

DETERMINAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS SRANDAKAN KABUPATEN BANTUL YOGYAKARTA TAHUN 2018

Margiyati, Beta Epi Martina

Akademi Kebidanan Ummi Khasanah, Jl. Pemuda Gandekan, Bantul

Email : ugikndaru@gmail.com

Abstrak: Determinan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil adalah keadaan ibu kekurangan makanan berlangsung menahun yang mengakibatkan timbulnya defisiensi gizi dan gangguan kesehatan. Banyak faktor yang memengaruhi KEK pada kehamilan antara lain: usia ibu hamil, status perkawinan, jarak kehamilan, paritas dan berat badan selama hamil, pendidikan keluarga, pendapatan keluarga, dan perilaku. Hasil studi pendahuluan di Puskesmas Srandakan Bantul tanggal 21 Januari 2018, didapatkan ibu hamil yang berkunjung di Puskesmas sebanyak 140 orang, terdapat 42 ibu hamil yang mengalami KEK. Penelitian bersifat deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil KEK yang berkunjung di Puskesmas Srandakan Bantul bulan Januari - Februari 2018 yang berjumlah 42 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Sampel penelitian berjumlah 42 responden. Instrumen yang digunakan kuesioner dan teknik analisis menggunakan analisis univariat. Hasil penelitian menunjukkan Determinan Kekurangan Energi Kronis Ibu Hamil, berdasarkan usia ibu hamil sebagian besar berumur 20-35 tahun sebanyak 37 responden (88,1%), berdasarkan status perkawinan sebagian besar menikah sebanyak 42 responden (100%), berdasarkan jarak kehamilan sebagian besar > 3 tahun sebanyak 31 responden (73,8%), berdasarkan paritas sebagian besar multipara sebanyak 26 responden (62%), dan berdasarkan berat badan selama hamil sebagian besar kenaikan berat badan trimester I < 1 kg sebanyak 21 responden (50%), berdasarkan pendidikan ibu sebagian besar adalah SD sebanyak 16 responden (38%), berdasarkan karakteristik pendapatan keluarga sebagian besar berpenghasilan < Rp 1.000.000 sebanyak 35 responden (83,3%), berdasarkan faktor perilaku sebagian besar kategori cukup sebanyak 28 responden (66,7%).

Kata Kunci : Ibu Hamil, Kekurangan Energi Kronis

Abstract: Determinants of Chronic Energy Deficiency (CED) in Pregnant Women. The condition of the mother's lack of food lasts for years which results in nutritional deficiencies and health problems. Many factors that influence CED in pregnancy include: age of pregnant women, marital status, distance of pregnancy, parity and weight during pregnancy, family education, family income, and behavior. The results of a preliminary study at Srandakan Bantul Health Center on January 21, 2018, found 140 pregnant women who visited the Puskesmas, 42 of whom had CED. The research is descriptive quantitative with a cross sectional approach. The population in this study were CED pregnant women who visited Srandakan Bantul Health Center in January - February 2018, totaling 42 people. The sampling technique uses total sampling. The research sample amounted to 42

respondents. The instruments used were questionnaires and analysis techniques using univariate analysis. The results showed that Determinants of Chronic Energy Deficiency in Pregnant Women, based on the age of pregnant women, were mostly 20-35 years old as many as 37 respondents (88.1%), based on marital status of most married 42 respondents (100%), based on pregnancy distance > 3 years as many as 31 respondents (73.8%), based on the majority of multiparas parity as many as 26 respondents (62%), and based on body weight during pregnancy most of the increase in trimester I weight <1 kg was 21 respondents (50%), based on maternal education most of them are elementary school with 16 respondents (38%), based on family income characteristics most of them earn <Rp 1,000,000 as many as 35 respondents (83.3%), based on behavior factors most of the categories are sufficient as many as 28 respondents (66, 7%).

Keywords: Pregnant Women, Chronic Energy Deficiency

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, 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 internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, yaitu: trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu dimulai minggu ke-13 hingga minggu ke-27, dan trimester ketiga 13 minggu dimulai minggu ke-28 hingga minggu ke-40. (Prawirohardjo, 2014).

Pola makan didefinisikan sebagai karakteristik dari kegiatan yang berulang kali makan individu atau setiap orang makan dalam memenuhi kebutuhan makanan (Sulistyoningsih, 2011). Menurut Willy (2011) mengatakan bahwa penduduk Indonesia mempunyai kebiasaan makan tiga kali sehari.

