

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 5.1.1 Geografi Provinsi DKI Jakarta

Daerah Khusus Ibukota Jakarta mempunyai luas wilayah  $\pm 650 \text{ km}^2$  atau  $\pm 65.000$  termasuk wilayah daratan Kepulauan Seribu yang tersebar di Teluk Jakarta. Secara geografis wilayah DKI Jakarta terletak antara  $106^{\circ} 22' 42''$  BT sampai  $106^{\circ} 58' 18''$  BT dan  $-5^{\circ} 19' 12''$  LS sampai  $-6^{\circ} 23' 54''$  LS. Apabila dilihat dari batas-batas wilayahnya DKI Jakarta sebelah utara berbatasan dengan Laut Jawa, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Bekasi kemudian sebelah selatan berbatasan dengan Kabupaten Bogor dan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Tangerang. Adapun Pembagian Wilayah di DKI Jakarta dapat dilihat pada tabel 5.1.

**Tabel 5.1 Pembagian Wilayah di DKI Jakarta**

Wilayah	Jumlah Kecamatan	Jumlah Kelurahan
Jakarta Utara	7	35
Jakarta Pusat	8	44
Jakarta Timur	10	65
Jakarta Selatan	10	65
Jakarta Barat	8	56
Kepulauan Seribu	-	-

Dilihat keadaan topografinya wilayah DKI Jakarta dikategorikan sebagai daerah datar dan landai. Ketinggian tanah dari pantai sampai ke Banjir Kanal berkisar antara 0 m sampai 10 m di atas permukaan laut diukur dari titik nol Tanjung Priok. Sedangkan dari banjir kanal sampai batas paling selatan dari wilayah DKI antara 5 m sampai 50 m di atas permukaan laut. Daerah pantai merupakan daerah rawa atau daerah yang selalu tergenang air pada musim hujan. Di daerah bagian selatan Banjir Kanal terdapat perbukitan rendah dengan ketinggian antara 50 m sampai 75 m.

### 5.2.2 Penduduk

Provinsi DKI Jakarta merupakan daerah yang sangat padat. Hal ini terjadi karena banyaknya pendatang dengan berbagai macam tujuan khususnya untuk mencari pekerjaan. Penduduk yang paling banyak berada di Jakarta Timur dan yang paling sedikit berada di wilayah Kepulauan Seribu, dimana Kepulauan Seribu merupakan wilayah yang baru memisahkan diri. Data jumlah penduduk dapat dilihat pada tabel 5.2. dan data kelahiran dan kematian dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini.

**Tabel 5.2. Jumlah Penduduk di DKI Jakarta**

Wilayah	Warga Negara Indonesia			Warga Negara Asing			Total
	Pria	Wanita	N	Pria	Wanita	n	
Jakarta Pusat	506.154	420.577	926.731	200	141	341	927.072
Jakarta Utara	777.257	644.621	1.421.878	277	236	513	1.422.391
Jakarta Barat	869.470	764.739	1.634.209	334	302	636	1.634.845
Jakarta Selatan	1.062.617	829.883	1.892.500	396	256	652	1.893.152
Jakarta Timur	1.419.794	1.192.500	2.612.038	113	105	218	2.612.256
Kepulauan Seribu	11.215	10.237	21.452	0	0	0	21.452
Total	4.646.507	3.862.301	8.508.808	1.320	1.040	2.360	8.511.186

*Sumber : Suku Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kotamadya*

**Tabel 5.3 Jumlah Kelahiran dan Kematian di DKI Jakarta**

Wilayah	Kelahiran			Kematian			Total
	Pria	Wanita	N	Pria	Wanita	n	
Jakarta Pusat	209	170	379	258	247	505	884
Jakarta Utara	401	409	810	360	276	636	1.446
Jakarta Barat	386	366	752	320	276	596	1.348
Jakarta Selatan	740	637	1.377	453	316	769	2.146
Jakarta Timur	1.384	1.209	2.593	584	421	1.005	3598
Kepulauan Seribu	11	7	18	4	1	5	23
Total	3.131	2.798	5.929	1.7979	1.537	3.516	9445

*Sumber : Suku Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kotamadya*

## 5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi variabel dependen yaitu resiko KEK pada ibu hamil beserta variabel independennya antara lain faktor ibu hamil (umur, aktivitas fisik, konsumsi rokok, penyakit infeksi); faktor sosial ekonomi (pendidikan ibu hamil dan kepala rumah tangga, pekerjaan ibu hamil dan kepala rumah tangga, jumlah anggota keluarga, pengeluaran rumah tangga); pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta faktor konsumsi energi yang dikonsumsi ibu hamil berdasarkan *recall* 24 jam.

### 5.2.1 Gambaran Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

KEK merupakan masalah seseorang menderita kekurangan makanan yang kronis dan dapat menimbulkan gangguan kesehatan, pada ibu hamil risiko KEK dapat mengakibatkan janin yang dikandungnya mungkin akan mengalami BBLR. Di Indonesia KEK merupakan salah satu masalah kesehatan yang selalu ada dan biasa terjadi pada ibu hamil. Berdasarkan hasil analisis data Riskesdas ini didapatkan ibu hamil yang memiliki risiko KEK ternyata lebih sedikit yaitu sebesar 20.9 % dibandingkan dengan responden yang mempunyai risiko tidak KEK yaitu 79.1 %. Hasil dapat dilihat pada tabel 5.4.

**Tabel 5.4 Distribusi Responden KEK Berdasarkan LILA di DKI Jakarta**

Status Risiko KEK	Jumlah	Persentase (%)
<23.5 Risiko KEK	19	20.9
≥23.5 Tidak KEK	72	79.1

### 5.2.2 Gambaran Umur pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Umur merupakan salah satu faktor risiko ibu hamil mengalami KEK, karena umur merupakan salah satu hal yang dapat menentukan kesehatan, khususnya status gizi yang dialami oleh ibu hamil ataupun janin yang dikandungnya. Berdasarkan hasil analisis, dapat diketahui umur rata-rata 91 orang responden yaitu 27 tahun, dengan umur termuda yaitu 16 tahun dan tertua yaitu 38 tahun. Pada penelitian ini, pengelompokan umur dibagi menjadi kelompok umur <20 tahun, ≥20-35 tahun dan >35 tahun (Depkes, 1998). Dari tabel 5.5,

berdasarkan distribusi menurut umur sebagian besar ibu hamil memiliki umur antara 25-35 tahun yaitu 86.8 %, sedangkan ibu hamil dengan umur kurang dari 20 tahun persentasenya lebih sedikit 3.3% dibandingkan dengan ibu hamil yang berumur lebih dari 35 tahun yaitu 9.9%.

**Tabel 5.5 Distribusi Responden Menurut Umur**

Kelompok Umur (tahun)	Jumlah	Persentase (%)
< 20	3	3.3
≥ 20-35	79	86.8
>35	9	9.9

### 5.2.3 Gambaran Aktivitas Fisik pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Sebagian besar ibu hamil di DKI Jakarta melakukan aktivitas fisik sedang yaitu 89.2%. Pada tabel 5.6 juga terlihat hanya 10.8% ibu hamil yang tidak melakukan aktivitas sedang. Aktivitas fisik sedang yang dimaksud dalam penelitian yang dilakukan oleh Riskesdas adalah kegiatan yang tergolong dalam aktivitas sedang yaitu seperti menyapu halaman atau bermain volly secara terus menerus selama 10 menit.

**Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Aktivitas Fisik**

Ibu Hamil yang Melakukan Aktivitas Fisik Sedang	Jumlah	Persentase (%)
Ya	91	89.2
Tidak	11	10.8

### 5.2.4 Gambaran Merokok pada Ibu Hamil di DKI Jakarta.

Merokok merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu, terutama pada saat hamil. Hal ini terkait dengan janin yang akan dilahirkan yaitu BBLR. Pada tabel 5.7, dapat dilihat berdasarkan distribusi menurut kebiasaan merokok, ternyata sebagian besar adalah ibu hamil di DKI Jakarta adalah ibu hamil yang tidak merokok yaitu sebesar 97.8%, sedangkan ibu hamil yang merokok sebanyak hanya sebesar 2.2%.

