

BAB 5

HASIL

5.1. Gambaran Umum

5.1.1. Gambaran Umum Puskesmas Jembatan Serong

5.1.1.1.Keadaan Geografis

Puskesmas Jembatan Serong merupakan bagian wilayah dari kota Depok yang terletak di Kecamatan Pancoran Mas. Wilayah kerja Puskesmas Jembatan Serong meliputi 4 (empat) kelurahan yaitu, Kelurahan Cipayung, Kelurahan Cipayung Jaya, Kelurahan Bojong Pondok Terong dan Kelurahan Pondok Jaya.

Batas-batas wilayah Jembatan Serong

- Sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Ratu Jaya, Rawa Denok dan Pancoran Mas
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kec.Bojong Gede dan Desa Pabuaran
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kel.Kalimulya, Desa Rawa Panjang dan Kel.Ratu Jaya.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Raga Jaya dan Kel.Pasir Putih

Letak Geografis Puskesmas Jembatan Serong di Jalan Pekapuran nomor 36. Berdiri di atas tanah seluas 800 m² dengan luas bangunan 300 m² berada pada ketinggian 75 meter dari permukaan air laut. Puskesmas termasuk dalam wilayah Kecamatan Pancoran Mas dan terletak di sebelah selatan Kota Depok. Lokasi Puskesmas dekat dengan pemukiman penduduk, mudah dijangkau baik dengan kendaraan roda empat ataupun roda dua, dan berada di pinggir jalan.

Gedung Puskesmas didirikan pada tahun 1987, kemudian diperbaharui pada tahun 1990 (ada penambahan 3 ruang kamar dan 1 kamar mandi). Kemudian mengalami pembaharuan kembali tahun 1998 dan tahun 2000 (penambahan 1 kamar, ruang tunggu, dak depan dan lantai menggunakan keramik).

Luas wilayah kerja Puskesmas Jembatan Serong adalah 8356 km² dan memiliki jumlah penduduk 60.938 jiwa yang meliputi empat kelurahan yaitu Cipayung, Cipayung Jaya, Bojong Pondok Terong dan Pondok Jaya. Jarak Kelurahan terjauh adalah Pondok Jaya yaitu 5 km dan terdekat adalah Cipayung dengan jarak 0.3 km.

Kondisi jalan pada jalan utama sudah beraspal, namun jalan – jalan yang menuju posyandu masih berbatu dan tanah (tidak rata) (Pusk Jemb.Serong, 2007).

5.1.1.2. Kependudukan

Jumlah penduduk di 4 kelurahan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Serong pada tahun 2007 adalah 60.938 jiwa, dengan jumlah rumah tangga sekitar 16.262 rumah tangga dan kepadatan penduduk 71 per km². Jumlah penduduk terbanyak berada pada Kelurahan Cipayung (17.501 jiwa), namun kepadatan penduduk tertinggi berada pada Kelurahan Pondok Jaya (94/km²). Data Jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada lampiran (Pusk. Jemb.Serong).

5.1.1.3. Pendidikan

Jumlah penduduk laki-laki yang tidak pernah sekolah dan tidak/belum tamat SD (7.064 orang) lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan yang

tidak pernah sekolah dan tidak/belum tamat SD (6.105 orang). Pendidikan tertinggi yang berhasil ditamatkan terbanyak pada tingkat SLTP pada laki-laki (13.239 orang) dan tingkat SD/MI pada perempuan (7.344 orang). Data jumlah penduduk berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada lampiran (Pusk Jemb.Serong).

5.1.1.4. Sepuluh Penyakit Terbanyak

Berdasarkan 10 penyakit terbanyak hasil kunjungan pasien ke puskesmas, jenis penyakit terbanyak pertama sampai dengan kelima, yang diderita penduduk yang ada di wilayah Puskesmas Jembatan Serong berdasarkan kunjungan ke puskesmas pada tahun 2006 berturut-turut adalah ISPA, Nasofaringitis Akut, Faringitis Akut, Diare dan Gangguan lain pada kulit & jaringan (Pusk Jemb.Serong).

5.2. Hasil Univariat

5.2.1. Ibu Hamil Berisiko KEK

Pada penelitian ini, dari 220 sampel hasil analisis, LiLA ibu hamil berada pada 20,0 cm sampai 37,0 cm dengan LiLA rata-rata 26,26 cm, median 25,65 cm dan standar deviasi 3,2 cm. Terdapat 48 ibu hamil (21,8 %) dengan LiLA < 23,5 cm dan 172 ibu hamil (78,2 %) dengan LiLA \geq 23,5 cm. Ibu hamil dengan LiLA < 23,5 cm mempunyai kecenderungan untuk mengalami risiko Kurang Energi Kronis (KEK), sedangkan ibu hamil dengan LiLA \geq 23,5 cm dianggap normal atau tidak mempunyai risiko KEK. Distribusi ibu hamil berisiko KEK dapat dilihat pada tabel 5.2.1.

