

**KEJADIAN IBU HAMIL KEKURANGAN ENERGI
KRONIK DENGAN KELAHIRAN BAYI BERAT
BADAN LAHIR RENDAH DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SANGASANGA
TAHUN 2020**

SKRIPSI



Diajukan sebagai syarat untuk mencapai Sarjana Terapan Kebidanan

**HIDAYAH
NIM. P07224319009**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEBIDANAN PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
TAHUN 2020**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas Diri

Nama : Hidayah
Tempat/Tanggal Lahir : Muara Pahu, 08 April 1978
Alamat : Jl. Budiyo RT.01 Kel Sangasanga muara Kecamatan Sangasanga Kabupaten Kutai Kartanegara
Status Keluarga : Menikah
Alamat Institusi : JL. Wolter Monginsidi No.38 Samarinda

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 053 , Samarinda lulus tahun 1990
2. SMP 1 Negeri , Samarinda lulus tahun 1993
3. SPK DEPKES Samarinda lulus tahun 1996
4. PPB SPK DEPKES Samarinda lulus tahun 1997
5. D-III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kaltim lulus tahun 2012

Riwayat Pekerjaan :

1. Bidan PTT Pusat, Puskesmas Muara Pahu, Kubar 1997-2000
2. Bidan PTT Pusat, Puskesmas Sebulu 2, Kukar 2000-2003
3. Bidan RS. Haji Darjat Samarinda 2004
4. Bidan Puskesmas Sangasanga, Kukar 2005- sekarang

KATA PENGANTAR



Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, sang maha Pencipta Langit dan Bumi ialah Allah SWT karena atas berkat limpahan petunjuk serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “Kejadian Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronik dengan Kelahiran Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019”.

Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim. Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. H. Supriadi B, S.Kp.M.Kep, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
2. Inda Corniawati,M.Keb selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
3. Nursari Abdul Syukur, M.Keb, selaku Ketua Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
4. Dwi Hendriani, M.Kes , selaku Penguji Utama
5. Ns. Jasmawati, S.Kep.,M.Kes, selaku pembimbing I .
6. Ns. Lukman Nulhakim,M.Kep, sebagai pembimbing Pendamping

7. Kepala Puskesmas Sangasanga yang telah memberikan izin penelitian dan membantu kelancaran penelitian ini.
8. Seluruh Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur.
9. Orang tua, suami dan anak-anakku yang telah memberikan doa dukungan moril dan spiritual selama proses studi dan penyelesaian Skripsi ini.
10. Rekan-rekan mahasiswi Prodi Sarjana Terapan Poltekkes Kaltim yang selalu memberikan dukungan
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dukungan.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangannya, hal ini dikarenakan keterbatasan yang ada pada penulis baik pengalaman, pengetahuan dan waktu. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun demi perbaikan yang akan datang sangat diharapkan. Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan dan semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian penelitian selanjutnya.

Samarinda, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR ISTILAH/SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Landasan Teori	9
1. Kehamilan	9
2. Kurang Energi Kronik (KEK)	19
3. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)	27

B. Kerangka Teoritis	28
C. Kerangka Konsep	29
D. Hipotesis	29
BAB III METODE PENELITIAN	33
A. Jenis, dan Desain Penelitian	33
B. Populasi dan Sampel Penelitian	34
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
D. Identifikasi Variabel Penelitian	35
E. Definisi Operasional	36
F. Teknik Pengumpulan Data	37
G. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data	37
H. Etika Penelitian	41
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	43
A. Hasil	43
B. Pembahasan	49
C. Keterbatasan Penelitian	61
BAB V. PENUTUP	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1. Variabel Penelitian.....	32
Tabel 4.1. Distribusi Karakteristik Responden.....	44
Tabel 4.2. Distribusi Ibu Hamil KEK.....	46
Tabel 4.3. Distribusi BBLR.....	46
Tabel 4.4. Hubungan KEK dengan BBLR.....	47



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Bagan 2.1. Kerangka Teoritis	31
Bagan 2.2. Kerangka Konsep.....	32



DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

UNICEF : *United Nations Children's Fund*

Depkes RI : Departemen Kesehatan Republik Indonesia

WHO : *World Health Organization*

KEK : Kurang Energi Kronis

BBLR : Bayi berat lahir rendah

BBLSR : Bayi berat lahir sangat rendah

BBLER : Bayi berat lahir eskترم rendah



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Checklist



Kejadian Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronik dengan Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

Hidayah^{1*}, Jasmawati², Lukman Nulhakim³

1. Mahasiswa jurusan kebidanan Samarinda, Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
2. Dosen jurusan kebidanan, Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur
3. Dosen jurusan keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

*Penulis Korespondensi: Hidayah, Jurusan Kebidanan Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Samarinda Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur, Indonesia email: hidayahsm78@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: setiap tahun >20 juta bayi lahir dengan BBLR atau diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia yang berisiko mengalami kematian, keterlambatan pertumbuhan. Salah satu penyebab kelahiran bayi BBLR adalah ibu yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK).

Tujuan penelitian : untuk mengetahui hubungan Kurang Energi Kronik dengan kelahiran Bayi BBLR.

Metode penelitian : metode Survey dengan rancangan *Case Control*. Populasi seluruh ibu KEK sebanyak 65 orang dan control sebanyak 65 orang, sehingga jumlah sampel sebanyak 130 sampel. Teknik Analisa data yaitu analisa univariat dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil Penelitian: menunjukkan ada hubungan kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kelahiran Bayi Berat Badan Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019 dengan p value 0,001 dan OR = 6,299 artinya ibu yang mengalami Kurang Energi Kronik beresiko 6,299 kali melahirkan bayi berat lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami Kurang Energi Kronik

Kesimpulan : Ada hubungan kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kelahiran Bayi Berat Badan Rendah

Kata Kunci : Kurang Energi Kronik, BBLR

Occurrence of Pregnant Women Chronic Energy Deficiency with Low Birth Weight Babies in the Sangasanga Health Center in 2019

Hidayah¹*, Jasmawati², Lukman Nulhakim³

- 1. Student midwifery Samarinda, Polytechnic Ministry of Health, East Kalimantan*
- 2. Lecturer of Midwifery major, Polytechnic Ministry of Health, East Kalimantan*
- 3. Lecturer of Nursing major, Polytechnic Ministry of Health, East Kalimantan*

* Correspondent Author: Hidayah, Department of Midwifery Applied Midwifery Bachelor Study Program Samarinda Health Polytechnic Ministry of Health, East Kalimantan, Indonesia E-mail: hidayahsmd78@gmail.com

ABSTRACT

Background: every year > 20 million babies born with LBW or an estimated 15% of all births in the world are at risk of death, growth retardation. One of the causes of birth of LBW babies is mothers who experience Chronic Energy Deficiency (KEK).

The purpose of this study: to determine the relationship of Chronic Energy Deficiency with LBW babies.

Research methods: Survey method with Case Control design. The population of all KEK mothers was 65 people and control were 65 people, so the total sample was 130 samples. Data analysis techniques are univariate analysis with frequency distribution and bivariate analysis with chi square test.

Results: There was a relationship between the incidence of pregnant women with Chronic Energy Deficiency and low birth weight babies in the Sangasanga Community Health Center in 2019 with a p value of 0.001 and OR = 6.299. mothers who do not experience Chronic Energy Deficiency

Conclusion: There is a relationship between the incidence of pregnant women with Chronic Energy Deficiency and low birth weight babies

Keywords: Chronic Energy Less Energy, Low Birth Weight

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian bayi dan berat bayi lahir menjadi dua diantara empat indikator derajat kesehatan masyarakat yang penting (Wahit, 2015). Penelitian UNICEF dan WHO menunjukkan bahwa berat badan bayi saat dilahirkan merupakan faktor penting untuk kelangsungan hidup si bayi (UNICEF dan WHO, 2014). Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu masalah kesehatan yang memerlukan perhatian di berbagai negara terutama pada negara berkembang atau negara dengan sosio-ekonomi rendah. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa setiap tahun >20 juta bayi lahir dengan BBLR atau diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia. Di Indonesia angka kejadian BBLR berkisar 9-20% bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain (Maryunani, 2013).

WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan BBLR sebagai bayi yang lahir dengan berat ≤ 2500 gr. WHO mengelompokkan BBLR menjadi 3 macam, yaitu BBLR (1500–2499 gram), BBLSR (1000-1499 gram), BBLER (< 1000 gram). WHO juga mengatakan bahwa sebesar 60–80% dari Angka Kematian Bayi (AKB) yang terjadi, disebabkan karena BBLR. BBLR memiliki risiko lebih besar untuk mengalami morbiditas dan mortalitas daripada bayi lahir yang memiliki berat badan normal. Masa kehamilan yang kurang dari 37 minggu dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada bayi karena pertumbuhan organ-

organ yang berada dalam tubuhnya kurang sempurna. Kemungkinan yang terjadi akan lebih buruk bila berat bayi semakin rendah. Semakin rendah berat badan bayi, maka semakin penting untuk memantau perkembangannya di minggu-minggu setelah kelahiran (WHO, 2014).

Bayi dengan BBLR memiliki risiko lebih tinggi mengalami kematian, keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan selama masa kanak-kanak dibandingkan dengan bayi yang tidak BBLR (Rajashree, 2015). Bayi BBLR memiliki peluang lebih kecil untuk bertahan hidup. Ketika mereka bertahan hidup, mereka lebih rentan terhadap penyakit hingga mereka dewasa. BBLR cenderung mengalami gangguan perkembangan kognitif, retardasi mental serta lebih mudah mengalami infeksi yang dapat mengakibatkan kesakitan atau bahkan kematian. Dampak lain yang muncul pada orang dewasa yang memiliki riwayat BBLR yaitu beresiko menderita penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan beban ekonomi individu dan masyarakat (Pramono, 2015).

Salah satu penyebab kelahiran bayi BBLR adalah ibu yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK). Prevalensi KEK di Negara-negara berkembang seperti Banglades, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Srilanka dan Thailand adalah 15-47% yaitu dengan BMI < 18,5. Adapun Negara yang mengalami prevalensi yang tertinggi adalah Banglades yaitu 47%, sedangkan Indonesia menjadi urutan ke empat terbesar setelah India dengan prevalensi 35,5% dan yang paling rendah adalah Thailand dengan prevalensi 15-25%. (Sigit, 2009).