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan gizi dan kesehatan pada ibu. KEK dapat terjadi pada

wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (Bumil). Ibu hamil dikatakan menderita risiko KEK bila LILA < 23,5 cm (Depkes RI, 2012). Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai risiko yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal.

Bumil KEK berisiko lebih besar untuk melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), kematian ibu saat persalinan yang diakibatkan oleh perdarahan, dan pasca persalinan karena mudah mengalami gangguan kesehatan. Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru, sehingga dapat berakibat pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya (Adriani & Wirjatmadi, 2012).

Program Pemerintah RI dalam penatalaksanaan Bumil dengan KEK yaitu dengan salah satunya melalui program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Pemulihan pada ibu hamil yang mengalami KEK. PMT Bumil dengan KEK adalah pemberian

makanan bergizi yang diperuntukan bagi Bumil sebagai makanan tambahan pemulihan gizi, makanan berupa sumber protein hewani maupun nabati seperti ikan, telur, daging, ayam, kacang-kacangan, dan hasil olahan seperti tempe dan tahu. Makanan tambahan diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut (Kemenkes RI, 2012)

Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Bab VIII pasal 141 ayat 1 tentang Gizi, menyatakan bahwa “upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat, antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi dan peningkatan akses mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu serta teknologi”. Upaya pembinaan dan intervensi gizi yang dilakukan pemerintah secara bertahap dan berkesinambungan yaitu melalui program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) (Kemenkes RI, 2012). Menurut *World Health Organization/WHO* (2016). Angka Kematian Ibu (AKI) akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan terjadi di negara berkembang yaitu sebesar 99% (239/100.000 kelahiran hidup), lebih tinggi dibandingkan di Negara maju 12/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2016).

Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2015 AKI mencapai 125/100.000 kelahiran hidup, sedangkan menurut SUPAS (2015) sebesar 305/100.000 kelahiran hidup, masih sangat jauh dari target MDGs pada tahun 2015 yaitu 102/100.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan target MDGS sebesar

102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2016 dan target (Dinkes DIY, 2016).

Profil kesehatan Indonesia tahun 2017 menunjukkan bahwa angka kematian ibu (AKI) adalah sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi diantara negara-negara ASEAN, dimana Vietnam 50/100.000 kelahiran hidup, Thailand 10/100.000 kelahiran hidup, Malaysia 5/100.000 kelahiran hidup, dan Singapura 3/100.000 kelahiran hidup. Beberapa faktor penyebab AKI di Indonesia saat ini masih didominasi oleh perdarahan 47%, eklamsi/preeklamsi (13%), abortus (11%), infeksi (10%), partus lama/persalinan macet (9%), dan infeksi nifas (20-30%) (SDKI, 2015).

Angka Kematian Ibu di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2015 sebanyak 11 kasus kematian atau sebesar 87,5/100.000 KH, menurun secara signifikan dibanding tahun 2014 sebanyak 14 kasus kematian ibu atau sebesar 104,7/100.000 KH, sehingga AKI provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sudah dibawah target MDG's yaitu sebesar 100/100.000 KH yang di target MDG's sebesar 102/100.000 KH. (Dinkes DIY, 2015). Namun pada tahun 2016 mengalami peningkatan AKI sebanyak 39 kasus dan pada tahun 2017 mengalami penurunan menjadi 305/100.000 KH. AKI di Daerah Istimewa Yogyakarta yang terdiri dari lima kabupaten yaitu, Kabupaten Kota Yogyakarta sebanyak 90,00/100.000 KH, Kabupaten Bantul sebanyak 96,83/100.000 KH, Kabupaten Kulon Progo sebanyak 131,53/100.000 KH, Kabupaten Gunung Kidul sebanyak 107,5/100.000 KH, dan Kabupaten Sleman sebanyak 83,29/100.000 KH. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta AKI pada

tahun 2015 adalah 102/100.000 KH, Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami penurunan AKI dibandingkan tahun sebelumnya (DIY, 2014).

Kabupaten Bantul pada tahun 2015 AKI sebesar 87,5/100.000 kelahiran hidup (11 kasus), sedangkan pada tahun 2016 sebesar 97,65/100.000 kelahiran hidup (12 kasus). Berdasarkan data tersebut mengalami kenaikan AKI di Kabupaten Bantul dibandingkan tahun sebelumnya. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada tahun 2016 adalah PreEklampsia Berat (PEB) sebanyak 33% (4 kasus), Pendarahan sebesar 17% (2 kasus), Gagal Jantung 17% (2 kasus), Sepsis 17% (2 kasus) dan lainnya 16% (2 kasus) (Dinkes Bantul, 2017).

