Hal tersebut dapat ditempuh dengan penyajian hidangan yang bervariasi dan dikombinasi, ketersediaan pangan, macam serta jenis bahan makanan mutlak diperlukan untuk mendukung usaha tersebut. Disamping itu jumlah bahan makanan yang dikonsumsi juga menjamin tercukupinya kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh.

Ketersediaan bahan pangan ditingkat keluarga secara tidak langsung mempengaruhi pola konsumsi dari seluruh anggota keluarga. Keluarga yang dapat memenuhi tingkat ketersediaan bahan pangan dalam kehidupan sehari-harinya dan dapat memanfaatkan bahan pangan tersebut dengan sebaik-baiknya

maka secara tidak langsung akan mendapat pemenuhan asupan zat gizi dengan yang diperlukan.

4) Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan biasanya dikaitkan dengan tingkat pendidikan seseorang yang akan berpengaruh terhadap pemilihan bahan makanan dan pemenuhan kebutuhan gizi. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Pendidikan yang kurang menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal (Notoadmojo, 2010). Pendidikan yang tinggi memudahkan seseorang menerima informasi lebih banyak dibandingkan dengan pendidikan rendah.

Pengetahuan tentang kesehatan yang tinggi menunjang perilaku hidup sehat dalam pemenuhan gizi ibu selama kehamilan.

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya merupakan suatu usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat,

kelompok, atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat dapat memperoleh pengetahuan tentang pentingnya asupan nutrisi selama kehamilan. Pengetahuan juga merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmojo, 2010).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Sedangkan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yakni :

a) Tahu (*Know*)

Tahu artinya sebagai pengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu ini merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang terjadi antara lain, menyebutkan, menguraikan, mengatakan dan sebagainya.

b) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya).

d) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menggunakan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru.

f) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk meletakkan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

5) Sosial Budaya

Daerah yang memiliki keyakinan yang kuat terhadap social budaya dalam kehidupan sehari-harinya dapat menimbulkan pengaruh budaya terhadap sikap makanan. Dalam hal ini sikap terhadap makanan, masih banyak terdapat 12 pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah (Notoadmodjo, 2010).

Pantangan makan adalah jenis makanan yang tidak boleh dimakan oleh ibu hamil sehingga dapat mengganggu kesehatannya. Adanya pantangan terhadap makanan atau minuman tertentu dikarenakan makanan atau minuman tersebut membahayakan jasmani dan rohani bagi yang mengonsumsinya. Banyak berpantang makanan tertentu saat hamil dapat memperburuk keadaan ibu dan janin yang dikandungnya.

6) Kebiasaan atau Pola Makan

Kebiasaan atau pola makan pada ibu hamil mempengaruhi status gizi ibu dan janin yang dikandungnya. Status gizi wanita, terutama pada masa usia subur, merupakan elemen pokok dari kesehatan reproduksi karena keterkaitan ibu hamil dengan pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya, yang pada akhirnya berdampak terhadap masa dewasanya (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2014).

Kebiasaan atau pola makan ibu hamil dalam penelitian ini adalah kebiasaan makan ibu dalam pengaturan jumlah, jenis makanan, dan frekuensi dengan maksud tertentu seperti mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu kesembuhan penyakit.

Peran mikronutrien juga sangat penting terhadap kesehatan reproduksi ibu, antara lain karena fungsinya di dalam system imunitas yang berakibat terhadap mudahnya mengalami berbagai penyakit infeksi.

Ibu hamil akan mengalami peningkatan kebutuhan energi dan zat gizi terjadi seiring pertambahan usia kehamilan. Selama hamil diperlukan tambahan energi sebesar (80.000 Kal/280 hari) (Hyttten dan Leith, 1971 dalam IOM, 1990, AKG 2013).

3. Penyebab Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Penyebab utama terjadinya KEK pada ibu hamil yaitu sejak sebelum hamil ibu sudah mengalami kekurangan energi, karena kebutuhan orang hamil lebih tinggi dari ibu yang tidak dalam keadaan hamil. Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama hamil.