Berdasarkan data Riskesdas (Riset kesehatan dasar) Tahun 2018 angka kejadian KEK secara nasional sebesar 17,3 % dan pada tahun 2013 adalah sebesar 24,2 % meski turun dari angka persen ditahun 2018 namun target yang diinginkan masih belum tercapai dan untuk angka kejadian KEK Untuk Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2018 sebesar 19,5 %. Dan untuk data KEK pada Kota Balikpapan tahun 2018 sebesar 3,8 %, memang masih dibawah prevalensi KEK Ibu hamil adalah harusnya <10 % dari target ibu hamil dan diharapkan target capaian nasional untuk angka kejadian KEK tahun 2019 adalah maksimal 7,2 %.

Masalah gizi dalam kehamilan yang dihadapi masyarakat Indonesia adalah KEK pada ibu hamil, dimana hal ini disebabkan oleh pengetahuan gizi terhadap ibu hamil yang kurang, ketidakmampuan keluarga dalam menyediakan makan bergizi dan kurangnya kesadaran pada ibu hamil untuk mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang. Gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandung (Astri, 2011).

Penelitian yang terkait berdasarkan penelitian Syarifuddin (2011) bahwa ibu hamil yang menderita KEK berisiko 3,95 kali melahirkan bayi dengan BBLR. Hasil dari Penelitian yang dilakukan Ausa (2013) menyatakan bahwa ada hubungan antara pola asupan energi ibu hamil dengan kejadian KEK. Penelitian tentang Status Gizi Ibu dan Berat Badan Lahir Bayi oleh Yulastuti E. (2014) , menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara berat badan prahamil dan penambahan berat badan ibu selama kehamilan dengan berat badan lahir bayi.

Data yang didapat dari Puskesmas Sangasanga dari Januari sampai Desember tahun 2019 didapat jumlah ibu hamil sebanyak 412 ibu hamil dan yang mengalami KEK sebanyak 75 ibu hamil. Sedangkan bulan Januari – Juni 2019 jumlah ibu hamil yang mengalami KEK, yaitu dari 221 ibu hamil terdapat 38 ibu hamil yang mengalami KEK. Sementara jumlah bayi BBLR yang lahir periode Januari-Juni 2019 sebanyak 15 bayi. KEK yang tidak tertangani akan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin, sehingga memerlukan perhatian khusus agar ibu dapat melahirkan dengan selamat dan janin lahir dengan sehat.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian tertarik untuk meneliti tentang Kejadian ibu hamil Kekurangan Energi Kronik dengan kelahiran bayi berat badan lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Kejadian ibu hamil Kekurangan Energi Kronik dengan kelahiran bayi berat badan lahir rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik responden ibu hamil kekurangan energi kronik yang meliputi : umur, pekerjaan , dan paritas

2. Untuk mengetahui kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019
3. Untuk mengetahui kejadian kelahiran Bayi Berat Badan Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019
4. Untuk mengetahui kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kelahiran Bayi Berat Badan lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan masukan, evaluasi dan pertimbangan membuat program baru dalam pelayanan antenatal dan intranatal yang berkualitas dalam pemberdayaan ibu hamil dan persiapan persalinan dengan memprioritaskan pada intake nutrisi ibu hamil sebagai pencegahan kelahiran BBLR.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara

Sebagai sumber informasi tentang pelayanan antenatal dan intranatal yang berkualitas kepada ibu hamil sehingga dapat dibuat program-program penatalaksanaan ibu hamil.

b. Bagi Puskesmas Sangasanga

Sebagai bahan informasi dan masukan dalam pelayanan antenatal care kepada ibu hamil yang berkualitas. Untuk masukan sebagai dasar dibuatnya program program kesehatan yang baru agar dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih baik lagi

c. Bagi Bidan

Sebagai bidan atau tenaga kesehatan dapat meningkatkan lagi ilmu pengetahuannya sehingga dapat memberikan penyuluhan dan Bimbingan kepada ibu hamil tentang pentingnya melakukan Ante Natal Care secara rutin sejak trimester I sampai akhir kehamilan. Sebagai Fasilitator dalam mengajak ibu hamil untuk mengikuti Kelas Ibu Hamil dan memberikan informasi mengenai makanan bergizi juga melakukan pengawasan terhadap ibu hamil yang berisiko mengalami kekurangan energi kronik.

d. Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai ibu hamil Kekurangan Energi Kronik dan pengaruhnya terhadap proses kelahiran BBLR serta memahami tentang proses penelitian ilmiah. Memperbaiki pelaksanaan ante natal care ibu hamil di fasilitas kesehatan dan meningkatkan kualitas dan kuantitas pemeriksaan ibu hamil sesuai dengan standar 10 T.

e. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan acuan dan menjadi bahan pustaka untuk perbandingan dan proses pembelajaran untuk penelitian selanjutnya serta mengambil variabel yang berbeda yang lebih kuat dan lebih homogen seperti usia, parietas, dan riwayat persalinan

E. Penelitian Terkait

1. Sumiaty, 2016, Kurang Energi Kronik (KEK) Ibu Hamil dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Jenis penelitian ini adalah penelitian Analitik deskriptif dengan rancangan Kohort Retrospectif. Populasi penelitian adalah semua ibu yang melahirkan di wilayah kerja Puskesmas Kamonji tahun 2015. Pengambilan sampel menggunakan Tehnik Purposive Sampling dengan jumlah sampel sebanyak 290 ibu. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Persentase ibu hamil yang mengalami KEK 69 ibu (23,8%) dan BBLR sebanyak 58 bayi (20%). Terdapat hubungan yang bermakna antara KEK pada ibu hamil dengan BBLR dengan nilai $p=0,000$. KEK merupakan Faktor Risiko terhadap kejadian BBLR dengan nilai $RR= 4,215$ ($RR > 1$). Kesimpulan bahwa ada hubungan antara KEK pada ibu hamil dengan BBLR. Ibu hamil dengan KEK memiliki risiko 4 kali untuk melahirkan bayi dengan BBLR.
2. Ahmad Huda Hermawan, 2016, Hubungan kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Pada Bayi Baru Lahir di Wilayah Kerja Ouskesmas Wuluhan Tahun 2016. Desain penelitian ini

adalah korelasional dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang kekurangan energi kronis sebanyak 78 responden dan sampel yang diambil 65 responden yang diperoleh dengan pengambilan data studi dokumentasi dan tehnik pengambilan sampel dengan sistem simple random sampling. Hasil uji statistik menggunakan regresi linier sederhana dengan $\alpha=0,05$ nilai p value 0,001, dan nilai $b=132,7821$ yang berarti berat badan bayi lahir akan bertambah 132.7821 gram bila lingkar lengan atas bertambah setiap 1 cm, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kekurangan energi kronik pada ibu hamil dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi baru lahir di wilayah Puskesmas Wuluhan tahun 2016.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan peristiwa yang terjadi pada seorang wanita, dimulai dari proses fertilisasi (konsepsi) sampai kelahiran bayi. Masa kehamilan dimulai dari periode akhir menstruasi sampai kelahiran bayi, sekitar 266-280 hari atau 37-40 minggu, yang terdiri dari tiga trimester. Periode perkembangan kehamilan terdiri dari tiga tahap. Tahap pertama, perkembangan zigot, yaitu pembentukan sel, pembelahan sel menjadi blastosit, dan implantasi. Tahap kedua, perkembangan embrio, yaitu dari diferensiasi sampai organogenesis. Tahap ketiga, perkembangan fetus (janin) atau pertumbuhan bakal bayi (Hardinsyah dan Supriasa, 2016).

Proses kehamilan dapat menjadikan perubahan-perubahan seperti perubahan tubuh ibu dibandingkan sebelum hamil, jumlah pertambahan berat badan selama kehamilan beragam antar ibu hamil. Pertambahan berat badan normal ibu hamil di Indonesia berkisar antara 10-12 kg. Tahapan pertambahan berat badan adalah trimester I yaitu 1,1 kg, trimester II yaitu 2,2 kg, dan trimester III yaitu 5,0 kg. Selain itu, terjadi

perubahan pada mekanisme pengaturan dan fungsi organ-organ tubuh, yaitu peningkatan aktivitas fisiologis, metabolik dan anatomis. Perubahan fisiologis meliputi perubahan hormon. Perubahan anatomis mencakup peningkatan volume darah ibu, peningkatan ukuran uterus ibu, penambahan plasenta dan janin (Hardinsyah dan Supriasa, 2016)

b. Tanda dan Gejala

Menurut (Sulistiyawati, 2009), untuk mengetahui seorang wanita sedang hamil atau tidak, kita dapat melihat tanda-tanda kehamilan yang ada.

Tanda-tanda kehamilan dapat dibagi menjadi:

- 1) Tanda-tanda dugaan hamil
 - a) Amenorea/tidak mengalami menstruasi (terlambat haid)
 - b) Mual (nausea) dan muntah (emesis)
 - c) Pusing
 - d) Miksi/sering buang air kecil
 - e) Pigmentasi kulit terutama di daerah muka, areola payudara, dan
 - f) dinding perut
 - g) Varices atau penampakan pembuluh darah vena
 - h) Payudara menegang dan sedikit nyeri
 - i) Epulis: hipertropi dari pupil gusi.
- 2) Tanda tidak pasti kehamilan
 - a) Rahim membesar, sesuai dengan umur kehamilan

- b) Pada pemeriksaan dalam dijumpai
- (1) Tanda Hegar : SBR lunak.
 - (2) Tanda Chadwicks: Warna kebiruan pada serviks, vagina, dan vulva.
 - (3) Tanda Piscaseck: Pembesaran uterus ke salah satu arah sehingga menonjol jelas ke arah pembesaran tersebut.
 - (4) Kontraksi braxton hicks: Bila uterus dirangsang (distimulasi dengan diraba) akan mudah berkontraksi.
 - (5) Ballotement positif: Jika dilakukan pemeriksaan palpasi di perut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan di salah satu sisi, maka akan terasa “pantulan” di sisi yang lain.
- c) Tes urin kehamilan (tes HCG) positif, yaitu tes urin dilaksanakan minimal satu minggu setelah terjadi pembuahan. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah mengetahui kadar hormone gonadotropin dalam urin. Kadar yang melebihi ambang normal, mengindikasikan bahwa wanita mengalami kehamilan.
- 3) Tanda pasti kehamilan
- a) Terdengar denyut jantung janin (DJJ)
 - b) Terasa gerak janin
 - c) Pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan dan ada gambaran embrio