Berdasarkan hasil Riskesdes 2013 menunjukkan prevalensi kejadian KEK secara nasional mencapai 24,2 %. Prevalensi kejadian KEK tertinggi berada di Nusa Tenggara Timur mencapai 45,5 %, sedangkan kejadian KEK terendah berada di Bali mencapai 10,1 %. Prevalensi kejadian KEK pada ibu hamil di Yogyakarta tahun 2012 adalah 12,92%, dan tahun 2014, tahun 2015 adalah 9,11%, tahun 2016 sebanyak 10,3% dan tahun 2017 sebanyak 10,70% di Daerah Istimewa Yogyakarta sudah di angka < 30 %, yang tersebar ditiga kabupaten di Yogyakarta yakni, Kabupaten Bantul, kabupaten Kota Yogyakarta dan Kabupaten Gunung Kidul. Dua kabupaten sudah bebas dari kejadian KEK pada ibu hamil yakni Kabupaten Sleman dan Kulonprogo, Dari hasil pencarian data yang dilakukan di Dinkes Bantul pada Februari 2018 ibu hamil KEK tertinggi ada di Puskesmas

Srandakan sebesar 140 ibu hamil dan Puskesmas Pleret sebesar 102 ibu hamil. Data ibu hamil yang mengalami KEK pada tahun 2017 tertinggi berada di Puskesmas Banguntapan 2 sebanyak 79 ibu hamil dengan KEK dan Puskesmas Srandakan menempati urutan ke dua yaitu sebanyak 42 orang. Sedangkan jumlah seluruh ibu hamil yang mengalami KEK di Dinkes Bantul berjumlah 1.273 ibu hamil.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Srandakan Bantul pada bulan Januari-Februari 2018 didapatkan data ibu hamil sebesar dari 140 ibu hamil dan terdapat 42 ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Sedangkan pada tahun 2017 Puskesmas Srandakan didapatkan 162 ibu hamil dan 33 mengalami KEK, dengan riwayat persalinan yang mengalami BBLR satu kasus dan tidak ada yang terjadi perdarahan. Upaya yang telah dilakukan Puskesmas Srandakan untuk mengurangi angka kejadian KEK pada ibu hamil dengan memberikan biskuit PMT minimal 3 kardus bagi ibu hamil yang mengalami KEK.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif. dengan pendekatan *crosssectional*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Srandakan Bantul Yogyakarta. Populasi penelitian ini adalah ibu hamil yang mengalami KEK pada bulan Januari sampai Februari 2018 sebanyak 42 responden. Sampel penelitian berjumlah 42 responden. Teknik pengambilan sampel adalah *total sampling*. Pengumpulan data menggunakan primer.

HASIL DAN PEMBAHASAN

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentasi
Pendapatan Keluarga		
< Rp 1.000.000	35	83,83,3%
Rp 1.000.000 – 2.000.000	7	16,7%
> 2.000.000	-	-
Jumlah	42	100%
Pendidikan		
SD	16	38%
SMP	10	23,8%
SMA	14	33,4%
Diploma	2	4,8%
Jumlah	42	100%
Status pernikahan		
Menikah	42	100%
Cerai mati	-	-
Cerai hidup	-	-
Jumlah	42	100%

(Sumber : Data Primer, 2018)

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa karakteristik ibu hamil KEK berdasarkan tingkat pendapatan sebagian besar adalah < Rp 1.000.000 yaitu sebanyak 35 responden (83,3%), sebagian besar berpendidikan SD sebanyak 16 responden (38%), sebagian besar status pernikahan adalah menikah sebanyak 42 responden (100%).

Tabel 2. Determinan kekurangan Energi Kronis Pada Ibu hamil

Faktor-faktor Ibu hamil KEK	Frekuensi	Persentasi
Faktor Prilaku		
Baik	9	21,4%
Cukup	28	66,7%
Kurang	5	11,9%
Jumlah	42	100%
Usia Ibu Hamil		
< 20 tahun	-	-
20 – 35 tahun	37	88,1%
> 35 tahun	5	11,9%
Jumlah	42	100%
Jarak Kehamilan		
1 – 3 tahun	11	26,2 %
> 3 tahun	31	73,8 %
Jumlah	42	100%
Paritas		
Primigravida	16	38%
Multigravida	26	62%
Scundigravida	-	-
Jumlah	42	100%
Kenaikan Berat Badan Selama Hamil		
Trimester I		
< 1 kg	21	50%
Trimester II		
1 kg	5	11,9%
2 kg	2	4,8%
3 kg	8	19%
Trimester III		
4 – 5 kg	2	4,8%
6 kg	4	9,5%
Jumlah	42	100%