**Tabel 5.7 Distribusi Responden Menurut Konsumsi Rokok**

Konsumsi Merokok	Jumlah	Persentase (%)
Ya	2	2.2
Tidak	89	97.8

### 5.2.5 Gambaran Penyakit Infeksi pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Penyakit infeksi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi seseorang, dimana pada akhirnya apabila dibarengi dengan asupan makanan yang kurang maka orang tersebut akan mengalami malnutrisi. Pada penelitian ini didapatkan sebagian besar ibu hamil yang berada di DKI Jakarta ternyata tidak memiliki penyakit infeksi, hal ini terlihat pada tabel 5.8 yaitu sebesar 89%, sedangkan yang memiliki penyakit infeksi hanya 11%. Penyakit infeksi yang dimaksud dalam Riskesdas adalah ISPA, pneumonia, diare, tuberkulosis yang diderita responden dalam jangka waktu 1 bulan terakhir dan diagnosis oleh petugas kesehatan.

**Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Penyakit Infeksi**

Bumil yang mempunyai penyakit infeksi	Jumlah	Persentase (%)
Ya	10	11.0
Tidak	81	89.0

### 5.2.6 Gambaran Pendidikan pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.9, berdasarkan distribusi menurut tingkat pendidikan, paling banyak adalah ibu hamil yang memiliki pendidikan menengah (tamat SMP, tamat SMA) yaitu sebesar 59 %, sedangkan untuk ibu hamil berpendidikan tinggi dan rendah tidak jauh berbeda, yaitu masing-masing sebesar 22 % untuk berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD) dan yang paling sedikit adalah ibu hamil yang berpendidikan tinggi (Akademi/perguruan tinggi) yaitu sebesar 18.7%.

Untuk analisis bivariat pendidikan ibu hamil dikelompokkan lagi menjadi  $\leq$ SMA dan  $>$ SMA. Hasil yang diperoleh adalah sebagian besar ibu hamil mempunyai pendidikan SMA atau kurang adalah sebesar 85.7%. Lain halnya dengan ibu hamil yang memiliki pendidikan  $>$ SMA hanya sebesar 14.3%. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.10.

**Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Pendidikan**

<b>Pendidikan Bumil</b>	<b>Jumlah (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD)	20	22.0
Menengah (tamat SMP, tamat SMA)	54	59.0
Tinggi (Akademi atau perguruan tinggi)	17	18.7

**Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pengelompokan Menurut Pendidikan**

<b>Pendidikan Bumil</b>	<b>Jumlah (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
≤ SMA	78	85.7
> SMA	13	14.3

### **5.2.7 Gambaran Pendidikan Kepala Rumah Tangga (RT) Ibu Hamil di DKI Jakarta**

Pada tabel 5.11, berdasarkan distribusi menurut tingkat pendidikan kepala RT di rumah ibu hamil tinggal, paling banyak kepala RT yang memiliki pendidikan menengah (tamat SMP, tamat SMA) yaitu sebesar 52.7 %, sedangkan untuk kepala RT berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD dan tamat SD) adalah sebesar 33% dan yang berpendidikan tinggi (akademi atau perguruan tinggi) hanya sebesar 14.3%

Untuk analisis bivariat pendidikan kepala RT dikelompokkan lagi menjadi ≤SMA dan >SMA. Hasil yang diperoleh adalah sebagian besar kepala RT mempunyai pendidikan SMA atau kurang yaitu sebesar 85.7% dan kepala rumah tangga yang memiliki pendidikan lebih dari SMA adalah sebesar 11.3%. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.12 di bawah.

**Tabel 5.11 Distribusi Responden Menurut Pendidikan Kepala RT**

<b>Pendidikan suami</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase (%)</b>
Rendah	30	33.0
Menengah	48	52.7
Tinggi	13	14.3

**Tabel 5.12 Distribusi berdasarkan Pengelompokan Menurut Pendidikan Kepala RT**

Pendidikan kepala RT	Jumlah	Persentase (%)
≤ SMA	78	85.7
> SMA	13	14.3

### 5.2.8. Gambaran Pekerjaan pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Berdasarkan tabel 5.13, lebih banyak ibu hamil di DKI Jakarta adalah ibu yang tidak bekerja yaitu sebesar 76.9%, sedangkan yang bekerja hanya sebesar 23%.

**Tabel 5.13 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Ibu Hamil**

Status Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak bekerja	70	76.9
Bekerja	21	23.1

### 5.2.9 Gambaran Pekerjaan Kepala Rumah Tangga pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.14, berdasarkan distribusi pekerjaan kepala rumah tangga yang paling banyak adalah menjadi wiraswasta atau pedagang yaitu sebesar 27.5% dan pegawai swasta yaitu sebesar 18.7%. Namun untuk analisis bivariat pekerjaan kepala rumah tangga dikelompokkan lagi menjadi bekerja dan tidak bekerja. Pada tabel 5.15 hasil yang diperoleh adalah sebagian besar kepala RT bekerja yaitu sebesar 91.2% dan hanya 8.8% saja yang tidak bekerja.

**Tabel 5.14 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Kepala Rumah Tangga**

Pekerjaan Kepala Rumah Tangga	Jumlah	Persentase (%)
Tidak kerja	5	5.5
Ibu umah tangga	3	3.3
TNI/Polri	2	2.2
PNS	3	3.3
Pegawai BUMN	1	1.1
Pegawai swasta	17	18.7
Wiraswasta/ Pedagang	25	27.5
Pelayanan Jasa	8	8.8
Nelayan	8	8.8
Buruh	13	14.3
Lainnya	6	6.6

**Tabel 5.15 Distribusi Berdasarkan Pengelompokkan Responden Menurut Pekerjaan Kepala RT**

Status Pekerjaan Kepala RT	Jumlah	Persentase (%)
Tidak bekerja	8	8.8
Bekerja	83	91.2

### 5.2.10 Gambaran Jumlah Anggota Rumah Tangga pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.16, berdasarkan distribusi menurut anggota rumah tangga, jumlah anggota RT di rumah ibu hamil ternyata hampir sama yaitu ibu hamil yang memiliki anggota rumah tangga lebih dari 4 orang sebesar 52.7% dan yang mempunyai anggota RT 4 orang atau lebih yaitu sebesar 47.3%.

**Tabel 5.16 Distribusi Berdasarkan Jumlah Anggota Rumah Tangga pada Ibu Hamil**

Jumlah Anggota RT	Jumlah	Persentase (%)
<4 orang	48	52.7
≥ 4 orang	43	47.3

### 5.2.11 Gambaran Pengeluaran Bahan Makanan Pada Ibu Hamil Di DKI Jakarta

Pada tabel 5.17, berdasarkan distribusi menurut pengeluaran bahan makanan, ternyata hampir sebagian besar ibu hamil (98.9%) memiliki pengeluaran bahan makanan yaitu sebesar 80% atau kurang dari total pengeluaran, sedangkan ibu hamil dengan pengeluaran lebih dari 80% hanya sebesar 1.1%.

**Tabel 5.17 Distribusi Responden Menurut Presentase Pengeluaran RT**

Jumlah Anggota RT	Jumlah	Persentase (%)
≤ 80%	90	98.9
>80%	1	1.1

### 5.2.12 Gambaran Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Ibu Hamil di DKI Jakarta

Berdasarkan tabel 5.18, ternyata lebih banyak ibu hamil yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yaitu sebesar 69.2% dibandingkan ibu hamil yang memanfaatkan pelayanan kesehatan hanya sebesar 30.8%.

**Tabel 5.18 Distribusi Responden Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Ibu Hamil yang Memanfaatkan Yankes	Jumlah	Persentase (%)
Ya	28	30.8
Tidak	63	69.2

### 5.2.13 Gambaran Konsumsi Energi pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.19, berdasarkan distribusi ibu hamil menurut asupan energi berdasarkan recall 24 jam didapatkan lebih banyak ibu hamil memiliki asupan energi <80% AKG yaitu sebesar 61.5 %, sedangkan ibu hamil yang mempunyai asupan  $\geq 80\%$  AKG hanya sebesar 38.5 %. Konsumsi energi dalam data Riskesdas adalah estimasi dari konsumsi energi di rumah tangga. Pengumpulan data konsumsi makan rumah tangga dimaksudkan untuk memperoleh data prevalensi rumah tangga defisit energi, yang dimaksud dengan rumah tangga defisit energi adalah apabila konsumsi energi rumah tangga rata-rata perkapita kurang dari 2100 kkal.