- d) Pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (> 16 minggu).

c. Perubahan Fisik Ibu Hamil

Perubahan Fisik fisik pada ibu hamil menurut Kurnia (2009) adalah:

1) Perubahan Fisik pada Trimester I

a) Morning Sickness, mual dan muntah

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah diusia muda disebut morning sickness tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat. Mual ini biasanya akan berakhir pada 14 minggu kehamilan. Pada beberapa kasus dapat berlanjut sampai kehamilan trimester kedua dan ketiga.

b) Pembesaran Payudara

Payudara akan membesar dan mengencang, karena terjadi peningkatan hormon kehamilan yang menimbulkan pelebaran pembuluh darah dan untuk mempersiapkan pemberian nutrisi pada jaringan payudara sebagai persiapan menyusui.

c) Sering buang air kecil

Keinginan sering buang air kecil pada awal kehamilan ini dikarenakan rahim yang membesar dan menekan kandung kencing. Keadaan ini akan menghilang pada trimester II dan akan

muncul kembali pada akhir kehamilan, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

d) Konstipasi atau Sembelit

Keluhan ini juga sering dialami selama awal kehamilan, karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus bekerja kurang efisien. Adapun keuntungan dari keadaan ini adalah memungkinkan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil.

e) Sakit Kepala/Pusing

Sakit kepala atau pusing sering dialami ibu hamil pada awal kehamilan karena adanya peningkatan tekanan darah ke tubuh sehingga ketika akan mengubah posisi dari duduk / tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba, sistem sirkulasi darah merasa sulit beradaptasi. Sakit kepala / pusing yang lebih sering daripada biasanya dapat disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional. Pola makan yang berubah, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala.

e) Kram Perut

Kram perut saat trimester awal kehamilan seperti kram saat menstruasi di bagian perut bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang timbul hanya beberapa menit dan tidak menetap adalah normal. Hal ini sering terjadi karena adanya perubahan hormonal

dan juga karena adanya pertumbuhan dan pembesaran dari rahim dimana otot dan ligamen merenggang untuk menyokong rahim.

f) Meludah

Keinginan meludah yang terjadi pada ibu hamil yang terus menerus dianggap normal sebab hal ini termasuk gejala morning sickness.

g) Peningkatan Berat Badan

Pada akhir trimester pertama wanita hamil akan merasa kesulitan memasang kancing / rok celana panjangnya, hal ini bukan berarti ada peningkatan berat badan yang banyak tapi karena rahim telah berkembang dan memerlukan ruang juga, dan ini semua karena pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim dan hormon progesteron yang menyebabkan tubuh menahan air.

2) Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester II

a) Perut semakin membesar

Setelah usia kehamilan 12 minggu, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Pada kehamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan pusar (umbilicus). Setiap individu akan berbeda-beda tapi pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kehamilan 16 minggu.

b) Sendawa dan buang angin

Sendawa dan buang angin akan sering terjadi pada ibu hamil hal ini sudah biasa dan normal karena akibat adanya perenggangan usus selama kehamilan. Akibat dari hal tersebut perut ibu hamil akan terasa kembung dan tidak nyaman.

c) Rasa panas di perut

Rasa panas di perut adalah keluhan yang paling sering terjadi selama kehamilan, karena meningkatnya tekanan akibat Rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung kearah atas.

d) Pertumbuhan rambut dan kuku

Perubahan hormonal juga menyebabkan kuku bertumbuh lebih cepat dan rambut tumbuh lebih banyak dan kadang di tempat yang tidak diinginkan, seperti di wajah atau di perut. Tapi,tidak perlu khawatir dengan rambut yang tumbuh tak semestinya ini, karena akan hilang setelah bayi lahir.

e) Sakit perut bagian bawah

Pada kehamilan 18-24 minggu, ibu hamil akan merasa nyeri di perut bagian bawah seperti ditusuk atau tertarik ke satu atau dua sisi. Hal ini karena perenggangan ligamentum dan otot untuk menahan rahim yang semakin membesar. Nyeri ini hanya akan terjadi beberapa menit dan bersifat tidak menetap.

f) Pusing

Pusing menjadi keluhan yang sering terjadi selama kehamilan trimester kedua, karena ketika rahim membesar akan menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.

g) Hidung dan gusi berdarah

Perubahan hormonal dan peningkatan aliran darah ke seluruh tubuh termasuk ke daerah hidung dan gusi selama masa kehamilan akan menyebabkan jaringan disekitarnya menjadi lebih lembut dan lunak. Akibatnya, hidung dan gusi akan bias berdarah ketika menyikat gigi. Keluhan ini akan hilang setelah melahirkan.

h) Perubahan kulit

Perubahan kulit timbul pada trimester ke-2 dan 3, karena melanosit yang menyebabkan warna kulit lebih gelap. Timbul garis kecoklatan mulai dari pusar ke arah bawah yang disebut linea nigra. Kecoklatan pada wajah disebut chloasma atau topeng kehamilan. Tanda ini dapat menjadi petunjuk kurangnya vitamin folat.

i) Payudara

Payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut kolostrum. Puting dan sekitarnya akan semakin berwarna gelap dan besar. Bintik-bintik kecil akan timbul disekitar puting, dan itu adalah kelenjar kulit.

j) Sedikit pembengkakan

Pembengkakan adalah kondisi normal pada kehamilan, dan hampir 40% wanita hamil mengalaminya. Hal ini karena perubahan hormon yang menyebabkan tubuh menahan cairan. Pada trimester kedua akan tampak sedikit pembengkakan pada wajah dan terutama terlihat pada kaki bagian bawah dan pergelangan kaki. Pembengkakan akan terlihat lebih jelas pada posisi duduk atau berdiri yang terlalu lama.

3) Perubahan Fisik dan Psikologis pada Trimester III

a) Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat memengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang.

b) Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormone progesteron.

d) Pernafasan

Karena adanya perubahan hormonal yang mempengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada).

e) Sering buang air kecil

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil.

f) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol, dan dapat juga terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk varises. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

g) Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat.

h) Bengkak

Perut dan bayi yang kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil, dan kadang membuat tangan membengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

i) Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium.

2. Kurang Energi Kronik (KEK)

a. Pengertian Kurang Energi Kronik Pada Ibu Hamil

Masalah gizi pada ibu hamil masih sebagai fokus masalah antara lain nAnemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang Energy Kronik (KEK). Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk disebabkan karena kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makro yang berlangsung lama atau menahun (Rahmaniar et al, 2011).

Kehamilan merupakan suatu investasi yang perlu dipersiapkan, dalam proses ini gizi memiliki peran penting untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin. Studi membuktikan bahwa ibu dengan status gizi kurang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, melahirkan bayi dengan berat badan lahir yang rendah, dan selanjutnya dapat berdampak pada malnutrisi antargenerasi.

Kenaikan berat badan hamil merupakan berat dari beberapa komponen dalam tubuh ibu hamil yang mengalami perkembangan selama masa kehamilan. Ibu dengan status gizi kurang (underweight) dengan IMT kurang dari $18,5\text{kg/m}^2$ memiliki simpanan gizi yang kurang oleh karenanya pada saat hamil harus menaikkan berat badannya lebih banyak dibandingkan ibu yang normal atau gemuk. Rekomendasi kenaikan berat badan ibu selama kehamilan berdasarkan status gizi ibu yaitu IMT prahamil ibu.

Pengukuran antropometri status gizi selama kehamilan yang biasa dilakukan adalah tinggi badan, berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan selama hamil, pengukuran skinfold, dan lingkaran lengan yang menggambarkan status gizi seorang wanita yang sedang hamil. Selain itu menggambarkan perubahan-perubahan status gizi selama kehamilan adalah skinfold, lingkaran lengan dan penambahan berat badan selama kehamilan, karena bisa dihubungkan dengan perubahan status gizi kehamilan (Adair & Bisgrove, 1991 dalam Supariasa et al 2013).

Dalam pengukuran mid-upper-arm circumference (MUAC) atau yang lebih dikenal LILA dapat melihat perubahan secara paralel dalam masa otot sehingga bermanfaat untuk mendiagnosis kekurangan gizi, sedangkan menurut Depkes (1994) 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 Berat Lahir Rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.

LILA yang rendah dapat menggambarkan IMT yang rendah pula. Ibu yang menderita KEK sebelum hamil biasanya berada pada status gizi yang kurang, sehingga penambahan berat badan selama hamil harus lebih besar. Makin rendah IMT pra hamil maka makin rendah berat lahir bayi yang dikandung dan makin tinggi risiko BBLR.

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

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 yang 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, 2007). 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 (Notoadmojo, 2010).

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 pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah (Supriasa, 2002).

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) (Hyttén dan Leith, 1971 dalam IOM, 1990, AKG 2013).

7) Akibat Kekurangan Energi Kronik

Ibu yang mengalami Kurang Energi Kronik (KEK) selama masa kehamilan akan berdampak negatif pada siklus kehidupan keturunannya. Ibu KEK umumnya memiliki kenaikan berat badan hamil yang rendah (tidak memadai untuk mendukung kehamilannya). Akibatnya berat badan bayi yang dilahirkan rendah atau biasa disebut dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang ditandai dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram. (Fikawati, 2015).

Akibat lain yang ditimbulkan karena ibu menderita KEK saat kehamilan adalah terus menerus merasa letih, kesemutan, muka tampak pucat, kesulitan sewaktu melahirkan dan air susu yang keluar tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, sehingga bayi akan kekurangan air susu ibu pada waktu menyusui. Akibat pada janin yang dikandung ibu adalah

bisa menyebabkan keguguran, pertumbuhan janin terganggu, perkembangan otak janin terhambat hingga kemungkinan nantinya kecerdasan anak kurang, bayi lahir sebelum waktunya (prematurn) dan kematian pada bayi (Helena, 2013).

Kondisi KEK pada ibu hamil juga berisiko terhadap bayi yang dikandungnya antara lain kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat dan bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR berpotensi mengalami masalah gizi sepanjang siklus kehidupan dan akan berulang pada generasi selanjutnya serta merupakan penyebab utama kematian bayi (Kemenkes, 2015). Selain itu menurut Adriani dan Wirjatmadi (2016), KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, anemia pada bayi, dan asfiksia intrapartum.

3. Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

a. Pengertian

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan (Syafrudin & Hamidah, 2009). Acuan lain dalam pengukuran BBLR juga terdapat pada Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) gizi. Pedoman tersebut mengatakan bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram diukur pada saat lahir atau sampai hari ke tujuh setelah lahir (Triana, 2015).

b. Klasifikasi BBLR

Ada dua macam BBLR, yang pertama bayi lahir kecil akibat kurang bulan, dan yang kedua adalah bayi lahir kecil dengan berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi (dismatur) (Dwienda, 2014):

- 1) Bayi lahir kecil akibat kurang bulan (prematur) Bayi lahir kecil akibat kurang bulan (prematur) masa gestasi < 37 minggu. Faktor penyebabnya meliputi: (1) ibu mengalami perdarahan antepartum, trauma fisik/ psikologis atau usia ibu masih terlalu muda (< 20 tahun) dan multigravida dengan jarak kehamilan yang dekat, (2) keadaan sosial ekonomi yang rendah, (3) kehamilan ganda atau hidramnion. Ciri-ciri bayi prematur yaitu berat < 2500 gr, lingkaran dada < 30 cm, panjang badan < 45 cm, lingkaran kepala < 33 cm, kepala lebih besar dari badannya, kulitnya tipis transparan dan banyak lanugo, lemak subkutan minimal.
- 2) Bayi lahir kecil dengan berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi (dismatur) Kondisi ini dapat terjadi preterm, aterm, maupun posterm. Bayi yang lahir dengan berat sangat kecil (BB < 1500 gram atau usia < 32 minggu) sering mengalami masalah berat seperti susah bernapas, sulit minum, ikterus berat, infeksi, dan rentan hipotermi.

c. Faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR

Subakti & Anggarani (2009) mengatakan bahwa faktor-faktor yang dapat menyebabkan BBLR meliputi umur ibu (< 20 tahun atau > 35

tahun), jarak kehamilan < 1 tahun, dan ibu dengan keadaan mempunyai BBLR sebelumnya, melakukan pekerjaan fisik berat dan dalam kondisi psikologi tertekan, sangat miskin, ibu kurang gizi, perokok, pengguna obat terlarang, alkohol, serta ibu yang kandungannya bermasalah (misalnya bayi terinfeksi penyakit).

d. Masalah-masalah BBLR

Permasalahan yang sering terjadi pada bayi dengan berat lahir rendah meliputi: asfiksia, gangguan pernapasan, hipotermi, masalah pemberian ASI, infeksi, ikterus, dan masalah perdarahan (Triana, 2015).

e. Gambaran klinis BBLR

Prawirohardjo dalam Syafrudin & Hamidah (2009) mengatakan bahwa karakteristik dari BBLR dibagi dua, yaitu:

1) Bayi prematur

Berat lahir sama dengan atau kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Kepala relatif lebih besar dari badannya, kulit tipis, transparan, lanugo banyak, lemak subkutan kurang, sering tampak peristaltik ususnya, tangisnya lemah dan jarang, pernapasan tidak teratur dan sering terjadi apnea.

2) Bayi dismatur

Terdapat perubahan ukuran panjang badan, berat badan, lingkaran kepala, dan organ-organ.

f. Perbedaan antara bayi berat lahir normal dengan bayi berat lahir rendah

BBLR dengan kehamilan 32 minggu terjadi peningkatan kartilago lengkung luar daun telinga pada organ telinga. Pada organ payudara areola terlihat, jaringan payudara kecil. Deposit lemak pada labia mayora meningkat dan testis turun, ruga pada sebagian skrotum. Serta rajah pada 1/3 anterior telapak kaki (Triana, 2015).

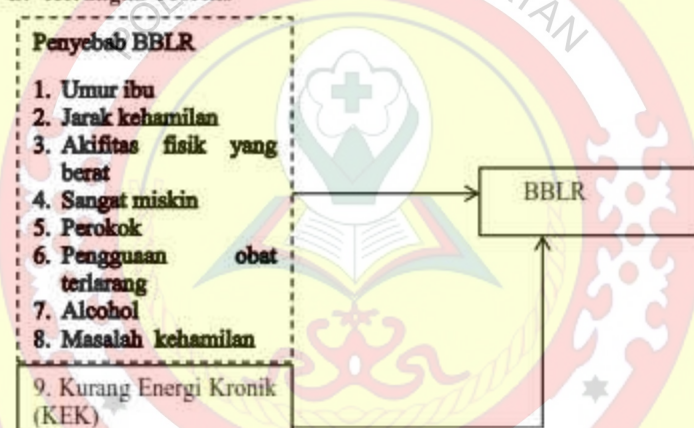
BBLR kehamilan 36 minggu (matur), daun telinga kaku, lengkung terbentuk baik, areola terlihat baik, nodul payudara. Labia mayora hampir menutupi labia minora dan testis sudah turun, pigmentasi sebagian skrotum meningkat, serta rajah hampir pada seluruh telapak kaki (Triana, 2015).

g. Tatalaksana BBLR sehat

Penanganan bayi berat lahir rendah meliputi mempertahankan suhu dengan ketat karena bayi berat lahir rendah mudah mengalami hipotermia, oleh karena itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat. Mencegah infeksi, karena pada bayi berat lahir rendah sangat rentan terhadap infeksi, salah satu caranya yaitu dengan cuci tangan sebelum kontak dengan bayi. Pengawasan nutrisi dan ASI, karena refleks

menelan pada bayi dengan berat lahir rendah belum sempurna, oleh karena itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan hati-hati. Penimbangan dengan ketat, penimbangan berat badan harus dilakukan secara ketat karena peningkatan berat badan merupakan salah satu status gizi/ nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh (Syafrudin & Hamidah, 2009).

B. Kerangka Teoritis



Gambaran 2.1 Kerangka Teoritis peneltitan

Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Bagan 2.1. Kerangka Teoritis

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

Pada penelitian ini, peneliti hanya mengambil variabel KEK Ibu Hamil sebagai *independent variable* (variabel bebas) dan BBLR sebagai *dependent variable* (variabel terikat). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada bagan kerangka konsep berikut ini :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah suatu proposisi atau anggapan yang mungkin benar, dan sering digunakan sebagai dasar pembuatan keputusan atau pemecahan persoalan ataupun untuk dasar penelitian lebih lanjut (Notoatmodjo, 2012).

1. Hipotesa Nol (H_0)

Tidak ada Hubungan ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

2. Hipotesa Alternatif (H_a)

Ada Hubungan ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kejadian
Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga
Tahun 2019



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2013).

Penelitian ini dilaksanakan dengan pendekatan kuantitatif dengan metode *survey* dan rancangan penelitian *case control*, yaitu penelitian yang bersifat *backward looking* atau melihat kebelakang, hal ini juga bersifat longitudinal ke belakang menggunakan data sekunder. Dari data-data sekunder dapat dilakukan penghitungan-penghitungan statistik (Sugiyono, 2013).

Menurut Sugiyono (2013) penggunaan rancangan penelitian *case control* sangat baik digunakan untuk penelitian kasus-kontrol karena hasil hubungannya lebih tajam dan mendalam bila dibandingkan dengan rancangan penelitian *cross sectional*, sebab menggunakan subyek *control* atau subyek dengan dampak positif dan subyek dengan dampak *negative* juga dicari kontrolnya. Kemudian *variable* penyebab atau yang berpengaruh ditelusuri lebih dulu, baru kemudian *factor risiko* atau *variable* yang berpengaruh diamati secara kebelakang.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian yang akan diteliti yang memiliki karakteristik tertentu (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh hamil dengan Kurang Energi Kronik (KEK) Januari sampai Desember 2019 sebanyak 75 ibu hamil dikurangi yang mengalami anemia 3 orang dan ibu hamil kek dengan jumlah kelahiran lebih dari 3 ada 4 orang dan ibu yang berusia diatas 35 tahun ada 3 orang.. Sehingga untuk menghindari terjadinya bias maka hanya berjumlah 65 orang ibu hamil saja yang dijadikan sampel penelitian.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang diambil dari keseluruhan obyek (Notoatmojo, 2012). Menurut Arikunto (2012) apabila jumlah populasi < 100 , maka sebaiknya diambil semua sebagai sampel penelitian. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling* sebanyak 65 ibu KEK sebagai sampel kasus dan 65 ibu hamil tidak KEK sebagai sampel kontrol. Sampel diperoleh untuk memenuhi kriteria Inklusi yaitu :

1. Ibu hamil yang KEK yang memeriksakan diri ke Puskesmas

Sangasanga

2. Ibu hamil yang bertempat tinggal diwilayah kerja Puskesmas

Sangasanga

Sampel yang memenuhi kriteria Eksklusi yaitu :

1. Ibu hamil Normal
2. Ibu hamil yang tidak ditempat atau pindah pada saat penelitian

C. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini rencana akan dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai Maret 2020.

D. Identifikasi Variabel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2012) variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Definisi lain mengatakan bahwa variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu.

Berdasarkan hubungan fungsional antara variabel-variabel satu dengan yang lainnya, variabel dibedakan menjadi dua, yaitu variabel tergantung, terikat, akibat, terpengaruh atau *variabel dependen*, dan variabel bebas, sebab, mempengaruhi atau *variabel independen*. (Notoatmodjo, 2012). Berdasarkan pendapat diatas, dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas adalah ibu hamil KEK dan variabel terikat adalah BBLR.

E. Defnisi Operasional

Definisi operasional adalah pengertian atau batasan-batasan yang berguna untuk membatasi ruang lingkup variabel yang akan diteliti. Definisi operasional berfungsi untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen/alat ukur (Notoatmodjo, 2005). Untuk lebih memperjelas arah penelitian, maka akan diuraikan definisi operasional variabel terikat dan variabel bebas sebagai berikut:

Tabel 3.1. Defenisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Ibu Hamil KEK	Kondisi kurang energi kronik yang terjadi pada ibu hamil dilihat dari ukuran LILA < 23.5	Dokumentasi	Checklist	Ordinal	1. Ibu hamil KEK Jika LILA ibu < 23.5 2. Ibu hamil tidak KEK Jika LILA > 23.5 cm
BBLR	Berat bayi yang dilahirkan kurang dari < 2500 gram	Dokumentasi	Checklist	Ordinal	1. BBLR 2. Tidak BBLR

F. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah kohort dokumentasi mengenai catatan ibu dengan melihat buku KIA dan dokumentasi mengenai KEK ibu hamil dan berat bayi yang dilahirkan.

G. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan data dalam penelitian ini berupa:

1. Data primer

Data primer merupakan data yang langsung diambil sendiri oleh peneliti, dalam penelitian *case control* peneliti tidak menggunakan data primer.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung dikumpulkan oleh peneliti tetapi dari lembaga atau orang yang berwenang. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data ibu hamil dengan KEK dan berat bayi lahir rendah.

H. Teknik Pengolahan Data dan Anallsa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan menyangkut variabel bebas dan terikat. Data yang telah diisi baik oleh peneliti maupun oleh responden kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut (Hastono, 2017):

a. *Editing* (Penyuntingan Data)

Dilakukan *editing* data atau penyuntingan data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh bersih, yaitu data tersebut semua telah terisi dan

dapat dibaca dengan baik. Hal ini dilakukan dengan meneliti tiap lembar angket yang diserahkan oleh responden maupun data yang diisi oleh peneliti, apabila terdapat kesalahan/keganjilan maka akan segera diperbaiki dan dilengkapi.

b. *Coding*

Coding yaitu memberikan kode berupa data atau symbol yang berupa angka pada jawaban responden yang diterima. Kegunaan dari *coding* adalah untuk memudahkan pada saat analisa data dan juga mempercepat pada saat *entry* data.

c. *Entry Data* (Pemasukan data)

Data tersebut kemudian diolah dengan manual dengan cara mentally setiap jawaban responden yang kemudian ditabulasi secara sederhana dengan Distribusi Frekuensi.

d. *Cleaning* (Pembersihan data)

Cleaning (pembersihan data) merupakan pengecekan kembali data yang sudah dientry, apakah ada kesalahan atau tidak.

2. Teknik Analisa Data

Data yang dikumpulkan melalui kuesioner akan diolah menjadi 2 macam yaitu melalui analisa univariat dan bivariat sebagai berikut; (Hastono, 2006)

a. Anallsa Unlvarlat

Tujuan analisa ini adalah untuk menjelaskan masing-masing variabel baik variabel terikat yaitu ibu hamil KEK maupun variabel bebas yaitu BBLR melalui distribusi frekuensi dengan rumus: (Hastono, 2017)

$$P = \frac{F}{\sum n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase
 F : Frekuensi
 $\sum n$: Jumlah responden

b. Anallsa Blvarlat

★ Data yang dikumpulkan dalam penelitian dianalisa secara analitik dengan menggunakan program perangkat lunak komputer dan perhitungan manual menggunakan rumus *Chi Square* (χ^2) sebagai berikut:

Syaratnya :

1. Sampel dipilih secara acak
2. Besar sampel > 40
3. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan < 1se

4. Tidak lebih dari 20 % sel yang mempunyai nilai harapan < 5

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

$$df = (k-1) b-1)$$

Keterangan :

χ^2 = *Chi Square*

O = Frekuensi yang diobservasikan atau diperoleh

E = Frekuensi yang diharapkan

df = *degree of freedom*

b = baris

k = kolom.

★ Nilai kritis $\chi^2 \alpha$ diperoleh dari tabel *Chi Square* untuk taraf signifikan α 5% dan derajat kebebasan (df) = (k-1) (b-1). Apabila χ^2_{hitung} lebih besar daripada χ^2_{tabel} maka terdapat hubungan yang signifikan. Sebaliknya apabila χ^2_{hitung} lebih kecil dari χ^2_{tabel} maka tidak terdapat hubungan yang signifikan. Sedangkan perhitungan komputer menunjukkan hipotesa nol ditolak apabila p value < α 0,05.

Dilakukan analisa bivariat untuk mengetahui besarnya risiko masing – masing variabel bebas terhadap variabel terikat dengan uji Odds ratio (OR). Interpretasi nilai OR dan penggunaan Confidence Interval

yaitu OR yang lebih besar dari 1 menunjukkan bahwa faktor yang diteliti memang merupakan faktor risiko, bila OR sama dengan 1 atau mencakup angka 1 berarti faktor tersebut bukan merupakan faktor risiko, dan bila kurang dari 1 berarti merupakan faktor protektif.

Keterbatasan uji *Chi Square* adalah sebagai berikut :

1. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai observasi kurang dari satu.
2. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (nilai Expected) kurang dari 5 lebih dari 20% dari jumlah keseluruhan sel.

Ketentuan pengujian hipotesis adalah sebagai berikut :

1. Jika $P \text{ value} \leq \text{nilai } \alpha$ atau $\chi^2_{hitung} > \chi^2_{tabel}$, maka H_0 (hipotesa Nol) ditolak
2. Jika $P \text{ value} > \text{nilai } \alpha$ atau $\chi^2_{hitung} < \chi^2_{tabel}$, maka H_0 (hipotesa Nol) gagal ditolak.

H. Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etika peneliti meyakini bahwa responden dilindungi, dengan memperhatikan aspek-aspek; *self determination, privacy, anonymity, informed consent* dan *protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2005).

1. *Privacy/confidentiality*. Responden dijaga ketat yaitu dengan cara merahasiakan informasi-informasi yang di dapat dari mereka hanya untuk kepentingan penelitian.

2. *Anonymitty*. Selama kegiatan penelitian nama dari responden tidak digunakan sebagai gantinya peneliti menggunakan nomor responden.
3. *Protection from discomfort*. Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Peneliti menekankan bahwa apabila responden merasa tidak nyaman selama penelitian, responden berhak untuk mengundurkan diri sebagai responden.





BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian telah bertujuan untuk mengetahui kejadian ibu hamil Kekurangan Energi Kronik dengan kelahiran bayi berat badan lahir rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019 dimana akan dijelaskan distribusi masing-masing variabel baik variabel independent yaitu kejadian Kurang Energi Kronik dan variabel terikat yaitu bayi berat lahir rendah. Sebelum menjelaskan analisa univariat dan bivariat, maka akan dijelaskan terlebih dahulu karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan paritas.

A. Hasil Penelitian

Pada hasil penelitian akan diuraikan gambaran variabel penelitian sebagai analisis univariat dan hubungan sebab akibat sebagai analisa bivariat, maka sebelumnya akan diuraikan karakteristik responden sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

a. Umur Responden

Berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dibuat distribusi frekuensi umur responden berdasarkan pembagian usia wanita usia reproduksi sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Distribusi Karakteristik Berdasarkan Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Paritas Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

Karakteristik		Frekuensi	(%)
Umur	< 20 tahun	36	27,7
	20-35 tahun	94	72,3
	Jumlah	130	100
Pendidikan	SMP	24	18,5
	SMA	81	70,8
	Diploma/Sarjana	14	10,8
	Jumlah	130	100
Pekerjaan	IRT	97	74,6
	PNS	14	10,8
	Pegawai swasta	9	6,9
	Wiraswasta/Pedagang	10	7,7
	Jumlah	130	100
Paritas	Primipara	41	31,5
	Multipara	89	68,5
	Jumlah	130	100

Sumber : Data Sekunder, 2019

Berdasarkan tabel 4.1. diperoleh gambaran bahwa dari 130 responden sebagian besar berumur antara 20-35 tahun yaitu 94 orang (72.3%) dan yang berumur < 20 tahun sebanyak 36 orang (27.7%).

Gambaran pendidikan ibu bahwa berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dibuat distribusi frekuensi pendidikan responden berdasarkan jenjang pendidikan sebagai berikut:

diperoleh gambaran bahwa dari 130 responden sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 81 orang (70.8%), kemudian yang berpendidikan SMP

sebanyak 24 orang (18.5%) dan yang berpendidikan Diploma/Sarjana sebanyak 14 orang (10.8%).

b. Pekerjaan Responden

Berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dibuat distribusi frekuensi pekerjaan responden sebagai berikut. Berdasarkan tabel 4.1, diperoleh gambaran bahwa dari 130 responden sebagian besar responden adalah IRT sebanyak 97 orang (74.6%), kemudian PNS/ABRI sebanyak 14 orang (10.8%), selanjutnya responden yang bekerja sebagai wiraswasta/pedagang sebanyak 10 orang (7.7%) dan terakhir responden sebagai pegawai swasta sebanyak 9 orang (6.9%).

c. Paritas Responden

Berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dibuat distribusi frekuensi paritas responden sebagai berikut:

Berdasarkan tabel 4.1, diperoleh gambaran bahwa dari 130 responden sebagian besar responden dengan paritas multipara sebanyak 89 orang (68.5%), kemudian paritas primipara sebanyak 41 orang (31.5%).

2. Analisa Unvarlat

a. Kurang Energi Kronik

Berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dijelaskan ibu hamil Kurang Energi Kronik pada tabel berikut ini

Tabel 4.2.
Distribusi Berdasarkan Ibu Hamil Kurang Energi Kronik
di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

Ibu Hamil Kurang Energi Kronik	Frekuensi	Persentase (%)
KEK	65	50.0
Tidak KEK	65	50.0
Jumlah	130	100

Sumber : Data Sekunder, 2019

Berdasarkan tabel 4.2, diatas diperoleh gambaran dari 130 responden ibu hamil Kurang Energi Kronik yaitu sebanyak 65 orang (50%) dan 65 orang (50%) tidak Kurang Energi Kronik.

b. Bayi berat lahir rendah

Berdasarkan hasil data di dokumen yang diperoleh peneliti, maka dapat dijelaskan bayi berat lahir rendah pada tabel berikut ini:

Tabel 4.3.
Distribusi Berdasarkan Bayi berat lahir rendah
di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

Bayi berat lahir rendah	Frekuensi	Persentase (%)
BBLR	23	17.7
Tidak BBLR	107	82.3
Jumlah	130	100

Sumber : Data Sekunder, 2019

Berdasarkan tabel 4.3, diatas diperoleh gambaran dari 130 responden sebanyak 107 orang (82.3%) tidak BBLR sedangkan 23 orang (17.7%) yang BBLR.