(Sumber : data Primer, 2018)

Tabel 2. diketahui bahwa faktor Ibu hamil KEK berdasarkan perilaku sebagian besar kategori cukup sebanyak 28 responden (66,7%); Berdasarkan usia ibu hamil sebagian besar

berumur 20-35 tahun sebanyak 37 responden (88,1%); Berdasarkan jarak kehamilan sebagian besar dengan jarak kehamilan > 3 tahun sebanyak 31 responden (73,8%); Berdasarkan paritas sebagian besar responden adalah multipara sebanyak 26 responden (62%). Berdasarkan berat badan selama hamil sebagian besar responden kenaikan berat badan trimester I < 1 kg sebanyak 21 responden (50%).

PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 1. karakteristik responden berdasarkan pendapatan keluarga, sebagian besar ibu hamil yang mengalami KEK dengan pendapatan < Rp 1.000.000,- per bulan sebanyak 35 responden (83,3%). Penelitian ini sejalan dengan temuan Amirullah (2015), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pendapatan suami dengan risiko KEK pada ibu hamil, semakin tinggi tingkat pendapatan suami maka status gizi ibu hamil cenderung lebih baik sehingga lebih kecil kemungkinannya untuk berisiko KEK. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengolahan sumber daya lahan dan perkarangan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas hidangan. Semakin banyak mempunyai uang berarti semakin baik makanan yang diperoleh dengan kata lain semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula presentase dari penghasilan tersebut untuk membeli buah, sayuran dan beberapa jenis bahan makanan lainnya Djamilah, A. (2008).

Berdasarkan tabel.1 karakteristik responden berdasarkan pendidikan sebagian

besar adalah SD sebanyak enam responden (38%). Penelitian ini sejalan dengan temuan Handayani dan Suci (2015), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan resiko KEK pada ibu hamil, semakin tinggi tingkat pendidikan ibu maka semakin baik pengetahuan gizi dan semakin diperhitungkan jenis serta jumlah makanan yang dipilih untuk dikonsumsi. Ibu yang mempunyai pengetahuan nutrisi akan memilih makanan yang lebih bergizi daripada yang kurang bergizi (Mulyono Joyomartono, 2009). Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizinya karena dengan tingkat pendidikan tinggi diharapkan pengetahuan/ informasi tentang gizi yang dimiliki menjadi lebih baik (Rini, 2011).

Berdasarkan tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan adalah menikah (sah) sebesar 42 responden (100%). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Sandjaja (2009), pada ibu hamil dengan status menikah risiko KEK jauh lebih rendah dibanding status lainnya seperti : cerai hidup, cerai mati dan belum kawin. Status Perkawinan ibu dibedakan menjadi: Kawin adalah status dari mereka yang terikat dalam perkawinan, baik tinggal bersama maupun terpisah. Dalam hal ini tidak saja mereka yang kawin sah, secara hukum (adat, agama, negara dan sebagainya) tetapi juga mereka yang hidup bersama dan oleh masyarakat sekelilingnya dianggap sebagai suami istri. Cerai hidup adalah status dari mereka yang hidup berpisah sebagai suami istri karena bercerai dan belum kawin lagi. Cerai mati adalah status dari mereka yang

suami/istrinya telah meninggal dunia dan belum kawin lagi.

Tabel.2 karakteristik responden berdasarkan perilaku sebagian besar dengan kategori cukup sebanyak 28 responden (66,7%). Pengetahuan adalah hasil dari tahu maupun mengetahui sesuatu yang terjadi setelah melakukan pengindraan melihat dan mendengar terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Maryam, 2016). Ada beberapa faktor yang memengaruhi pengetahuan seseorang, diantaranya pendidikan, informasi/media massa, sosial budaya dan ekonomi, lingkungan, pengalaman serta usia (Notoatmodjo Chit Affan, 2011). Pengetahuan yang baik tentang gizi pada seseorang membuat orang tersebut akan semakin memperhitungkan jumlah dan jenis makan yang dipilihnya untuk dikonsumsi. Orang yang pengetahuan gizinya rendah akan berperilaku memilah makanan yang menarik panca indera dan tidak mengadakan pilihan berdasarkan nilai gizi makanan tersebut. Sebaliknya mereka yang memiliki pengetahuan tentang nilai gizi tinggi cenderung lebih banyak menggunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang nilai gizi makanan tersebut (Helena, 2013).