**Tabel 5.19 Distribusi Responden Menurut Konsumsi Energi**

Konsumsi Energi	Jumlah	Persentase (%)
< 80% AKG	56	61.5
$\geq 80\%$ AKG	35	38.5

**Tabel 5.20 Rekapitulasi Hasil Analisis Univariat**

No.	Variable	Kategori	N	%
<b>Variabel Dependen</b>				
1.	Kurang Energi Kronis (KEK)	1. <23.5 (risiko KEK)	19	20.9
		2. $\geq$ 23.5 (tidak risiko KEK)	72	79.1
<b>Variabel Independen</b>				
2.	Kelompok Umur	1. <20 tahun	3	3.3
		2. $\geq$ 20-35 tahun	79	86.8
		3. > 35 tahun	9	9.9
3.	Aktivitas Fisik	1. ya, apabila melakukan aktivitas fisik sedang	92	89.2
		2. tidak, apabila tidak melakukan aktivitas fisik sedang	11	10.2
4.	Konsumsi Rokok	1. Merokok	2	2.2
		2. Tidak Merokok	89	97.8
5.	Penyakit Infeksi	1. ya, apabila ada Penyakit Infeksi ((ISPA, pneumonia, diare, tuberkulosis)	10	11.0
		2. tidak. Apabila tidak ada Penyakit Infeksi ((ISPA, pneumonia, diare, tuberkulosis)	81	89.0
6.	Pendidikan ibu hamil	1. Tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD (rendah)	20	22.0
		2. Tamat SMP, tamat SMA(menengah)	54	59.0
		3. Akademi/perguruan tinggi (tinggi)		18.7
7.	Pendidikan Kepala Rumah Tangga	1. Tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SD (rendah)	30	33.0
		2. Tamat SMP, tamat SMA (menengah)	48	52.7
		3. Akademi/perguruan tinggi (tinggi)	13	14.3
8.	Pekerjaan Ibu Hamil	1. Bekerja	21	23.1
		2. Tidak Bekerja	70	76.9
9.	Pekerjaan Kepala Rumah Tangga	1. Bekerja	83	91.2
		2. Tidak Bekerja	8	8.8
10	Jumlah Anggota Rumah Tangga	1. < 4 orang	48	52.7
		2. $\geq$ 4 orang	43	53.8
11.	Pengeluaran bahan makanan	1. $\leq$ 80%	90	98.9
		2. >80%	1	1.1
12.	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Yankes) oleh ibu hamil	1.Ya, jika memanfaatkan Yankes	28	30.8
		2. Tidak, Jika tidak memanfaatkan Yankes	63	69.8
13.	Konsumsi Energi	1. <80%	56	61.5
		2. $\geq$ 80%	35	38.5

### 5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen yaitu faktor ibu hamil (umur, aktivitas fisik, konsumsi rokok, penyakit infeksi); faktor sosial ekonomi (pendidikan ibu hamil dan kepala rumah tangga, pekerjaan ibu hamil dan kepala rumah tangga, jumlah anggota keluarga, pengeluaran rumah tangga); pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta faktor konsumsi energi yang dikonsumsi ibu hamil berdasarkan *recall* 24 jam dengan variabel dependennya yaitu resiko KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta berdasarkan analisis data sekunder Riskesdas 2007. Untuk menguji variabel independen dan dependen yang berbentuk katagorik yaitu 2x2 digunakan uji *Chi-Square*, dengan ketentuan yang menyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara variabel independent dan dependen bila hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p < 0.05$ .

#### 5.3.1 Hubungan Umur dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.21 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara umur dengan resiko KEK berdasarkan pengukuran LILA diperoleh ibu hamil yang berisiko KEK lebih banyak terjadi pada kelompok umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu sebesar 33.3% dibanding dengan ibu hamil yang berumur antara 20-35 tahun yaitu 19.0%. Namun demikian berdasarkan uji statistik ternyata tidak ada hubungan antara umur ibu hamil dengan resiko KEK dimana  $p > 0.005$ .

**Tabel 5.21 Distribusi Responden Menurut Umur dan Risiko KEK**

Kelompok umur responden (tahun)	Risiko KEK				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
<20 dan >35 (resiko KEK)	4	33.3	8	66.7	0.266 <sup>ns</sup>
20-35 (tidak resiko KEK)	15	19.0	64	81.0	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.2 Hubungan Aktifitas Fisik dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Berdasarkan tabel 5.22, hasil analisis hubungan antara aktivitas fisik dengan resiko KEK didapatkan persentase ibu hamil yang memiliki risiko KEK hampir sama yaitu ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik berat dan sedang sebesar 21% dan yang tidak melakukan aktivitas fisik berat dan sedang sebesar 20%.. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 1.000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil yang memiliki aktivitas fisiknya rendah dan aktivitas fisiknya sedang.

**Tabel 5.22 Distribusi Responden Menurut Aktivitas Fisik dan Risiko KEK**

Bumil melakukan aktivitas fisik sedang	Risiko KEK				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Ya	17	21.0	64	79.0	1.000 <sup>ns</sup>
Tidak	2	20.0	8	80.0	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.3 Hubungan Merokok dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.23 dapat dilihat bahwa ibu hamil yang beresiko KEK lebih banyak terjadi pada kelompok ibu hamil yang merokok (50%) dibandingkan yang tidak merokok (20.2%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.376$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil merokok dan tidak merokok.

**Tabel 5.23 Distribusi Responden Menurut Konsumsi Merokok dan Risiko KEK**

Kebiasaan Bumil Merokok	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	N	%	n	%	
Ya	1	50.0	1	50.0	0.376 <sup>ns</sup>
Tidak	18	20.2	71	79.8	

Ket : <sup>ns</sup> non significan.

### 5.3.4 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI

#### Jakarta

Berdasarkan tabel 5.24 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara penyakit infeksi dengan risiko KEK berdasarkan LILA, diperoleh bahwa ibu hamil yang mempunyai risiko KEK lebih banyak yaitu 30% dibandingkan ibu hamil yang tidak memiliki penyakit infeksi namun berisiko KEK adalah 19.8%. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.430$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil yang mempunyai penyakit infeksi dan yang tidak mempunyai penyakit infeksi.

**Tabel 5.24 Distribusi Responden Menurut Penyakit Infeksi dan Risiko KEK**

Status Penyakit Infeksi	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	N	%	n	%	
Ya	3	30.0	7	70.0	0.430 <sup>ns</sup>
Tidak	16	19.8	65	80.2	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.5 Hubungan Pendidikan dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Pada tabel 5.25 dapat dilihat bahwa hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu hamil dengan resiko KEK berdasarkan LILA diperoleh bahwa yang berisiko KEK lebih banyak terjadi pada kelompok ibu dengan pendidikan SMA atau kurang (24.4%) dibanding kelompok ibu hamil yang memiliki pendidikan di atas SMA (0%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.063$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil yang berpendidikan dari SMA atau kurang dan ibu hamil yang berpendidikan lebih dari SMA.

**Tabel 5.25 Distribusi Responden Menurut pendidikan Ibu Hamil dan Risiko KEK**

Pendidikan Ibu Hamil	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
≤ SMA	19	24.4	59	75.6	0.063 <sup>ns</sup>
>SMA	0	0	13	100	

Ket : <sup>ns</sup> non signifikan

### 5.3.6 Hubungan antara pendidikan kepala Rumah Tangga (RT) dengan Risiko KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta

Hasil analisis hubungan antara pendidikan kepala rumah tangga dengan resiko KEK berdasarkan LILA didapatkan ibu hamil dengan kepala keluarga yang berpendidikan SMA atau kurang lebih banyak memiliki risiko KEK yaitu 24.4% dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki kepala rumah tangga yang berpendidikan diatas SMA yaitu 0% . Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.063$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara kepala RT yang berpendidikan dari SMA atau kurang dan kepala RT yang berpendidikan lebih dari SMA. Hasil dapat dilihat pada tabel 5.26.

**Tabel 5.26 Distribusi Responden Menurut pendidikan Kepala RT dan Risiko KEK**

Pendidikan RT	Kepala	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
		Risiko KEK		Tidak KEK		
		n	%	n	%	
≤ SMA		19	24.4	59	75.6	0.063 <sup>ns</sup>
>SMA		0	0	13	100	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.7 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Hasil analisis uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota rumah tangga dengan risiko KEK yaitu nilai  $p = 0.315$  ( $p > 0.005$ ). Namun kelompok Ibu hamil yang memiliki anggota rumah tangga kurang dari 4 orang (25.6%) lebih banyak persentasenya untuk risiko KEK dibanding ibu hamil yang memiliki jumlah anggota rumah tangga 4 orang atau lebih sedikit proporsi risiko KEK yaitu 16.7%. Hasil ini dapat dilihat pada tabel 5.27

**Tabel 5.27 Distribusi Responden Menurut Jumlah Anggota RT dan Risiko KEK**

Jumlah Anggota RT	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
≥ 4	8	16.7	40	83.3	0.315 <sup>ns</sup>
<4	11	25.6	32	74.4	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.8 Hubungan Pekerjaan dengan Resiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Dari tabel 5.28 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu hamil dengan resiko KEK berdasarkan LILA, diperoleh ibu hamil yang berisiko KEK lebih banyak terjadi pada kelompok ibu hamil yang tidak bekerja yaitu 22.9% dibanding yang bekerja 14.3%, sedangkan pada hasil uji statistik diperoleh juga nilai  $p = 0.545$  yang artinya tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil yang bekerja dan tidak bekerja.