3. Anallsa Bivariat

Hasil analisis bivariat untuk melihat hubungan ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan bayi berat lahir rendah. Hubungan antara variable

bebas dengan variable terikat dalam penelitian ini menggunakan analisis *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan 95% atau p value = 0,05. Adapun hasil analisis bivariante dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Table 4.4.
Hubungan antara Ibu Hamil Kurang Energi Kronik dengan Bayi berat lahir rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019

KEK	Bayi berat lahir/rendah						P value	OR	CI 95%
	BBLR		Tidak BBLR		Total				
	n	%	n	%	n	%			
KEK	19	82,6	46	43,0	65	50,0	0,001	6,299	2,006-19,777
Tidak KEK	4	17,4	61	57,0	65	50,0			
Jumlah	23	100	107	100	130	100			

Berdasarkan tabel hasil analisis hubungan kurang energi kronik dengan bayi berat lahir rendah, diperoleh bahwa dari 23 bayi berat lahir rendah, sebanyak 19 orang (82,6%) dilahirkan ibu yang mengalami KEK dan 4 orang (17,4%) dilahirkan ibu yang tidak KEK. Sementara dari 107 bayi yang tidak BBLR, sebanyak 61 bayi (57%) dilahirkan ibu yang tidak KEK dan 46 orang (43%) dilahirkan dari ibu yang KEK.

Dari tabel diatas dapat kita lihat bahwa ibu yang mengalami KEK melahirkan bayi yang BBLR sebanyak 19 bayi (82,6%) dan yang tidak BBLR sebanyak 46 bayi. Jika kita lihat perbandingannya maka walaupun ibunya mengalami KEK akan tetapi bayinya lebih banyak melahirkan yang tidak BBLR dibandingkan dengan yang BBLR. Hal ini tidak sesuai dengan teorinya yang mengatakan bahwa ibu yang KEK relevan dengan melahirkan bayi yang BBLR.

Menurut (Proverawati,dkk.2010) KEK ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum, lahir dengan berat lahir rendah (BBLR).

Ternyata banyak sekali faktor yang mempengaruhi kelahiran bayi yang BBLR maupun tidak. Salah satunya yang sedang diteliti adalah ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik. Namun perlu dilihat lagi dari proses pengambilan data disini hanya saat dilakukan pemeriksaan pada awal kehamilan saja. Sehingga kemungkinan ibu yang sebelumnya diukur Lilanya 23,5 cm setelah mendekati akhir kehamilan bisa jadi ibu tidak kekurangan energi kronik lagi. Kemungkinan itulah yang menyebabkan banyak bayi yang dilahirkan tidak BBLR.

Sedangkan ibu hamil yang tidak kekurangan energi kronik juga berpeluang untuk melahirkan bayi yang BBLR. Bila dilihat dari data tabel 4.4 maka dapat dilihat dari 65 ibu hamil yang tidak kekurangan energi kronik melahirkan bayi dengan berat badan rendah sebanyak 4 orang dan yang tidak BBLR sebanyak 61 orang. Bagi ibu yang tidak kekurangan energi kronik kenapa bisa saja melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah tentu saja banyak faktor yang mempengaruhi selama kehamilannya. Hanya saja dalam penelitian kali ini tidak dapat memberikan argumen terlalu jauh karena penelitiannya tidak secara

mendetail menggali lebih jauh lagi secara langsung dengan responden. Hanya saja kemungkinan yang bisa terjadi pada kebanyakan ibu hamil pada awal kehamilan salah satunya adalah hiperemesis gravidarum sehingga bisa mempengaruhi asupan gizi pada ibu hamil yang mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada bayinya.

Jika ibu hamil yang tidak kekurangan energi kronik tentu saja sesuai dengan teorinya pemenuhan nutrisi yang cukup buat anaknya sehingga melahirkan bayi yang tidak BBLR.

Hasil uji Chi Square dengan melihat *continuity correction* diperoleh nilai *P value* 0,001 ($<0,05$) maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara kurang energi kronik dengan kelahiran bayi berat lahir rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun. Nilai Odd ratio sebesar 6,299 artinya ibu yang mengalami Kurang Energi Kronik beresiko 6,299 kali melahirkan bayi berat lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami Kurang Energi Kronik.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Ibu Hamil KEK yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, dan partas ibu

Berdasarkan data penelitian dapat dilihat bahwa frekuensi ibu berusia < 20 tahun sebanyak 36 orang (27,7 %) yang terdiri dari ibu hamil yang mengalami KEK adalah 21 orang sedangkan yang tidak KEK adalah 15 orang ibu

hamil. Dari hasil ini kita lihat lebih banyak ibu hamil yang berumur <20 tahun mengalami Kekurangan energi kronik dibandingkan yang tidak mengalami KEK.

Sedangkan ibu hamil yang berusia 20-35 tahun sebanyak 94 orang (72,3%) terdiri dari 40 orang yang mengalami KEK dan 54 orang ibu hamil yang tidak mengalami kekurangan energi kronik. Beberapa hal penting yang berkaitan dengan status gizi seorang ibu adalah kehamilan pada usia muda < 20 tahun, kehamilan dengan jarak yang pendek dengan kehamilan sebelumnya (< 2 tahun), kehamilan yang terlalu sering serta kehamilan pada usia terlalu tua (>35 tahun) (Achadi,E.L,2007). Semakin muda dan tua umur seorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Umur muda perlu tambahan gizi yang banyak karena selain digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan dirinya sendiri, juga harus berbagi dengan janin yang dikandungnya. (Arisman,2010).

Melahirkan anak pada usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin atau anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004). Karena pada ibu yang terlalu muda < 20 tahun dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan juga ibunya sendiri yang masih dalam pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan (Soetjiningsih,1995). Sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, sehingga diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik lagi.

Karakteristik menurut pendidikan di peroleh paling banyak ibu yang SMA sebesar 81 (70,8 %) dan paling sedikit pendidikan Diploma/ Sarjana sejumlah 14 oarang (10,8 %). Dari 81 ibu hamil yang berpendidikan SMA diperoleh 45 orang yang mengalami KEK dan sisanya 36 orang ibu hamil yang tidak mengalami KEK. Sedangkan ibu yang berpendidikan Diploma / Sarjana dari 14 orang ibu hamil diperoleh 7 orang yang mengalami KEK dan 7 orang lagi tidak KEK. Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor protektif terhadap status nutrisi yang buruk bagi diri sendiri maupun keluarganya. Pendidikan ibu yang baik dapat memampukan ibu untuk mengakses informasi yang luas untuk dapat mengelola keuangan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi keluarganya sehingga kecukupan nutrisi dalam keluarga terpenuhi. Pendidikan tinggi yang dimiliki ibu juga diharapkan mampu untuk membantu menopang ekonomi keluarga dengan bekerja secara formal maupun informal sehingga keluarga lebih mampu menyediakan bahan makanan yang di perlukan.

Hasil penelitian berdasarkan pekerjaan ibu paling banyak adalah ibu rumah tangga sebesar 97 orang (74,6 %). Dan paling rendah adalah ibu dengan pegawai swasta sebanyak 9 orang (6,9 %). Faktor pekerjaan juga mempengaruhi kejadian kekurangan energi kronik pada ibu hamil. Dari 97 orang ibu hamil yang pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga ditemukan 48 orang yang kekurangan energi kronik dan 49 orang yang tidak mengalami kekurangan energi kronik. Menurut salah satu penelitian yang dilaporkan oleh Kotut dkk (2014) bahwa proporsi ibu yang bekerja lebih sedikit yang mengalami KEK dibandingkan ibu

yang tidak bekerja secara formal (2% vs 68%), kondisi ini dapat terjadi karena ibu yang bekerja memungkinkan menambah pendapatan keluarga, sehingga dapat membantu menyediakan bahan makanan yang mempunyai nilai gizi yang diperlukan semua anggota keluarga termasuk ibu hamil itu sendiri.

Dari faktor paritas ibu hamil dalam penelitian ini diperoleh paling banyak adalah multipara yaitu 89 orang (68,5 %) sedangkan ibu hamil primipara hanya 41 orang (31,5 %). Dan dari ibu 89 ibu hamil multipara ditemukan 39 orang ibu dengan KEK dan 50 orang ibu hamil tidak dengan KEK. Sedangkan dari 41 orang ibu hamil primipara ditemukan 26 orang ibu hamil dengan kekurangan energi kronik dan 15 orang tidak mengalami KEK. Dapat dipahami bahwa ibu dengan paritas tinggi akan mempunyai anggota keluarga yang lebih banyak atau keluarga besar, sehingga akan lebih banyak membutuhkan bahan makanan untuk dikonsumsi.

Hal ini akan diperberat jika daya beli rendah yang disebabkan oleh kemampuan ekonomi yang rendah. Kondisi ini akan diperburuk jika ibu tidak bekerja untuk menambah pemasukan keluarga karena harus merawat anak-anaknya yang banyak, sehingga suami menjadi satu satunya pencari nafkah sebagai tulang punggung keluarganya. Jika kemampuan suami secara finansial rendah maka kehidupan ini akan terus berlanjut dan tidak menutup kemungkinan banyak anggota keluarganya yang mengalami malnutrisi. Lain halnya apabila suami yang secara ekonomi berkecukupan lebih maka nutrisi keluarganya akan terpenuhi dengan baik.

Menurut Mochtar (2011), paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Viable). Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu. Paritas merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya KEK pada ibu hamil. Biasanya ibu dengan paritas lebih dari 5 kali memiliki kemungkinan besar untuk melahirkan bayi BBLR (Saraswati, 2003).

2. Kejadian Kurang Energi Kronik

Berdasarkan data penelitian dapat dilihat bahwa sebanyak 65 orang ibu hamil mengalami KEK di wilayah kerja Puskesmas Sangasanga dan sampel kontrol sebanyak 65 ibu hamil yang tidak mengalami KEK. Angka kejadian ibu hamil dengan Kurang energi kronik ini masih tinggi, menurut Rahmani et al (2011) Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk disebabkan karena kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makro yang berlangsung lama atau menahun.

KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil). Pada ibu hamil lingkaran lengan atas digunakan untuk memprediksi kemungkinan bayi yang dilahirkan memiliki berat badan lahir rendah. Ibu hamil KEK diketahui menderita KEK dilihat dari pengukuran LILA yang kurang dari 23,5 cm KEK selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh KEK

terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematuur), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi. KEK ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum, lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) (Proverawati, dkk.2010).