Berdasarkan tabel 2. Karakteristik responden berdasarkan usia ibu hamil Kekurangan Energi Protein sebagian besar berumur 20-35 tahun sebesar 37 responden (88,1%) Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Efrinita (2010), usia kurang dari 20 tahun merupakan usia ibu hamil beresiko karena semakin muda usia seseorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap

kebutuhan gizi yang diperlukan. Usia muda perlu tambahan gizi yang lebih banyak karena selain digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan dirinya sendiri juga untuk pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Sehingga usia yang paling baik untuk kehamilan adalah usia lebih dari 20 tahun dan usia kurang dari 35 tahun dengan harapan gizi ibu hamil akan lebih baik (Arisman, 2010).

Berdasarkan tabel 2 karakteristik responden berdasarkan jarak kehamilan sebagian besar responden > 3 tahun sebanyak 31 responden (73,8%). Penelitian ini tidak sejalandengan penelitian Handayani dan Husna (2016), bahwa jarak kehamilan < 2 tahun akan menyebabkan kualitas janin atau anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Jarak kehamilan yang terlalu dekat akan menyebabkan ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri dimana ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya (Baliwati.K & Dwiriani, 2009).

Berdasarkan tabel 2. karakteristik responden berdasarkan paritas sebagian besar adalah multipara sebanyak 26 responden (62%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Efrinita (2010) yang menyatakan bahwa secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan KEK. Hal ini dapat dilihat dengan hasil paling banyak yaitu ibu primigravida atau pertama kali hamil, sehingga tidak beresiko mengalami KEK. Paritas adalah status seorang wanita sehubungan dengan jumlah anak yang pernah dilahirkan (Rustam, 2011). Paritas yang termasuk dalam faktor resiko tinggi dalam kehamilan adalah

grandemultipara, hal ini dapat menimbulkan keadaan mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi. Dapat disimpulkan kalau paritas yang tidak lebih dari 4 tidak beresiko mengalami gangguan (I.G.B. Manuaba, 2010).

Berdasarkan tabel 2 karakteristik responden berdasarkan berat badan selama hamil sebagian besar mengalami kenaikan berat badan trimester I < 1 kg sebanyak 21 responden (50%). Penelitian ini sejalan dengan temuan Yanti (2011), yang menyatakan bahwa ada hubungan antara berat badan selama hamil dengan KEK pada ibu hamil. Peningkatan berat badan dalam kehamilan terjadi karena adanya pertumbuhan janin dan perubahan beberapa tempat dari tubuh ibu. Sebagai respon terhadap pertumbuhan janin dan plasenta yang cepat serta kebutuhan yang semakin meningkat, wanita hamil mengalami perubahan metabolik. Sebagian besar penambahan berat badan selama hamil dihubungkan dengan uterus dan isinya, payudara, berubahnya volume darah serta cairan ekstrasel ekstrasvaskuler. Penambahan berat badan yang lebih kecil adalah akibat perubahan metabolic yang menyebabkan bertambahnya air dalam sel dan penumpukan lemak dan protein baru. Lemak bawah kulit pada umumnya tertimbun dibagian perut serta bagian depan dan belakang paha terutama pada trimester pertama dan kedua. Bertambahnya berat badan ibu sangat berarti sekali bagi kesehatan ibu dan janin. Pada ibu yang menderita kekurangan energi dan protein (status gizi kurang) maka akan menyebabkan ukuran plasenta lebih kecil dan suplai nutrisi dari ibu ke janin

berkurang, sehingga terjadi retardasi perkembangan janin intra utera dan bayi dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Samsudin dan Tjokronegoro, 2010).

KEK pada ibu hamil dapat terlihat dari penambahan berat badan ibu saat hamil, dimana berat badan ibu selama hamil tidak mengalami kenaikan. Oleh sebab itu, makanan ibu hamil harus cukup untuk memenuhi kebutuhan janin dan ibu sendiri. Ibu hamil yang cukup makannya akan mendapat kenaikan berat badan yang cukup baik. Kenaikan berat badan rata-rata selama hamil adalah 9-13,5 kg. Kenaikan berat badan ini terjadi terutama dalam umur kehamilan 20 minggu terakhir. Kenaikan berat badan pada trimester tiga minimal 0,5 kg. Bila kenaikan berat badan kurang dari 9 kg atau lebih dari 13,5 kg harus dilakukan pemantauan yang cermat. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa apabila jumlah makanan ibu hamil dikurangi maka berat bayi yang akan dilahirkan akan menjadi lebih kecil (Sandjaja. 2009).