**Tabel 5.28 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Ibu Hamil dan Risiko KEK**

Status Pekerjaan	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Bekerja	3	14.3	18	85.7	0.315 <sup>ns</sup>
Tidak bekerja	16	22.9	54	77.1	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.9 Hubungan Pekerjaan Kepala Rumah Tangga dengan Resiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Dari tabel 5.29 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara status pekerjaan kepala rumah tangga dengan resiko KEK berdasarkan LILA diperoleh bahwa adanya risiko KEK lebih banyak terjadi pada kepala keluarga yang bekerja yaitu 21.7% dibanding dengan kepala rumah tangga yang tidak bekerja yaitu 12.5%. selain itu hasil uji statistik diperoleh pula nilai  $p = 1.000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara pekerjaan kepala RT yang bekerja dan tidak bekerja di DKI Jakarta.

**Tabel 5.29 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan Kepala RT dan Risiko KEK**

Status Pekerjaan	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Tidak Bekerja	1	12.5	7	87.5	1.000 <sup>ns</sup>
Bekerja	18	21.7	65	78.3	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.10 Hubungan Pengeluaran Bahan Makanan dengan Resiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Hasil penelitian menunjukkan proporsi KEK didapatkan pada kelompok ibu dengan dengan pengeluaran rumah tangga sebesar 80% atau kurang dari total pengeluaran rumah tangga yaitu sebesar 21.1% ibu hamil, namun untuk ibu hamil dengan pengeluaran bahan makanan lebih dari 80% tidak ditemukan adanya risiko KEK yaitu sebesar 0%. Selanjutnya pada hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 1.000$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara pengeluaran bahan makanan 80% dari mean atau kurang dan lebih dari 80% mean. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.30

**Tabel 5.30 Distribusi Responden Menurut Pengeluaran Bahan Makanan dan Risiko KEK**

Pengeluaran Bahan Makanan	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
≤ 80%	19	21.1	71	78.9	1.000 <sup>ns</sup>
>80%	0	0	1	100	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.11 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Resiko KEK pada Ibu Hamil di DKI Jakarta

Dari tabel 5.31 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan resiko KEK berdasarkan LILA diperoleh bahwa ibu hamil yang berisiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan (25.0%) dibanding ibu hamil yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (19.0%). Pada hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.581$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara ibu hamil yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan.

**Tabel 5.31 Distribusi Responden Menurut Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Risiko KEK**

Pemanfaatan Yankes	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Tidak	7	25.0	21	75.0	0.581 <sup>ns</sup>
Ya	12	19.0	51	81.0	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

### 5.3.12 Hubungan Konsumsi Energi dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil di DKI

#### Jakarta

Berdasarkan tabel 5.32 dapat dilihat hasil analisis hubungan antara konsumsi energi dengan risiko KEK berdasarkan LILA diperoleh bahwa ibu hamil yang berisiko KEK lebih banyak pada kelompok ibu yang mengkonsumsi energi kurang dari 80% AKG yaitu 23.2 % dibanding dengan ibu hamil yang mempunyai asupan energi kurang dari 80% AKG tetapi memiliki risiko KEK yaitu 17.1%.

Pada hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0.600$ , maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi kejadian KEK antara konsumsi energi kurang dari 80% AKG dan konsumsi energi 80% AKG atau lebih berdasarkan recall 24 jam. Adapun nilai OR yang didapatkan adalah  $OR = 1.461$  yang artinya ibu hamil yang mempunyai konsumsi energi kurang dari 80% AKG memiliki 1.461 kali risiko KEK dibanding kelompok ibu yang mengkonsumsi energi 80% AKG atau lebih.

**Tabel 5.32 Distribusi Responden Menurut Konsumsi Energi dan Risiko KEK**

Konsumsi Energi	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
	Risiko KEK		Tidak KEK		
	N	%	n	%	
<80% AKG	13	23.2	43	76	0.600 <sup>ns</sup>
≥ 80% AKG	6	17.1	29	82.9	

Ket : <sup>ns</sup> non significant

Tabel 5.33 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

No.	Variabel	Kategori	Risiko KEK Berdasarkan LILA				P Value
			Risiko KEK		Tidak KEK		
			n	%	n	%	
1.	Kelompok Umur	1. < 20 tahun & > 35 tahun 2. ≤ 20-35 tahun	4	33.3	8	66.7	0.266
2.	Aktivitas fisik	1. Ya 2. Tidak	17	21.0	64	79.0	1.000
3.	Kebiasaan Merokok	1. ya 2. tidak	1	50.0	1	50.0	0.376
4.	Penyakit Infeksi	1. ya 2. tidak	3	30.0	7	70.0	0.430
5.	Pendidikan Ibu	1. ≤ SMA 2. > SMA	19	24.4	59	75.6	0.063
6.	Pendidikan Kepala RT	1. ≤ SMA 2. > SMA	19	24.4	59	75.6	0.063
7.	Jumlah Anggota RT	1. ≥ 4 orang 2. < 4 orang	8	16.7	40	83.3	0.315
8.	Pekerjaan Ibu	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	3	14.3	18	85.7	0.315
9.	Pekerjaan Kepala RT	1. Tidak Bekerja 2. Bekerja	1	12.5	7	87.5	1.000
10.	Pengeluaran Bahan Pangan	1. ≤ 80% 2. > 80%	19	21.1	71	78.9	1.000
11.	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	1. Tidak 2. Ya	7	25.0	21	75.0	0.581

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* yang bersifat deskriptif, sehingga hasil yang didapatkan tidak memberikan kesimpulan ada dan tidaknya suatu hubungan sebab akibat. Adapun keterbatasan pada penulisan ini adalah :

1. Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia yang dilakukan oleh Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan . Sehingga data yang diperoleh oleh penulis hanya terbatas pada variabel-variabel yang telah ada pada penelitian tersebut.
2. Pemakaian data sekunder ini, membuat penulis tidak dapat mengontrol kualitas data secara maksimal yang telah didapatkan. Adapun upaya yang dilakukan untuk mempelajari kualitas data ini adalah dengan melihat konsistensi distribusi data serta melakukan pembersihan data.
3. Analisis ini ruang lingkupnya terbatas pada variabel-variabel yang ada pada kerangka konsep, sehingga apabila ada faktor lain yang mungkin berhubungan diabaikan.

Disain data Riskesdas terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh Indonesia, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. Namun dalam pengambilan data Riskesdas ini terdapat keterbatasan antara lain :

1. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan sampel Riskesdas, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten atau kota riskesdas.
2. Adanya sampel yang tidak terjangkau karena ketidaksediaan alat transportasi menuju lokasi yang dimaksud, atau kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar.

3. Adanya anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, namun pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat.

### **6.1.1 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* yaitu rancangan penelitian dimana variabel-variabel yang diteliti, baik variabel independen maupun dependen diambil pada saat bersamaan. Sehingga rancangan ini tidak dapat menentukan hubungan sebab akibat antara variabel independent dan variabel dependen.

### **6.1.2 Teknik Pengambilan Data**

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan. Data Riskesdas ini kemudian dianalisis dan dilakukan *cleaning* apabila ada data yang *missing* atau tidak menjawab variabel yang akan dianalisis pada kerangka konsep. Data sekunder yang didapatkan adalah data Riskesdas khususnya di Provinsi DKI Jakarta, dimana pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan kuesioner. Adapun pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula.

### **6.2 Analisis Univariat**

Dalam melakukan analisis univariat, penelitian ini akan membahas mengenai distribusi frekuensi berdasarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil, dimana analisis data ini menggunakan data sekunder dari Riset Kesehatan Dasar Indonesia.