Menurut Sediaoetama (2012), Penyebab dari KEK dapat dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Penyebab Langsung

Penyebab langsung terdiri dari asupan makanan atau pola konsumsi dan infeksi.

b. Penyebab Tidak Langsung

1) Hambatan utilitas zat-zat gizi

Hambatan utilitas zat-zat gizi ialah hambatan penggunaan zat-zat gizi karena susunan asam amino didalam tubuh tidak seimbang yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan penurunan konsumsi makan.

2) Hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing.

- 3) Ekonomi yang kurang.
 - 4) Pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang.
 - 5) Produksi pangan yang kurang mencukupi kebutuhan.
 - 6) Kondisi hygiene yang kurang baik.
 - 7) Jumlah anak yang terlalu banyak.
 - 8) Penghasilan rendah.
 - 9) Perdagangan dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata.
4. Akibat dari Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Sarwono, 2014)
- a. Terhadap Ibu Hamil

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi.
 - b. Terhadap Persalinaan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinaan dapat mengakibatkan persalinaan sulit dan lama, persalinaan sebelum waktunya (premature), pendarahan setelah persalinaan, serta persalinaan dengan operasi cenderung meningkat.
 - c. Terhadap Janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum, dan lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
 - d. Terhadap Ibu Nifas

Gizi kurang pada ibu nifas dapat menyebabkan lamanya proses involusi uteri, infeksi, produksi ASI tidak lancar dan konstipasi.
5. Langkah Penanganan KEK
- a. Menganjurkan kepada ibu untuk mengkonsumsi makanan-makanan yang berpedoman umum gizi seimbang.
 - b. Hidup sehat dengan melakukan pengaturan diet yang benar dan teratur selama kehamilan.
 - c. Istirahat cukup.

- d. Diberi penyuluhan mengenai gizi seimbang yang diperlukan oleh ibu hamil.
 - e. Peningkatan variasi dan jumlah makanan.
 - f. Mengurangi beban kerja pada ibu hamil.
 - g. Konsumsi vitamin B kompleks dan tablet Fe selama kehamilan.
 - h. Melakukan pemeriksaan rutin 1 bulan sekali dan ANC terpadu.
6. Pengukuran Antropometri Lingkar Lengan Atas (LILA)

Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, antara lain memantau penambahan berat badan selama kehamilan, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA). Ukuran LILA normal adalah 23,5 cm. Ibu dengan ukuran LILA di bawah 23,5 cm menunjukkan adanya kekurangan energi kronis (KEK). LILA telah digunakan sebagai indikator terhadap resiko KEK untuk ibu hamil di Indonesia karena tidak terdapat data berat badan prahamil pada sebagian besar ibu hamil dan mengukur kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi (Ariyani, 2012).

Persiapan pengukuran LILA (Ariyani,2012) :

- a. Sediakan pita LiLA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0,1 cm atau meteran kain.
- b. Pastikan pita LiLA tidak kusut, tidak terlipat-lipat dan tidak rusak/sobek.
- c. Jika lengan responden > 33 cm, gunakan meteran kain.
- d. Responden diminta berdiri dengan tegak (rileks), tidak memegang apapun dan otot lengan tidak tegang dan kencang.
- e. Baju pada lengan kiri disingsingkan keatas sampai pangkal bahu terlihat atau lengan bagian atas tidak tertutup.

Cara melakukan pengukuran LILA (Ariyani,2012) :

- 1) Tentukan posisi pangkal bahu.
- 2) Tentukan posisi ujung siku dengan cara siku dilipat dengan telapak tangan ke arah perut.

- 3) Tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan ujung siku dengan menggunakan pita LILA atau meteran (Lihat Gambar), dan beri tanda dengan pulpen/spidol (sebelumnya dengan sopan minta izin kepada responden). Bila menggunakan pita LILA perhatikan titik nolnya.
- 4) Lingkarkan pita LILA sesuai tanda pulpen di sekeliling lengan responden sesuai tanda (di pertengahan antara pangkal bahu dan siku).
- 5) Masukkan ujung pita di lubang yang ada pada pita LiLA.
- 6) Pita ditarik dengan perlahan, jangan terlalu ketat atau longgar.
- 7) Baca angka yang ditunjukkan oleh tanda panah pada pita LILA (kearah angka yang lebih besar).