Menurut Depkes RI (2012) dalam menanggulangi KEK pada ibu hamil maka diperlukan upaya mempertahankan kondisi gizi yang baik pada ibu hamil antara lain melalui pencegahan dan pengobatan yaitu mengusahakan agar ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara rutin dan lebih awal, perlu adanya penjarangan dan deteksi Wanita Usia Subur (WUS) yang mempunyai resiko KEK dan Anemia sehingga faktor resiko tersebut dapat diketahui dan dilakukan penanganan sedini mungkin (Pra Konsepsi), memberikan penyuluhan tentang makanan bergizi dan pengaturan konsumsi makanan pada WUS dan ibu hamil, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil KEK, pemberdayaan ekonomi masyarakat sehingga mereka mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka, terutama dalam mencukupi kebutuhan akan makanan bergizi. Peningkatan variasi dan jumlah makanan, oleh karena kandungan zat gizi pada setiap jenis makanan berbeda-beda, dan tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung zat gizi lengkap, maka untuk memenuhi kebutuhan sebagian besar zat gizi diperlukan konsumsi.

Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Widati (2017) dengan judul penelitian resiko KEK ibu hamil terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah UPTD Puskesmas Kokap I Kabupaten Kulon Progo dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sebanyak 43,1% ibu hamil mengalami KEK.

Menurut peneliti, tingginya angka kejadian KEK disebabkan karena beberapa faktor diantaranya ibu yang mengalami KEK ternyata pendidikan yang rendah, sehingga ibu kurang memiliki pengetahuan

tentang KEK, apa penyebabnya serta bagaimana cara mencegahnya. Ibu juga kurang memiliki pengetahuan tentang makanan yang baik untuk dikonsumsi selama hamil. Ibu juga berusia < 20 tahun dimana kondisi rahim belum siap untuk kehamilan sehingga berisiko mengalami KEK dan ibu tidak melaksanakan ANC secara rutin juga dapat menyebabkan terjadinya KEK karena ibu tidak terdeteksi secara dini sehingga tidak mendapatkan penanganan secara dini.

3. Bayi berat lahir rendah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelahiran BBLR sebanyak 23 bayi (17,7%) sedangkan bayi yang lahir tidak BBLR sebanyak 107 bayi (82,3%). Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir 2500 gram atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan (Syafudin & Hamidah, 2009). Acuan lain dalam pengukuran BBLR juga terdapat pada Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

gizi. Pedoman tersebut mengatakan bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram diukur pada saat lahir atau sampai hari ke tujuh setelah lahir (Triana, 2015).

Bayi dengan BBLR memiliki risiko lebih tinggi mengalami kematian, keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan selama masa kanak-kanak dibandingkan dengan bayi yang tidak BBLR (Rajashree, 2015). Bayi BBLR memiliki peluang lebih kecil untuk bertahan hidup.

Ketika mereka bertahan hidup, mereka lebih rentan terhadap penyakit hingga mereka dewasa. BBLR cenderung mengalami gangguan perkembangan kognitif, retardasi mental serta lebih mudah mengalami infeksi yang dapat mengakibatkan kesakitan atau bahkan kematian. Dampak lain yang muncul pada orang dewasa yang memiliki riwayat BBLR yaitu beresiko menderita penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan beban ekonomi individu dan masyarakat (Pramono, 2015).

Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Widati (2017) dengan judul penelitian resiko KEK ibu hamil terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah UPTD Puskesmas Kokap I Kabupaten Kulon Progo dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sebanyak 30,3% bayi lahir dengan berat badan lahir rendah.

Menurut peneliti masih adanya angka kejadian BBLR disebabkan karena ibu tidak rutin melakukan pemeriksaan ANC, sehingga pada saat ibu mengalami kurang energi kronik dan berisiko mengalami BBLR, maka tidak

akan terpantau, hal ini dapat dilihat dari data dokumentasi yang menunjukkan ibu baru melakukan pemeriksaan kehamilan pada saat masuk trimester II dan III, sehingga resiko kejadian BBLR terlambat dideteksi dan terlambat untuk ditangani.

4. Hubungan Kejadian Kurang Energi Kronik dengan Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan bayi berat lahir rendah yang ditunjukkan dengan nilai p value 0,001. Hal ini didukung dari data penelitian dimana ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronik lebih banyak yang melahirkan bayi BBLR yaitu sebanyak 82,6% sedangkan ibu hamil yang tidak mengalami Kurang Energi Kronik lebih banyak yang melahirkan bayi tidak BBLR sebanyak 57%, hal ini menunjukkan adanya kecenderungan ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronik lebih beresiko melahirkan bayi BBLR dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak mengalami Kurang Energi Kronik dengan peluang sebesar 6,299 kali lebih besar.

Hal ini sesuai teori yang dikemukakan oleh Supriasa, dkk (2013) bahwa status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi buruk, baik sebelum kehamilan maupun selama kehamilan akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan pada janin, menyebabkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru

lahir, bayi baru lahir mudah infeksi, abortus dan sebagainya sehingga memiliki risiko melahirkan bayi dengan BBLR. Jika ibu hamil menderita gizi buruk atau KEK, kondisi ini akan sangat berpengaruh pada pertumbuhan janin yang dikandungnya.

Pengaruh ini akan menentukan berat badan lahir bayinya yang akan kurang dari seharusnya. Berat badan bayi yang rendah ini akan sangat berpengaruh terhadap kematian bayi yang lebih besar. Sebuah hasil studi di Guatemala (Amerika Serikat) memperlihatkan bahwa semakin rendah berat badan bayi baru lahir semakin besar angka kematian (Banudi, 2013).

Penelitian dari Susilani A, (2014) mengatakan bahwa gizi yang baik diperlukan seorang ibu hamil agar pertumbuhan janin tidak mengalami hambatan, dan selanjutnya akan melahirkan bayi dengan berat normal. Dengan kondisi kesehatan yang baik, sistem reproduksi normal, tidak menderita sakit, dan tidak ada gangguan gizi pada masa pra hamil maupun saat hamil, ibu akan melahirkan bayi lebih besar dan lebih sehat daripada ibu dengan kondisi kehamilan yang sebaliknya. Ibu dengan kondisi kurang gizi kronis pada masa hamil sering melahirkan bayi BBLR, vitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi, terlebih lagi bila ibu menderita anemia.

Terkait pentingnya status gizi ibu hamil terhadap pertumbuhan janin maka status gizi ibu hamil harus benar-benar mendapat perhatian. Status gizi janin menentukan berat badan bayi baru lahir dan status gizi janin ditentukan oleh status gizi ibu selama hamil sampai melahirkan. Pendapat ini didukung

oleh Sulistyawati (2009) dalam (Maryunani, 2013) menyatakan status gizi ibu yang diukur berdasarkan LILA memperoleh hasil $< 23,5$ cm maka di kategorikan mengalami KEK. Kondisi ketidakseimbangan nutrisi atau malnutrisi ini, menyebabkan ibu mengalami penurunan darah. Volume darah penting untuk membawa nutrisi atau O_2 ke janin melalui plasenta. Terjadinya penurunan volume darah maka curah jantung tidak adekuat, darah menuju plasenta yang membawa nutrisi untuk janin tersebut mengalami penurunan, menyebabkan ukuran plasenta lebih kecil. Selain itu, karena adanya gangguan sirkulasi O_2 dan nutrisi maka akan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat atau BBLR.

Dalam menanggulangi KEK pada ibu hamil dan memperkecil resiko BBLR maka diperlukan upaya mempertahankan kondisi gizi yang baik pada ibu hamil antara lain melalui pencegahan dan pengobatan yaitu mengusahakan agar ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara rutin dan lebih awal, perlu adanya penjarangan dan deteksi Wanita Usia Subur (WUS) yang mempunyai resiko KEK dan Anemia sehingga faktor resiko tersebut dapat diketahui dan dilakukan penanganan sedini mungkin (Pra Konsepsi), memberikan penyuluhan tentang makanan bergizi dan pengaturan konsumsi makanan pada WUS dan ibu hamil, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil KEK, pemberdayaan ekonomi masyarakat sehingga mereka mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka, terutama dalam mencukupi kebutuhan akan makanan bergizi. Peningkatan variasi dan jumlah makanan, oleh karena

kandungan zat gizi pada setiap jenis makanan berbeda-beda dan tidak ada satupun jenis makana yang mengandung zat gizi lengkap, maka untuk memenuhi kebutuhan sebagian besar zat gizi diperlukan konsumsi Menurut Pertiwi (2018) ketika jumlah makanan yang dikonsumsi tidak cukup atau tidak adekuat. Nutrisi atau O₂ ke janin melalui plasenta. Terjadinya penurunan volume darah maka curah jantung tidak adekuat, darah menuju plasenta yang membawa nutrisi untuk janin tersebut mengalami penurunan, menyebabkan ukuran plasenta lebih kecil. Selain itu, karena adanya gangguan sirkulasi O₂ dan nutrisi maka akan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat atau BBLR.

Dalam menanggulangi KEK pada ibu hamil dan memperkecil resiko BBLR maka diperlukan upaya mempertahankan kondisi gizi yang baik pada ibu hamil antara lain melalui pencegahan dan pengobatan yaitu mengusahakan agar ibu hamil memeriksakan kehamilannya secara rutin dan lebih awal, perlu adanya penjarangan dan deteksi Wanita Usia Subur (WUS) yang mempunyai resiko KEK dan Anemia sehingga faktor resiko tersebut dapat diketahui dan dilakukan penanganan sedini mungkin (Pra Konsepsi), memberikan penyuluhan tentang makanan bergizi dan pengaturan konsumsi makanan pada WUS dan ibu hamil, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil KEK, pemberdayaan ekonomi masyarakat sehingga mereka mampu memenuhi kebutuhan dasar mereka, terutama dalam mencukupi kebutuhan akan makanan bergizi. Peningkatan variasi dan jumlah makanan,

oleh karena kandungan zat gizi pada setiap jenis makanan berbeda-beda dan tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung zat gizi lengkap, maka untuk memenuhi kebutuhan sebagian besar zat gizi diperlukan konsumsi Menurut Hidayati (2018) ketika jumlah makanan yang dikonsumsi tidak cukup atau tidak adekuat.

Hal ini menyebabkan penurunan Volume darah, sehingga aliran darah ke plasenta menurun, maka ukuran plasenta berkurang dan transport zat gizi juga berkurang yang mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat dan akan melahirkan BBLR.