### 6.2.1 Risiko kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil

Resiko KEK pada ibu hamil dalam penelitian ini adalah 20.9% responden. Hasil penelitian ini lebih tinggi dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hapni (2004) dimana didapatkan ibu hamil yang mengalami resiko KEK adalah 17.1%. namun pada penelitian yang dilakukan Azma (2002) didapatkan resiko KEK yaitu 28.8%

Adanya KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta kemungkinan karena kurangnya konsumsi energi, hal ini terlihat dari asupan energi sehari dengan menggunakan metode recall 24 jam adalah ibu hamil yang mengkonsumsi kurang dari 80% dari AKG adalah sebanyak 61.5%. Namun berdasarkan hasil penelitian ini juga didapatkan banyaknya ibu hamil yang mempunyai penyakit infeksi antara lain ISPA, pneumonia, diare, tuberkulosis yang diderita responden dalam jangka waktu 1 bulan terakhir, dan hasilnya adalah 11.0% ibu hamil memiliki penyakit infeksi.

Dengan demikian konsumsi energi dan penyakit infeksi merupakan dua hal yang dapat mempengaruhi status gizi. Dimana penyebab langsung dari kekurangan gizi menurut bagan WHO-NHCS adalah makan tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya serta asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Adapun hal lainnya adalah didapatkan ibu hamil ternyata memiliki kebiasaan melakukan aktivitas sedang yaitu sebesar 91.0%.

Hal lainnya adalah kemungkinan dipengaruhi oleh kurangnya pendapatan dari kepala rumah tangga hal ini terlihat bahwa ibu yang bekerja ternyata hanya 23.1%, sehingga pendapatan yang didapatkan oleh ibu hamil sebagian besar dari suaminya. Sebagian besar kepala rumah tangga bekerja sebagai pegawai swasta dan wiraswasta atau pedagang. Hal ini terlihat pada persentase yang berprofesi wiraswasta atau pedagang yaitu 27.5% dan pegawai swasta yaitu sebesar 18.7%. Namun apabila dikelompokkan menjadi kelompok kepala rumah tangga yang berkerja dan tidak bekerja, ternyata sebagian besar adalah kepala rumah tangga yang bekerja yaitu 91.2%.

Pendapatan rumah tangga dapat dilihat dari banyaknya pengeluaran rumah tangga. Dari hasil penelitian ini didapatkan pula pengeluaran yang dialokasikan

untuk makanan kurang dari 80% dari total pengeluarannya adalah ada sebanyak 98.9% ibu hamil. Berdasarkan banyaknya ibu hamil yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, diduga menjadi salah satu faktor yang memicu untuk terjadinya KEK. Sebab dari hasil penelitian ini ibu yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah sebesar 69.7%. padahal akses dari tempat ke pelayanan kesehatan tidak begitu jauh, hal ini terlihat dari waktu tempuh ketempat pelayanan kesehatan adalah rata-rata responden menyatakan 74.7% waktu tempuh dari rumah ketempat pelayanan kesehatan hanya 15 menit.

Adapun hal lainnya yang mempengaruhi ibu hamil yang KEK adalah pendidikan ibu hamil, dimana sebagian besar responden adalah ibu hamil memiliki pendidikan menengah (tamat SMP, tamat SMA) yaitu 59.0% dan yang memiliki pendidikan tinggi (Akademi/perguruan tinggi) hanya 18.7%. Sama halnya dengan pendidikan kepala rumah tangga dimana sebagian besar kepala rumah tangga memiliki pendidikan menengah yaitu tamat SMP atau tamat SMA sebanyak 52.7% dan kepala rumah tangga yang memiliki pendidikan tinggi lebih rendah dari persentase pendidikan ibu hamil yaitu 14.3%.

Namun dari hasil penelitian, ternyata ibu hamil di DKI Jakarta berdasarkan data Riskesdas didapatkan rata-rata ibu hamil adalah berusia 20-35 tahun yaitu sebesar 86.8% yang artinya ibu hamil tersebut sudah cukup umur untuk mempunyai anak atau telah siap baik mental maupun fisiknya untuk hamil. Begitupun dengan konsumsi merokok, sebagian besar responden menyatakan tidak merokok pada saat hamil, hal ini terlihat pada persentase ibu hamil yang tidak merokok adalah sebesar 97.8%.

### **6.3 Analisis Bivariat**

Pada analisis bivariat, penelitian ini akan menjelaskan hubungan antara faktor ibu hamil (umur, aktivitas fisik, konsumsi rokok, penyakit infeksi); faktor sosial ekonomi (pendidikan ibu hamil dan kepala rumah tangga, pekerjaan ibu hamil dan kepala rumah tangga, jumlah anggota keluarga, pengeluaran bahan makanan); pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta faktor konsumsi energi yang dikonsumsi ibu hamil berdasarkan *recall* 24 jam dengan variabel dependennya

yaitu resiko KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta terhadap terjadinya KEK di DKI Jakarta berdasarkan analisis data Riskesdas.

### 6.3.1 Hubungan Umur dengan Risiko KEK

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara umur ibu hamil dengan terjadinya KEK pada ibu hamil diperoleh bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun 66.7 % mempunyai resiko KEK dibandingkan ibu hamil yang berumur antara 20 sampai 35 tahun (19%) dan ibu hamil yang berumur lebih dari 35 tahun (22.2%). Hasil analisis bivariat dengan uji *Chi-Square* antara umur ibu hamil dengan resiko KEK diperoleh nilai  $p = 0.136$  ( $p > 0.005$ ) maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan bermakna kejadian KEK antara responden yang berumur 20 tahun, 20-35 tahun dan lebih dari 35 tahun. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Essy (2002) bahwa umur ibu hamil dengan resiko KEK tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan  $p = 0.5749$  namun ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun memiliki peluang berisiko KEK dibandingkan dengan ibu hamil yang berumur 20 tahun keatas.

Penelitian ini berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hapni (2000) yang mengemukakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara usia ibu hamil dengan resiko KEK yaitu dengan  $p = 0.0187$  ( $p < 0.005$ ). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Ichwanuddin (1997) juga menghasilkan uji statistik yang bermakna hubungan antara umur dengan resiko terjadinya KEK pada ibu hamil. Namun sama halnya dengan penelitian yang sebelumnya bahwa usia ibu hamil kurang dari 20 tahun memiliki resiko KEK yang lebih tinggi.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Tuthayati (2006) menunjukkan bahwa ibu hamil dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun cenderung melahirkan bayi dengan berat yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang berusia 20-35 tahun memiliki resiko 1,4 dan 1.8 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dari ibu hamil dengan usia 20-34 tahun. Karena apabila yang usianya terlalu muda meningkatkan secara bermakna resiko persalinan di seluruh dunia. Berdasarkan *world fertilitas survey* yang dilakukan pada akhir tahun 1970-an di 40 negara berkembang memperlihatkan bahwa di Bangladesh, wanita usia 15-19 tahun mempunyai resiko meninggal karena persalinan 2 kali lebih tinggi

dibandingkan dengan wanita berusia 20-24 tahun, dan wanita berusia dibawah 15 tahun akan berusia 5kalinya. Di Afrika, wanita berusia 20-24 tahun, dan wanita berusia berusia di bawah akan 15 tahun berisiko 17 kalinya. Sedangkan di Amerika, wanita yang berusia di bawah 15 tahun mempunyai risiko 3 kali lebih besar dibandingkan dengan wanita berusia 20-24 tahun (Roysten E, Amstrong s : 1994).

### **6.3.2 Hubungan Aktifitas Fisik dengan Risiko KEK**

Hasil analisis hubungan antara aktivitas fisik dengan terjadinya KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta diperoleh bahwa ibu hamil yang memiliki aktivitas fisik sedang (21%) mempunyai resiko KEK dibanding dengan ibu yang tidak beraktivitas sedang. Dari hasil uji statistik dieperoleh nilai  $p=1.000$  ( $p>0.005$ ) artinya tidak ada hubungan bermakna antara aktivitas fisik dengan terjadinya KEK pada ibu hamil di DKI Jakarta.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syahnimar (2004) yang menyatakan bahwa pada hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna. Namun pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi KEK terjadi pada kegiatan rumah tangga yang tidak berat cenderung lebih besar dari pada ibu yang melakukan kegiatan rumah tangganya berat.