Tabel 5.2.1.
Distribusi Frekuensi Ibu Hamil Berisiko KEK Berdasarkan LiLA
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	LiLA	n	%
1	< 23.5 cm	48	21.8
2	≥ 23.5 cm	172	78.2
Total		220	100.0

5.2.2. Faktor Sosial Ekonomi

5.2.2.1. Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan ibu hamil, pendidikan terakhir yang berhasil ditamatkan oleh ibu hamil yang terbanyak adalah tamat SLTA sebanyak 82 orang (37,3 %) dan pendidikan terakhir yang berhasil ditamatkan oleh ibu hamil yang paling sedikit adalah tamat > S1 sebanyak 2 orang (0,9 %). Namun ada juga ibu hamil yang tidak tamat SD sebanyak 6 orang (2,7 %). Hal ini dapat di lihat pada tabel 5.2.2.1.

Tabel 5.2.2.1.
Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Tingkat Pendidikan	n	%
1	Tidak Tamat SD	6	2.7
2	Tamat SD	53	24.1
3	Tamat SLTP	65	29.5
4	Tamat SLTA	82	37.3
5	Tamat Diploma	12	5.5
6	Tamat > S1	2	0.9
Total		220	100.0

5.2.2.2. Status Pekerjaan

Status pekerjaan ibu hamil dikelompokkan menjadi 2 yaitu tidak bekerja (ibu

rumah tangga) dan bekerja (pegawai swasta, wiraswasta, dan buruh). Dari 220 responden, jumlah ibu hamil yang tidak bekerja lebih banyak (81,8 %) dibandingkan dengan ibu hamil yang bekerja. Data mengenai status pekerjaan ibu hamil dapat dilihat pada tabel 5.2.2.2.

Tabel 5.2.2.2.
Distribusi Frekuensi Status Pekerjaan Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Status Pekerjaan	n	%
1	Tidak Bekerja	180	81.8
2	Bekerja	40	18.2
Total		220	100.0

5.2.2.3. Pengeluaran Pangan Keluarga

Pengeluaran pangan keluarga mencerminkan tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga tersebut. Semakin tinggi pengeluaran pangan keluarga maka semakin rendah tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga tersebut (BPS, 2005).

Pada penelitian ini, dari 220 sampel hasil analisis, pengeluaran pangan keluarga ibu hamil berada pada Rp.90.000,- sampai Rp.2.850.000,- dengan rata-rata Rp.709.015,-, median Rp. 600.000,- dan standar deviasi Rp. 446.509,-. Sedangkan untuk total pengeluaran keluarga ibu hamil berada pada Rp.200.000,- sampai Rp.9.802.500,- dengan rata-rata Rp.1.384.762,-, median Rp. 1.070.000,- dan standar deviasi Rp. 1.039.578,-.

Untuk persen pengeluaran pangan keluarga ibu hamil berada pada 15 % sampai 89 % dengan rata-rata 54,01 %, median 52,26 % dan standar deviasi 15,29 %. Jumlah keluarga ibu hamil yang mempunyai pengeluaran pangan \leq 54 % dari total pengeluaran lebih banyak yaitu 119 orang (54,1 %) dibandingkan dengan

jumlah keluarga ibu hamil yang mempunyai pengeluaran pangan > 54 % dari total pengeluaran. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.2.2.3.

Tabel 5.2.2.3.
Distribusi Frekuensi Pengeluaran Pangan Keluarga Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Pengeluaran Pangan	n	%
1	> 54 % dari Total Pengeluaran	101	45.9
2	≤ 54 % dari Total Pengeluaran	119	54.1
Total		220	100.0

5.2.3. Faktor Makanan

5.2.3.1. Konsumsi Energi

Pada penelitian ini, dari 220 sampel hasil analisis, konsumsi energi ibu hamil berada pada 473,20 kalori sampai 4334 kalori dengan rata-rata 1691,19 kalori, median 1598,9 kalori dan standar deviasi 628,13 kalori. Berdasarkan tabel 5.2.3.1., konsumsi energi ibu hamil dikelompokkan menjadi 2 yaitu < 100 % AKG dan ≥ 100 % AKG . Dari hasil analisis , dari 220 sampel , konsumsi energi ibu hamil berada pada 15 % sampai 262 % dengan rata-rata 79 % , median 75,41 % dan standar deviasi 31,7 %. Ibu hamil yang mengkonsumsi energi < 100 % AKG lebih banyak (82,7 %) dibandingkan ibu hamil yang mengkonsumsi energi ≥ 100 % AKG (17,3 %).