KESIMPULAN

Ibu Hamil KEK sebagian besar dengan pendapatan < Rp 1.000.000,- per bulan sebanyak 35 responden (83,3%). Faktor penyebab KEK pada ibu hamil berdasarkan karakteristik ibu hamil karena faktor pendapatan. Kemampuan keluarga untuk membeli bahan makanan tergantung pada besar kecilnya pendapatan keluarga, harga bahan makanan itu sendiri, serta tingkat pengelolaan sumber daya lahan dan perkarangan. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas hidangan. Diharapkan petugas kesehatan khususnya bidan dan petugas gizi melakukan

kerjasama untuk dalam pemantauan ibu hamil yang Kekurangan Energi Kronis dengan melakukan deteksi dini pengukuran lila sebelum kehamilan dan pemantau Pendamping Makanan Tambahan (PMT) bagi ibu hamil, sebaiknya hanya ibu hamil saja yang mengkonsumsi biskuit PMT tidak diperbolehkan orang lain maupun keluarga untuk memakannya, serta mengevaluasi PMT yang telah diberikan pada ibu hamil apakah benar – benar dapat meningkatkan KEK pada ibu hamil.

DAFTAR RUJUKAN

- Andriani & Wirjatmadi. (2012). *Peran Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Perdana Media Group
- Amirullah.(2015). *Pengantar Manajemen*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Arisman. (2010). *Gizi Dalam daur Kehidupan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran ECG.
- Baliwati,K.,& Dwiriani. (2009). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta : Penebar Swadaya.
- Depkes, RI. (2012). *Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya pada Kehamilan*. Jakarta: Direktorat Jendral Pembangunan masyarakat.
- Dinas Kesehatan. (2017). *Profil Kesehatan. Kabupaten Bantul*.
- Dinas Kesehatan. (2014). *Profil Kesehatan DIY. Daerah Istimewa Yogyakarta*.
- Dinas Kesehatan. (2015). *Profil Kesehatan DIY. Daerah Istimewa Yogyakarta*.
- Djamilah, A. (2008). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kurang Energi Kronis Pada Ibu Hamil Di Wilayah Puskesmas Jembatan Serong Pancoran Depok Jawa Barat.
- Efrinita.(2010) Hubungan Antara Asupan Protein Dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Jebres Surakarta.
- Handayani,S& Suci (2015). *Analisis faktor yang Mempengaruhi Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu hhamil di Wilayah Puskesmas Wedo Klaten*, Klaten:Jurnal Inovasi Kebidanan
- Helena,E. (2103). *Faktor yang mempengaruhi Pemberian PASI pada Bayi Usia 0 – 6 bulan diwilayah Kerja pada Ibu Hamil Primipara di Wilayah Kerja Puskesmas Cristina Martha Tiahahu Kota Ambon*. Makassar : Universitas Hasanuddin.
- Manuaba,I (2010). *Panduan Diskusi Obstetri dan Ginekologi untuk mahasiswa Kedokteran*. Jakarta : ECG.
- Maryam, S. (2016). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.
- Mulyono,S. (2009). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Hamil KEK di Puskesmas Lawang.
- Notoatmodjo, & Affan, C. (2011). *Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan*. Jakarta : PT.Asdi Mahasatya.
- Prawirohardjo.S (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : yayasan Bina Pustaka.
- Rustam,M. (2011). *Sinopsis Obstetri*. Yogyakarta:ECG

- Sandjaja (2009). *Resiko Kurang energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Indonesia*. Jakarta:Jurnal Penelitian.
- Samsudin dan Tjokronegoro, 2010. *Hubungan Antara Kenaikan Berat Badan Selama Kehamilan dengan Berat Badan Bayi Baru Lahir Di Wilayah Kerja Puskesmas Rawalo Kabupaten Banyumas*.
- Sitong & Rini. (2009). *Gambaran Keluarga Dasar Gizi dan Status Balita di Desa Sitinjo Induk Kecamatan Sitinjo Tahun 2008*. Medan: Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- WHO. (2016). *Maternal Mortality*. World Health Organization.
- Willy. (2011). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Yanti. (2011). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.