Gambar 2.1 Cara Pengukuran LILA

D. Konsep Manajemen Pendokumentasian SOAP

1. Pendokumentasian SOAP

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Asuhan yang telah dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang

telah dilakukan pada seorang klien, yang di dalamnya tersirat proses berpikir yang sistematis seorang bidan dalam menghadapi seorang klien sesuai langkah-langkah dalam proses manajemen kebidanan.

Menurut Helen Varney, alur berpikir saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk **SOAP**, yaitu :

S = Subyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnese sebagai langkah I Varney.

O = Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan sebagai langkah I Varney.

A = Analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi :

- a. Diagnosa/masalah.
- b. Antisipasi diagnosa/masalah potensial.
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/ kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah 2, 3, dan 4 Varney.

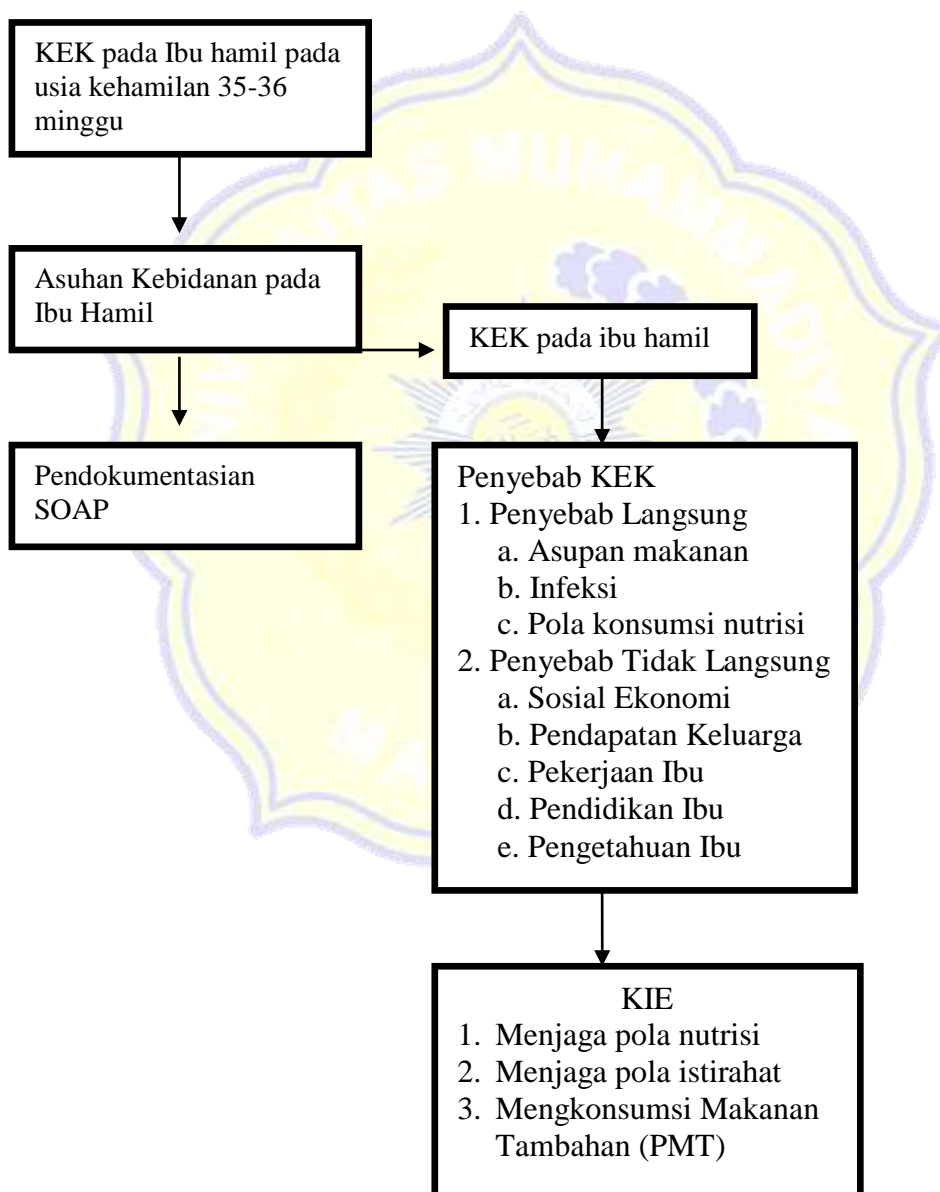
P = Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari tindakan (1) dan Evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assesmen sebagai langkah 5, 6, dan 7 Varney.