Namur penelitian yang dilakukan oleh Essy (2002), berlawanan dengan penelitian di atas dimana diperoleh hubungan yang bermakna antara kegiatan ibu hamil dengan resiko KEK dengan  $p=0.001618$ . Hal ini terjadi karena wanita menjadi lebih mudah lelah ketika mereka hamil dan seharusnya sebisa mungkin mengurangi aktifitas fisik. Namun banyak wanita masih melakukan pekerjaan yang sama ketika hamil dan menyusui. Semua itu belum diketahui secara pasti pengaruhnya, tetapi jika wanita kekurangan asupan makan, bekerja berat akan membuat mereka semakin kurang gizi. (King, 1995). Sedangkan menurut Spurr (1978) selain ibu yang asupan energinya kurang dan berat badan yang rendah orang yang melakukan aktivitas fisik berat juga berhubungan terjadinya kurang energi kronis .

Hal ini terjadi pada pada para wanita hamil di Ethiopia yang melakukan pekerjaan berat mempunyai resiko untuk melahirkan berat badan lahir rendah

dibandingkan dengan ibu hamil yang melakukan pekerjaan yang lebih ringan. Masukan energi yang lebih rendah dan aktivitas fisik yang lebih berat pada wanita hamil di Ethiopia merupakan faktor yang dapat mempengaruhi outcome kehamilan (Tafari *et al*, 1980 dalam Semba *et al* 2001).

### **6.3.3 Hubungan Konsumsi Rokok dengan Risiko KEK**

Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai  $p > 0.005$  maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara konsumsi rokok dengan terjadinya KEK pada ibu hamil. Namun dengan uji statistik ini didapatkan 50% ibu hamil yang merokok memiliki risiko KEK.

Namun pada penelitian yang dilakukan oleh Mc Gerry dan Andrew (1972) dalam Semba *et al* (2001) bahwa tidak ada hubungan antara merokok dengan berat badan bayi yang dilahirkan, namun ibu yang merokok mempunyai risiko yang lebih besar dari pada ibu yang tidak merokok. Penelitian ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Frery *et al* (1992) bahwa ada hubungan yang bermakna antara rokok dengan berat badan lahir yang rendah. Sebuah penelitian dengan populasi 26.000 ibu hamil di Finlandia ditemukan ibu yang berhenti merokok di awal kehamilan akan mengurangi risiko berat badan lahir rendah dan kematian perinatal (Raatikainen 2007 dikutip oleh oleh American Dietetic Association (2008) .

Merokok selama kehamilan berbahaya dan dapat membuat keguguran secara tiba-tiba, bayi yang dilahirkan prematur, BBLR bahkan kematian pada bayi. Karena dalam rokok terdapat nikotin dan karbon monoksida yang dapat mempengaruhi berat badan lahir bayi. Merokok juga dapat mengubah status gizi perempuan yang sedang hamil dan janin yang dikandungnya dan mendorong menuju kehamilan yang tidak sehat. Hal ini terjadi karena dengan merokok memungkinkan ibu akan lebih sedikit untuk mengkonsumsi makanan yang lebih banyak. Adapun hal lainnya adalah merokok dapat mengurangi penyerapan zat gizi dalam usus dan meningkatkan utilitas dari nutrient. (Brown, 2005)

#### 6.3. 4 Hubungan Penyakit Infeksi dengan Risiko KEK

Pada variabel antara penyakit infeksi dengan terjadinya KEK pada ibu hamil menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna dengan  $p=0.430$  ( $p>0.005$ ). Namun ibu hamil yang mempunyai penyakit infeksi yang memiliki risiko KEK pada penelitian didapatkan 30% dan ibu hamil yang dengan status penyakit infeksi memiliki resiko KEK. Pada analisis tabulasi silang lebih lanjut antara variabel penyakit infeksi dan konsumsi energi didapatkan 80.0% ibu hamil yang memiliki penyakit infeksi ternyata mempunyai konsumsi energi kurang dari 80% AKG. Sehingga kedua hal tersebut dapat mempengaruhi keadaan ibu hamil dengan risiko KEK.

Pada keadaan kurang gizi sering dihubungkan dengan infeksi. Gangguan gizi dan infeksi sering bekerja sinergis dan bila bekerja bersama-sama akan memberikan prognosa yang lebih buruk dibandingkan bila dengan bila kedua factor terjadi masing-masing bekerja sendiri (Suskind *et al* dalam Kardjati, 1985)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Purnadhibarata, dkk (2005), dikemukakan pula ibu hamil yang memiliki penyakit infeksi selama kehamilannya dapat berpengaruh terhadap bayi yang akan dilahirkan. dan dapat berakibat BBLR bahkan dapat mengakibatkan kematian bayi . Dari 1547 sampel yang diteliti didapatkan ibu hamil yang memiliki penyakit infeksi yang melahirkan bayi BBLR lebih banyak dari pada ibu yang tidak mempunyai penyakit infeksi dan melahirkan anaknya non BBLR.

Hal lainnya yang dapat mempengaruhi ibu mempunyai penyakit infeksi adalah sikap dan perilaku ibu terhadap kesehatan. Dari hasil tabulasi silang antara pendidikan ibu hamil dengan penyakit infeksi didapatkan ternyata ibu yang memiliki penyakit infeksi lebih banyak terjadi pada ibu dengan pendidikan SMA atau kurang yaitu sebesar 11.5% dibanding dengan ibu yang berpendidikan lebih dari SMA hanya 7.7%.

Lebih lanjut Atmarita dan Falah (2004) menyatakan bahwa perubahan sikap dan perilaku sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Dengan pendidikan yang lebih tinggi maka akan lebih mudah untuk menyerap informasi dengan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup, khususnya dalam hal kesehatan.

### 6.3.5 Hubungan Pendidikan Ibu Hamil dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu hamil yang mempunyai resiko KEK yaitu 24.4 % ibu hamil yang mempunyai pendidikan SMA atau kurang dan tidak sedangkan Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0.063$  maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan proporsi risiko KEK antara ibu hamil yang berpendidikan dari SMA atau kurang dan ibu hamil yang berpendidikan lebih dari SMA.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hapni (2003) serta penelitian Essy (2002), mereka mengemukakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan terjadinya KEK pada ibu hamil. Namun pada kedua penelitian ini terdapat pula hasil bahwa ibu hamil yang memiliki pendidikan tamat SD kebawah memiliki peluang yang lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang berpendidikan tamat SMP keatas.

Hal tersebut terjadi karena ibu yang memiliki pendidikan lebih tinggi lebih sering terpapar dengan informasi serta memiliki sosial ekonomi yang lebih baik dari pada ibu yang memiliki pendidikan rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Semba (2001) didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan terhadap outcome kehamilan. Namun pada wanita yang berpendidikan lebih tinggi dapat meningkatkan kesehatan anak-anak serta dapat mempengaruhi kesehatan maternal.

Hal ini sejalan dengan chandra (2006) dalam Fauzi Arasj (1999) yang mengungkapkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan formal yang berhasil ditempuh seseorang atau masyarakat, secara tidak langsung akan dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Hal ini disebabkan karena semakin tinggi tingkat kemakmuran masyarakat dan adanya sarana yang membaik, serta meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat.

Lebih lanjut penelitian Horisson yang dikutip Samba *et al* (2001) menemukan tingkat pendidikan berhubungan dengan angka kematian maternal, dimana hal tersebut terjadi pada wanita yang tidak berpendidikan. Hal ini tidak dapat dikesampingkan karena kematian maternal terjadi pada keluarga yang

mempunyai pendapatan rendah, dan ini terjadi pada orang yang mengalami buta huruf.

Ibu yang mengalami buta huruf mungkin tidak dapat mendapatkan informasi mengenai kesehatan yang lebih banyak, karena mereka tidak dapat membaca dari buku atau media cetak yang biasa membahas mengenai kesehatan. Satu-satunya informasi yang mereka dapatkan adalah dengan menonton berita di televisi, mendengar di radio atau media elektronik lainnya. Namun pada ibu hamil dengan sosial ekonomi rendah yang tidak mempunyai alat elektronik seperti televisi ataupun radio, menyebabkan ibu hamil tidak dapat mendapatkan informasi kesehatan baik dari berita, iklan, ataupun acara lain yang berhubungan dengan kesehatan.

### **6.3.6 Hubungan Pendidikan Kepala Rumah Tangga dengan Risiko KEK**

Pendidikan merupakan hal yang penting dalam menentukan sosial ekonomi seseorang, karena tinggi rendahnya pendidikan akan menentukan besar kecilnya penghasilan seseorang. Pendapatan kepala rumah tangga akan menentukan berapa besar pengeluaran rumah tangga yang dialokasikan untuk makanan maupun hal lain yang berhubungan dengan tercapainya kehidupan yang sejahtera. Pada variabel antara pendidikan kepala rumah tangga dengan terjadinya KEK pada ibu hamil menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan kepala rumah tangga dengan terjadinya KEK yaitu dengan nilai  $p=0.063$ .