Penelitian yang terkait berdasarkan penelitian Syarifuddin (2011) bahwa ibu hamil yang menderita KEK berisiko 3,95 kali melahirkan bayi dengan BBLR. Hasil dari Penelitian yang dilakukan Ausa (2013) menyatakan bahwa ada hubungan antara pola asupan energi ibu hamil dengan kejadian KEK. Penelitian tentang Status Gizi Ibu dan Berat Badan Lahir Bayi oleh Yuliasuti E. (2014) , menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara berat badan prahamil dan penambahan berat badan ibu selama kehamilan dengan berat badan lahir bayi.

Menurut peneliti masih ada hubungan yang signifikan antara ibu hamil kekurangan energi kronik dengan bayi berat badan lahir rendah dengan peluang sebesar 6,299 kali lebih besar dibandingkan ibu yang hamil tidak kekurangan energi kronik.

5. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu :

1. Pengambilan sampel dilakukan secara menyeluruh tanpa membatasi responden yang primipara ataupun multipara sehingga peneliti selanjutnya dapat membuat kriteria inklusi agar mendapat sampel yang homogen yaitu paritas, usia, dan riwayat kehamilan. Pengambilan data sekunder dapat berisiko data menjadi bias karena tidak diambil pada waktu penelitian hanya mengambil data yang sudah ada dan dapat berisiko adanya kesalahan data.
2. Adanya keterbatasan pengetahuan peneliti tentang cara pembuatan dan penelitian ini yang mungkin masih kurang akurat dalam mengolahnya sehingga banyak kesalahan yang mungkin terjadi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis data dan pembahasan maka selanjutnya disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari 130 responden yang diteliti, karakteristik ibu hamil berdasarkan umur maka sebagian besar berumur antara 20-35 tahun sebanyak 94 orang (72,3%), yang berusia kurang dari 20 tahun ada 36 orang (27,7%). Karakteristik ibu berdasarkan pendidikan sebagian besar memiliki pendidikan SMA sebanyak 81 orang (70,8%), pendidikan SMP hanya 24 orang (18,5%) dan Diploma/Sarjana 14 orang (10,8%). Karakteristik menurut pekerjaan Ibu Rumah Tangga sebanyak 97 orang (74,6%), PNS 14 orang (10,8%), Pegawai Swasta 9 orang (6,9%), dan Wiraswasta/pedagang sebanyak 10 orang (7,7%) dan paritas multipara sebanyak 89 orang (68,5%).

Menurut Hartanto (2004) umur ibu antara 20-30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk mengandung dan melahirkan. Pendidikan responden yang baik mengakibatkan responden mudah menerima informasi yang baik tentang kehamilan yang sehat. Sehingga kejadian ibu hamil Kekurangan Energi Kronik dengan kelahiran bayi berat badan lahir rendah dapat diatasi.

2. Gambaran kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019 sebanyak 65 orang sebagai sampel

penelitian . Dari data yang didapat di Puskesmas Sangasanga secara keseluruhan jumlah ibu hamil dari bulan Januari-Desember 2019 sebanyak 410 orang dan ditemukan 75 (18,29 %) orang ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronik.

3. Data yang didapat dari Puskesmas Sangasanga terdapat Gambaran kelahiran Bayi Berat Badan Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019 sebanyak 23 orang (17,7%).
4. Ada hubungan kejadian ibu hamil Kurang Energi Kronik dengan kelahiran Bayi Berat Badan Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga Tahun 2019 dengan p value 0,001 dan OR = 6,299 artinya ibu yang mengalami Kurang Energi Kronik beresiko 6,299 kali melahirkan bayi berat lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami Kurang Energi Kronik.

B. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara
Lebih meningkatkan kembali program-program perbaikan gizi ibu hamil melalui kelas ibu hamil di setiap desa atau kelurahan, lebih ditingkatkan pemahaman masyarakat mengenai pola makan untuk pemenuhan gizi agar terhindari dari KEK.
2. Bagi Wilayah Kerja Puskesmas Sangasanga
Lebih meningkatkan penyuluhan-penyuluhan kepada ibu hamil agar rutin melakukan pemeriksaan kehamilan sejak trimester I sampai trimester III

kehamilan memberikan informasi mengenai makanan bergizi khusus ibu hamil, meningkatkan program PMT di puskesmas dan posyandu-posyandu. Bekerja sama dengan lintas sektor dalam menggalakkan program yang dapat menunjang dan meningkatkan kesehatan ibu hamil.

3. Bagi bidan

Bidan atau tenaga kesehatan lebih meningkatkan lagi penyuluhan dan bimbingan kepada ibu hamil tentang pentingnya melakukan ANC secara rutin dan mengajak ibu untuk mengikuti kelas ibu hamil, memberikan informasi mengenai makanan bergizi dan melakukan pengawasan terhadap ibu hamil yang beresiko mengalami KEK.

4. Bagi peneliti

Sebagai sarana untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai Kurang Energi Kronik dan pengaruhnya terhadap proses kelahiran BBLR serta memahami tentang proses penelitian ilmiah.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan acuan dan menjadi bahan perbandingan untuk melakukan penelitian selanjutnya serta mengambil variabel yang berbeda yang lebih kuat dan lebih homogen seperti usia, parietas, dan riwayat persalinannya.



DAFTAR PUSTAKA

- Achadi. 2007. *Gizi Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT. Raja Grafindo
- Arikunto, Suharsimi, 2010, *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi 3 Revisi VI, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Arisman. 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta : EGC.
- Astri Maulani. 2011. *Insidensi dan Faktor-Faktor Resiko Ikterus Neonatorum di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode Januari- Desember 2011*. 0310181_abstrak_TOC-1.pdf-Adobe Reader. 22/8/2018
- Ausa, E., Jafar, N., Indriasari, R. 2013. *Hubungan Pola Makan Dan Status Sosial Ekonomi Dengan Kejadian KEK Pada Ibu Hamil di Kabupaten Gowa*. Kabupaten Gowa : Artikel Penelitian
- Banudi. 2013. *Buku Kesehatan Reproduksi : Buku Saku Bidan*. Jakarta : EGC.
- Dwienda, OR, Maita, L, Saputri, EM, & Yulviana, R. (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/ Balita dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta: Deepublish
- Fikawati S, Wahyuni D, Syafiq A. 2012. *Status gizi ibu hamil dan berat lahir bayi pada kelompok vegetarian*. *Makara Kesehatan* 16 (1):29-35
- Hardinsyah dan Supariasa. 2016. *Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi*. Jakarta: ECG
- Helena, 2013. *Gambaran Pengetahuan Gizi Ibu Hamil Trimester Pertama dan Pola Makan dalam pemenuhan Gizi*. [www. repository.usu.ac.id](http://www.repository.usu.ac.id). 22 Oktober 2017, 20.50 WIB
- Kemenkes RI, 2018, *Riset Kesehatan Dasar 2018*, Jakarta
- Kemenkes RI. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2018*. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Badan Pusat Statistik Kementerian Kesehatan; 2013. 22-63
- Kotut. 2014. *Protein-Energy Malnutrition Among Women of Child Bearing Age in Semi Arid Areas of Keiyo District, Kenya*. *Advance in Life Science And Technology*.

- Maryunani, Anik dan Nurhayati. 2008. *Buku Saku Asuhan Bayi Baru Lahir Normal (Asuhan Neonatal)*. Jakarta: Trans Info Media
- _____. (2009). *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus*. Jakarta: Trans Info Media
- _____. 2013. *Asuhan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mochtar. 2011. *Snopsis Obstetri*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, S. 2012. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis :* Salemba Medika, Jakarta
- Pertiwi, H.D. 2018. *Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Gizi Seimbang Dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronik (KEK) Di Kabupaten Banyumas*. Thesis
- Pramono MS, Paramita A. 2015. Pola Kejadian dan Determinan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia Tahun 2013. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 18(1):1–10
- Prawirohardjo, S. 2014 . *Ilmu Kebidanan*. Edisi Ke Empat Cetakan Ke Empat . Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Proverawati, A., Asfiah S. 2010. *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Jakarta : EGC.
- Profil Kesehatan Indonesia, 2018. *Data Kesehatan Indonesia*, Jakarta
- Rahmaniar, A. 2013. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan KEK (Tampa Padang, Sulawesi Barat)*. *Media Gizi Masyarakat Indonesia*, Vol. 2 : 98-103
- Rajashree,K. 2014. *Study On The Factors Associated With Low Birth Weight Among Newborns Delivered In A Tertiary-Care Hospital, Shimoga, Karnataka*. *International Jomal Of Medical Science And Public Health*.
- Rizki Anggarani dan Yazid Subakti. 2013. *Kupas Tuntas Seputar Kehamilan*. Agro Media Pustaka. Jakarta Selatan. <http://books.google.co.id/> 14 Nop 2014)

- Sigit., 2008. *Analisis faktor risiko kematian neonatal*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol.3 No.1
- Sugiyono, 2013, *Statistik Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Sulistiyawati, A. 2009. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Sumiaty, 2016, *Kurang Energi Kronis (KEK) Ibu Hamil dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)*. Jurnal Husada Mahakam. Volume IV No.3, Nov 2016, hal 162-170
- Supariasa. 2013. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Susilani, A. 2014. *Hubungan Ukuran Lingkar Lengan Atas Ibu Dengan Berat Badan Lahir*. Jurnal (Online) Permata Indonesia Vol.6 No.1
- Syafrudin dan Hamidah. 2011. "*Kebidanan Komunitas*". Jakarta : EGC
- Triana, Ani. (2014). *Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad*. Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 2. No. 5. November 2014
- Wahit. Mubarak, 2015. *Sosiologi untuk Keperawatan: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Widati,S. 2017. *Resiko KEK Ibu Hamil Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Wilayah UPTD Puskesmas Kokap I Kabupaten Kulon Progo*. Skripsi
- WHO, 2012, *World Health Statistics*. World Health Organization
- WHO. 2014, *Optimal Feeding Of Low Birthweigh Infants in Low-And Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization

Lampiran 1.

ANGKET PENELITIAN

**KEJADIAN IBU HAMIL KEKURANGAN ENERGI KRONIK DENGAN
KELAHIRAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SANGASANGA
TAHUN 2019**

Identitas Responden

Inisial : _____

No. Responden : _____

Umur : _____ tahun

Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

Anak ke : _____

LILA ibu : _____

Berat bayi yang dilahirkan : _____