Beberapa alasan penggunaan SOAP dalam pendokumentasian :

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisi penemuan dan konklusi anda menjadi suatu rencana.
2. Metode ini merupakan intisari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan.

E. Kerangka Alur Pikir



Gambar 2.2 Kerangka Alur Pikir

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *deskriptif explanation*. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif explanation* yaitu penelitian yang dimaksudkan untuk menggali penjelasan kausalitas, atau sebab dan akibat yang terkandung didalam obyek yang diteliti (Zumrotun, 2018).

1. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian Laporan Tugas Akhir ini dilakukan di Puskesmas Tanjung Karang dari pelaksanaan Laporan Tugas Akhir pada bulan November 2019 sampai laporan hasil pada bulan Juni 2020.

2. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini responden dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) di Puskesmas Tanjung Karang.

3. Jenis Pengumpulan Data

a. Data Primer

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang didapat dari hasil wawancara dan observasi langsung dengan responden.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diambil dari buku register, dokumen rekam medik atau buku KIA yang ada di poli KIA/KB di Puskesmas Tanjung Karang, Kota Mataram.

4. Instrumen Studi Kasus

Instrumen merupakan alat bantu bagi penulis dalam mengumpulkan data (Arikunto, 2017). Instrumen dalam studi kasus ini adalah format Asuhan Kebidanan dengan Pendokumentasian SOAP.

5. Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah berupa wawancara, pengukuran dan pemeriksaan fisik, dan melakukan observasi dengan menggunakan metode SOAP.

a. Pengukuran dan pemeriksaan fisik, yaitu:

1) Inspeksi

Inspeksi adalah cara pemeriksaan dengan melihat bagian-bagian tubuh dengan menggunakan pendekatan sistematis. Inspeksi dilakukan secara berurutan sesuai dengan format pengkajian Asuhan Kebidanan. Pada kasus ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronik dilihat dari hasil pengukuran LILA 22 cm.

2) Menimbang berat badan

b. Wawancara

Wawancara yaitu suatu metode untuk mengumpulkan data. Dimana penelitian mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian responden, atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut. Pada studi kasus ini wawancara dilakukan pada pasien dan keluarga dengan pedoman wawancara menggunakan format asuhan kebidanan menurut pengkajian SOAP.

c. Pengamatan (Observasi)

Pengamatan adalah suatu hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan dari luar mengenai indra, dan terjadilah pengindraan, kemudian apabila rangsangan tersebut menarik perhatian dan dilanjutkan dengan adanya pengamatan. Dalam studi kasus ini observasi pada ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) dilakukan pemeriksaan umum,

pemeriksaan fisik, serta observasi intrake dan output (Notoatmodjo, 2012).

- d. Studi Dokumentasi : mendapatkan data klien dari dokumentasi klien seperti status klien dan hasil laboratorium.

B. Analisis Data

Menurut Sugiyono, 2014 proses analisis data yang dilakukan dalam studi kasus yaitu:

1. Reduksi Data

Mereduksi berarti merangkum, memilih hal-hal pokok dan penting kemudian dicari tema dan polanya. Pada tahap ini penelitian memilah informasi mana yang relevan dan mana yang tidak relevan dengan penelitian. Setelah direduksi data akan mengerucut, semakin sedikit dan mengarah keinti permasalahan sehingga mampu memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai objek penelitian.