Hasil penelitian ini sejalan dengan Ichwanuddin (1997) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan suami dengan terjadinya KEK pada ibu hamil. Namun pada penelitian ini didapatkan ibu hamil yang cenderung KEK meningkat pada pada suami dengan tingkat pendidikan yang rendah. Hal ini terjadi karena pendidikan suami akan mempengaruhi perilaku terhadap istrinya yang sedang hamil.

Lebih lanjut menurut Almarita dan Fallah (2004) menyatakan bahwa perubahan sikap dan perilaku sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang lebih tinggi makan akan mudah dalam menyerap informasi dengan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya sehat, khususnya dalam hal

kesehatan dan gizi. Dalam hal ini adalah seharusnya suami memberi dukungan kepada istrinya yang sedang hamil seperti memberikan masukan makanan yang bergizi, mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik serta hal lain yang dapat mendukung ibu hamil yang sehat.

### **6.3.7 Hubungan Jumlah Anggota Rumah Tangga dengan Risiko KEK**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi ibu hamil yang mengalami risiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu yang memiliki jumlah anggota rumah tangga kurang dari 4 yaitu 25.6% ibu hamil. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0.315$  ( $p>0.005$ ) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan terjadinya risiko KEK pada ibu hamil. Dari hasil analisis tabulasi silang antara status pekerjaan ibu dengan jumlah anggota keluarga didapatkan bahwa pada ibu yang bekerja ternyata 57.1% memiliki anggota rumah tangga lebih dari 4. Selain itu status pekerjaan kepala rumah tangga juga mempengaruhi banyaknya anggota dalam rumah tangga, hal ini terlihat dari hasil tabulasi silang didapatkan 75% ibu hamil memiliki anggota rumah tangga lebih dari 4 dan ibu dengan pendidikan kepala rumah tangganya SMA atau kurang sebanyak 55.0% memiliki anggota rumah tangga lebih dari 4.

Hal tersebut terjadi karena apabila jumlah anggota bertambah, makanan yang disediakan juga harus bertambah baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya. Jika pangan yang disediakan bertambah baik kualitas maupun kuantitasnya dapat menyebabkan tingkat konsumsi pangan dalam keluarga rendah (Harper, Deaton driskel, (1986) dalam Kamarullah (2001). Pada pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa apabila ibu hamil yang memiliki jumlah anggota keluarganya lebih banyak, maka kemungkinan konsumsi zat gizinya akan berkurang dan pada akhirnya ibu hamil tersebut dapat mengalami kekurangan gizi pada saat hamil.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Essy (2002) yang mengemukakan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan risiko terjadinya KEK pada ibu hamil. Namun ibu hamil dengan jumlah anggota rumah tangga lebih dari 4 orang memiliki

peluang yang lebih banyak untuk mengamali KEK. Dari hasil penelitian tersebut diadaptkan ibu hamil yang berisiko KEK dengan jumlah anggota rumah tangga lebih dari 4 orang yaitu 23.9%.

Adapun penelitian lain yang menyatakan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan terjadinya KEK pada ibu hamil adalah penelitian yang dilakukan oleh Ichwanuddin (1997). Sama halnya dengan penelitian di atas bahwa pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa risiko KEK pada ibu hamil dengan jumlah anggota rumah tangga lebih dari 4 lebih rendah dibandingkan ibu hamil yang memiliki jumlah anggota rumah tangga 2-4 orang. Namun pada penelitian Berg (1986) menyatakan bahwa hasil survey di India menunjukkan persediaan protein untuk anak dalam keluarga dengan satu atau dua saudara kandungnya akan lebih tinggi 22% dibandingkan dengan 4 atau 5 saudara kandung

Adapun hal lain yang mempengaruhi banyaknya keluarga adalah pendidikan, menurut Khomsan dan Kusharto (2004) mengungkapkan bahwa wanita yang berpendidikan rendah biasanya mempunyai anak yang lebih banyak dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi. Mereka yang berpendidikan rendah umumnya tidak dapat memahami dampak negatif dari mempunyai banyak anak untuk mengalami gangguan kesehatan dan menyebabkan angka kematian anak dan ibu yang tinggi.

Sehingga dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki anggota keluarganya banyak maka ibu harus membagi makanan yang dimasak untuk keluarganya. Apabila pendapatan rumah tangganya kurang maka akan berpengaruh terhadap banyaknya konsumsi makanan terutama pada ibu hamil. Dalam hal ini seharusnya keluarga memperhatikan asupan zat gizi ibu hamil agar ibu tidak mengalami KEK dan janin yang dikandungnya dapat tumbuh sehat dan melahirkan dengan berat badan normal.

### **6.3.8 Hubungan Pekerjaan Ibu Hamil dengan Risiko KEK**

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu hamil dengan terjadinya risiko KEK diperoleh bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna. Namun proporsi ibu hamil yang mengalami risiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu

hamil yang tidak bekerja (22.9%). Hal tersebut berbeda dengan pernyataan yang dikemukakan oleh Bendich (1993) dikutip Shaw (2003) bahwa aktivitas bekerja pada wanita hamil memperlihatkan efek tidak langsung dimana dapat mempengaruhi status gizi, dengan bekerja mungkin dapat mempengaruhi banyaknya asupan makanan, karena adanya pengurangan waktu pada ibu yang bekerja untuk belanja dan memasak.

Sejalan dengan penelitian ini, pada penelitian Azma (2003) menyatakan bahwa tidak adanya hubungan bermakna antara pekerjaan ibu hamil dengan terjadinya resiko KEK. Namun pada penelitian tersebut didapatkan bahwa ibu hamil yang mengalami resiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang bekerja yaitu 34.1%.

### **6.3.9 Hubungan Pekerjaan Kepala Rumah Tangga dengan Risiko KEK**

Pekerjaan kepala rumah tangga akan menentukan berapa besar pendapatannya dan berpengaruh terhadap daya beli keluarga untuk membeli keperluan rumah tangga baik untuk bahan makanan maupun bukan makanan. Hasil penelitian menunjukkan didapatkan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna, selain itu proporsi ibu hamil yang mengalami resiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang memiliki kepala rumah tangga yang bekerja dibandingkan ibu hamil yang memiliki kepala rumah tangga yang tidak bekerja.

Sejalan dengan penelitian ini Syahnimar (2005) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara pekerjaan kepala keluarga dengan resiko KEK, namun pada penelitian ini didapatkan bahwa proporsi resiko KEK cenderung lebih tinggi terjadi pada kepala keluarga yang berprofesi sebagai petani/nelayan/buruh dibandingkan dengan kepala keluarga yang berprofesi bukan dari petani/nelayan/buruh. Hal ini terjadi karena profesi pekerjaan akan menentukan berapa besar pendapatan yang akan didapatkan oleh setiap rumah tangga, selain itu berpengaruh terhadap berapa banyaknya asupan zat gizi yang biasa dikonsumsi oleh keluarga terutama ibu hamil yang seharusnya lebih banyak dari kebutuhan biasanya.

Lebih lanjut penelitian yang dilakukan oleh Amirullah (2006) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang nyata antara tingkat pendapatan

dengan risiko KEK pada ibu hamil ( $p < 0.01$ ) artinya semakin tinggi tingkat pendapatan, maka ada kecenderungan meningkatkan status gizi. Ibu hamil yang berasal dari sosial ekonomi yang lebih baik kecil kemungkinannya untuk berisiko KEK dibandingkan dengan ibu hamil yang dari status sosial ekonominya rendah.

### **6.3.10 Hubungan Pengeluaran Bahan Makanan dengan Risiko KEK**

Hasil analisis hubungan antara pengeluaran bahan makanan dengan terjadinya KEK pada ibu hamil didapatkan tidak memiliki hubungan yang bermakna. Proporsi ibu hamil yang memiliki risiko KEK lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang memiliki pengeluaran rumah tangganya lebih dari 80% dari mean pengeluaran bahan pangan seluruh responden.

Sejalan dengan penelitian ini, penelitian yang dilakukan oleh Hapni (2004) menyatakan bahwa tidak adanya hubungan bermakna antara pengeluaran bahan makanan dengan terjadinya risiko KEK pada ibu hamil. Namun ibu hamil dengan pengeluaran pangan kurang dari 80% mengalami risiko KEK yang lebih tinggi yaitu sebesar 21.1%.