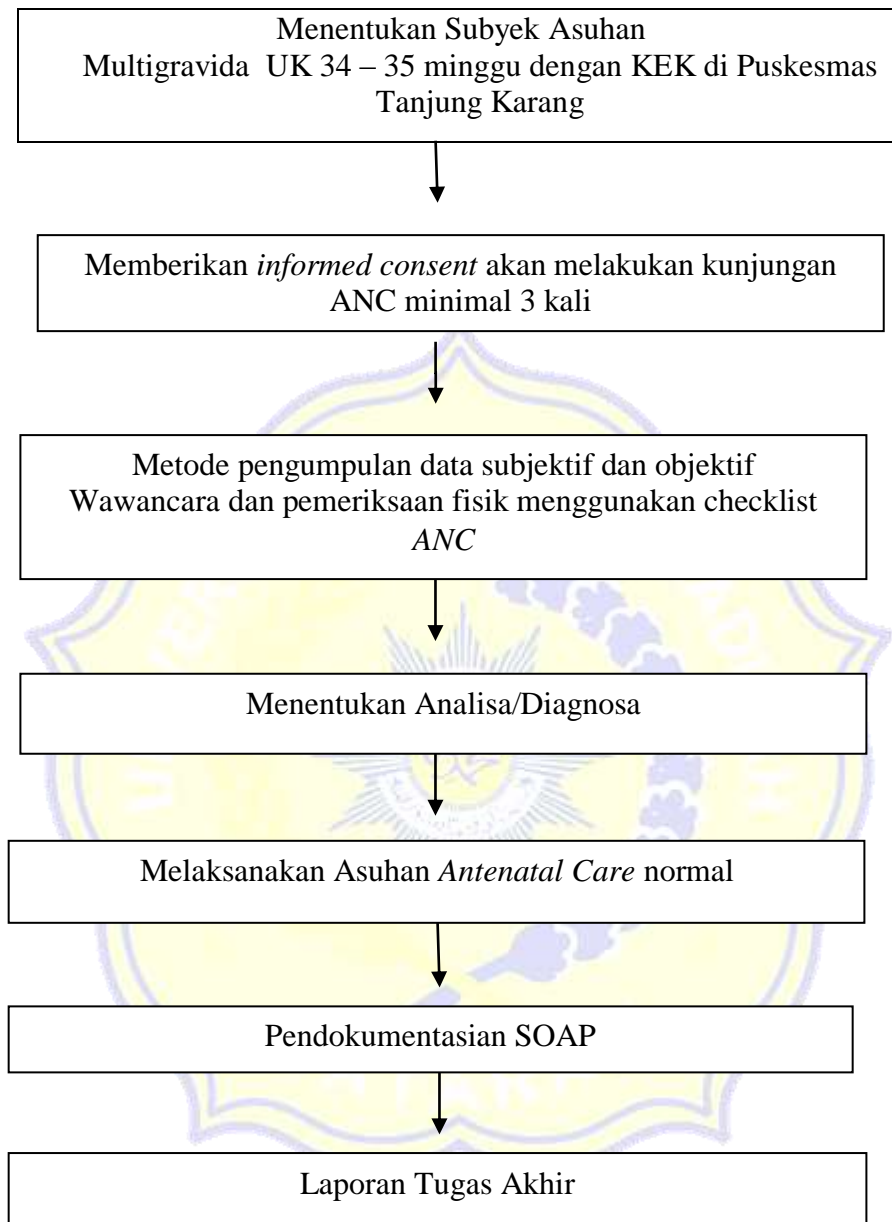
2. Menyajikan Data

Menyajikan data merupakan salah satu usaha agar informasi yang diperoleh dapat diterima dengan mudah oleh orang lain. Dalam hal ini penelitian dapat menyajikan data dalam bentuk tabel.

3. Menarik Kesimpulan

Kesimpulan yang dikemukakan disertai dengan temuan bukti-bukti yang kuat, sehingga kesimpulan tersebut bersifat kredibel.

C. Jalannya Studi Kasus



D. Etika penelitian

Dalam hal melakukan penelitian, peneliti harus memperhatikan permasalahan etik meliputi:

1. Informed consent (persetujuan)

Sebelum lembaran kuesioner dibagikan kepada responden terlebih dahulu peneliti lebih memberikan penjelasan tujuan dan cara pengisian kuesioner (informed choice). Setelah responden memahami apa yang telah dijelaskan, peneliti memberikan lembaran persetujuan (informed consent) untuk ditanda tangangi oleh responden.

2. Anonymity (tanpa nama)

Responden tidak mencantumkan nama lengkap pada lembaran pengumpulan data tetapi dengan menggunakan nama inisial untuk menjaga kerahasiaan informasi.

3. Confidentiality (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden disimpan, tidak disampaikan pada publik kecuali untuk penelitian.