Berlawanan dengan penelitian diatas, penelitian yang dilakukan oleh Azma (2003) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengeluaran bahan makanan dengan terjadinya KEK pada ibu hamil dengan nilai  $p = 0.023$  ( $p < 0.05$ ).

Pengeluaran bahan pangan ini dapat mempengaruhi banyaknya asupan gizi yang dikonsumsi ibu hamil. Apabila rumah tangga yang memiliki pengeluaran pangan yang rendah dapat diperkirakan ibu hamil tersebut mengalami kurang pangan atau kurang gizi. Menurut Sumarno (2005) hubungan antara kurang pangan dengan kegagalan kehamilan termasuk kelahiran bayi BBLR terjadi pada masa perang dunia I di Eropa. namun ibu-ibu yang menderita kekurangan energi dan protein yang ringan masih mampu melahirkan bayi sehat dan normal. Sampai saat ini yang belum diketahui adalah pada tingkat berapa kekurangan energi dan protein yang dapat berakibat pada kelahiran bayi yang BBLR. Dicurigai bahwa BBLR lebih banyak terjadi pada penderita KEK.

### 6.3.11 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dengan Risiko KEK

Ibu yang memeriksakan kehamilannya mempunyai kesempatan memperoleh penyuluhan kesehatan khususnya yang menyangkut pemeliharaan kesehatan ibu selama hamil seperti penyuluhan gizi, kesehatan pribadi dan lain-lain. Dengan diperolehnya informasi tersebut diharapkan kesadaran ibu akan pentingnya kesehatan ibu akan meningkat (Depkes, 1994).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh ibu hamil dengan terjadinya KEK yaitu nilai  $p=0.581$  ( $p>0.005$ ). Dari hasil analisis ini didapatkan pula bahwa ibu hamil yang memanfaatkan pelayanan kesehatan hanya sedikit yaitu 25%. Pemanfaatan pelayanan kesehatan ini di terdapat Posyandu dan Poskesdas yang biasanya terdapat petugas kesehatan yang membantu ibu hamil untuk memeriksakan kesehatan terutama kondisi kehamilannya. Dalam pelayanan kesehatan biasanya diselingi juga dengan penyuluhan berupa pengetahuan agar ibu hamil selalu sehat dalam menjalani kehamilannya serta anak yang dilahirkan agar sehat dan tentunya melahirkan dengan berat badan normal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Essy (2002) yaitu hubungan antara ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya dengan terjadinya risiko KEK secara statistik tidak bermakna ( $p=0.384$ ), namun ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya mengalami risiko KEK sebesar 33.3%.

Selain itu penelitian Ichawuddin (1997) menyatakan bahwa walaupun tidak terdapat hubungan bermakna antara frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan risiko terjadinya KEK, namun dari hasil analisis penelitiannya didapatkan semakin tinggi frekuensi pemeriksaan kehamilannya yaitu lebih dari 8 kali selama kehamilannya, maka proporsi risiko terjadinya KEK akan semakin rendah yaitu 8.3%. Namun pada penelitian Ichawuddin juga diperoleh bahwa ada hubungan yang bermakna antara frekuensi kehamilan dengan berat lahir bayi. Berat lahir bayi dengan frekuensi periksa kehamilan 5-8 kali ternyata lebih rendah dari berat lahir bayi dengan frekuensi periksa kehamilan 14 kali.

Hal yang mempengaruhi seseorang untuk memeriksakan kesehatannya adalah pendidikan, karena tingkat pendidikan mempengaruhi kesadaran akan

pentingnya arti kesehatan bagi diri sendiri dan lingkungan yang dapat mempengaruhi atau mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan (Mulyana, 1998 dalam Buana 2004). Sehingga dapat disimpulkan bahwa orang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi akan memanfaatkan pelayanan yang lebih canggih. Namun pada hasil tabulasi silang antara pendidikan ibu dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan didapatkan ibu yang memanfaatkan kesehatan persentasenya sama antara kelompok ibu yang berpendidikan SMA atau kurang (30.8%) dengan ibu hamil yang berpendidikan lebih dari SMA (30.8)

Pemeriksaan kehamilan diperlukan untuk mengetahui faktor resiko selama kehamilan. Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan janinnya oleh tenaga kesehatan profesional. Menurut Forste (1994) dalam Wibowo dan Basuki (2006) perawatan kehamilan dapat menurunkan risiko kematian bayi dalam dua tahun pertama. Perawatan kehamilan oleh dokter akan menurunkan 1.2 kali risiko kematian bayi dibandingkan dengan yang tidak pernah melakukan perawatan antenatal.

### **6.3.12 Hubungan Konsumsi Energi dengan Risiko KEK pada Ibu Hamil**

Saat perempuan hamil sering terjadi adanya kekurangan gizi, hal ini terjadi karena asupan zat gizi yang dikonsumsi setiap harinya sering tidak mencukupi untuk proses pertumbuhan janin serta mendukung status gizi ibu hamil yang sehat. Pada masa kehamilan merupakan salah satu masa yang rawan bagi perempuan. Salah satu upaya agar ibu hamil mencukupi adanya kekurangan zat gizi yang mungkin akan dialami pada saat kehamilan adalah dengan mengkonsumsi lebih banyak makanan yang bergizi tinggi.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara konsumsi energi ibu hamil dengan terjadinya resiko KEK di DKI Jakarta berdasarkan data Riskesdas diperoleh tidak ada hubungan bermakna yaitu  $p=0.600$ . Namun proporsi ibu hamil yang memiliki resiko KEK lebih banyak terjadi dengan konsumsi energi kurang dari 80% AKG yaitu 23.2% ibu hamil. Pada hasil tabulasi silang antara konsumsi energi dengan pendidikan ibu, ternyata didapatkan 91.1% ibu dengan pendidikan SMA atau kurang mempunyai asupan energi kurang dari 80% AKG. Sedangkan 62.9% ibu hamil yang tidak bekerja ternyata mengkonsumsi energi kurang dari

80% AKG. Hal ini mungkin terjadi karena ibu melakukan aktivitas yang terlalu banyak, pada analisis ini didapatkan bahwa ibu yang mengkonsumsi energi kurang dari 80% AKG terjadi pada ibu biasa melakukan aktivitas sedang yaitu sebesar 63.7%.

Pada wanita hamil terjadi peningkatan kebutuhan zat gizi, karena pada masa kehamilan metabolisme tubuh menjadi meningkat. Sehingga konsumsi zat gizi ibu sangat berpengaruh terhadap status gizi ibu hamil dan kondisi anak yang akan dilahirkannya. Dalam hal ini terkait dengan kondisi bayi yang BBLR. Menurut Hardinsyah dan Martianto (1992) konsumsi pangan sebelum kehamilan dan selama hamil berpengaruh terhadap kesehatan ibu hamil. Umumnya ibu yang cukup konsumsi pangan dan gizi, kurang mengalami masalah yang berarti selama kehamilan. Lebih lanjut menurut Suhardjo konsumsi pangan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi. Sedangkan menurut Krumel dan Etherton (1998) dalam kamarullah (2001) timbulnya risiko KEK ibu hamil disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein serta zat gizi lainnya selama hamil.

Di jelaskan lagi oleh Lubis (2003) bahwa kehamilan dapat menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, pertambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu. Sehingga kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna.

Lebih lanjut penelitian yang dilakukan oleh Syahnimar (2005) menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara frekuensi makan sumber energi dengan risiko KEK, selain itu wanita yang mempunyai frekuensi makan sumber energi kurang berpeluang untuk mengalami risiko KEK sebanyak 3,2 kali dibanding wanita dengan frekuensi makan sumber energi cukup.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh Wardlaw (1999) menyatakan bahwa ada hubungan yang besar antara asupan nutrisi dengan kehamilan, asupan gizi dan status gizi sebelum hamil juga mempengaruhi outcome kehamilan yang sehat. Selain itu sosial ekonomi juga mempengaruhi banyaknya asupan gizi yang dikonsumsi.

Status gizi sebelum kehamilan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan kehamilan dan adanya resiko dalam cacat kelahiran. Para ibu hamil harus memperhatikan asupan makan dan gaya hidup yang dapat berdampak pada *outcome* kehamilan yaitu berat badan lahir. Hal ini dipengaruhi oleh penambahan berat badan. (Turner, 2006).