Tabel 5.2.3.1.
Distribusi Frekuensi Konsumsi Energi Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Konsumsi Energi	n	%
1	< 100 % AKG	182	82.7
2	≥ 100 % AKG	38	17.3
Total		220	100.0

5.2.3.2. Kontribusi Protein, Lemak dan Karbohidrat Terhadap Total Energi

5.2.3.2.1. Kontribusi Protein

Pada penelitian ini, dari 220 sampel hasil analisis, konsumsi protein ibu hamil berada pada 11,7 gram sampai 153,6 gram dengan rata-rata 55,48 gram, median 50,45 gram dan standar deviasi 23,49 gram. Berdasarkan Pedoman Umum Gizi Seimbang, kontribusi energi yang berasal dari protein pada makanan yang dikonsumsi ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu < 10 % AKE, 10 – 15 % AKE dan > 15 % AKE. Berdasarkan tabel 5.2.3.2.1. dari 220 ibu hamil yang menjadi responden, kontribusi protein terhadap total energi ibu hamil berada pada 5,75 % sampai 22 % dengan rata-rata 13,16 %, median 13,22 % dan standar deviasi 3,1 %. Didapatkan bahwa paling banyak ibu hamil yang mengkonsumsi protein 10 – 15 % AKE yaitu sebanyak 130 orang (59,1 %).

Tabel 5.2.3.2.1.
Distribusi Frekuensi Kontribusi Protein Terhadap Total Energi Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Kontribusi Protein	n	%
1	< 10 % AKE	34	15.5
2	10 – 15 % AKE	130	59.1
3	> 15 % AKE	56	25.4
Total		220	100.0

5.2.3.2.2. Kontribusi Lemak

Pada penelitian ini, dari 220 sampel hasil analisis, konsumsi lemak ibu hamil berada pada 4,10 gram sampai 178,3 gram dengan rata-rata 63,79 gram, median 59,6 gram dan standar deviasi 30,32 gram. Sedangkan kontribusi lemak terhadap total energi ibu hamil berada pada 4,85 % sampai 61,23 % dengan rata-rata 33,82 %,

median 34,39 % dan standar deviasi 9,7 %. Untuk kontribusi energi yang berasal dari lemak , ternyata didapatkan 178 ibu hamil (80,9 %) yang mengkonsumsi lemak > 25 % AKE . Sedangkan ibu hamil yang mengkonsumsi < 10 % AKE hanya 1 orang (0,5 % AKE). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.2.3.2.2.

Tabel 5.2.3.2.2.
Distribusi Frekuensi Kontribusi Lemak Terhadap Total Energi Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Kontribusi Lemak	n	%
1	< 10 % AKE	1	0.5
2	10 – 25 % AKE	41	18.6
3	> 25 % AKE	178	80.9
Total		220	100.0

5.2.3.2.3. Kontribusi Karbohidrat

Dari 220 sampel hasil analisis , konsumsi karbohidrat ibu hamil berada pada 45,50 gram sampai 619,8 gram dengan rata 228,43 gram, median 214,9 gram dan standar deviasi 95,46 gram. Sedangkan kontribusi karbohidrat terhadap total energi ibu hamil berada pada 28,24 % sampai 85,7 % dengan rata-rata 53,98 %, median 53 % dan standar deviasi 10 %. Berdasarkan kontribusi energi yang berasal dari karbohidrat, didapatkan bahwa ibu hamil yang mengkonsumsi karbohidrat sesuai anjuran PUGS (50 – 60 % AKE) hanya sebanyak 79 orang (35,9 %).

Tabel 5.2.3.2.3.
Distribusi Frekuensi Kontribusi Karbohidrat Terhadap Total Energi Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Kontribusi Karbohidrat	n	%
1	< 50 % AKE	79	35.9
2	50 – 60 % AKE	79	35.9
3	> 60 % AKE	62	28.2
Total		220	100.0

5.2.3.2.4. Kontribusi Protein, Lemak dan Karbohidrat

Untuk kontribusi P, L & KH terhadap total energi ibu hamil, dikelompokkan menjadi tidak memenuhi PUGS dan memenuhi PUGS. Ibu hamil yang kontribusi P, L & KH terhadap total energi tergolong memenuhi PUGS lebih banyak (68,6 %) dibandingkan dengan ibu hamil yang kontribusi P, L & KH terhadap total energi tidak memenuhi PUGS. Data kontribusi P, L & KH terhadap total energi dapat dilihat pada tabel 5.2.3.2.4.

Tabel 5.2.3.2.4.
Distribusi Frekuensi Kontribusi P, L & KH Terhadap Total Energi Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Kontribusi P, L & KH terhadap Total Energi	n	(%)
1	Tidak Memenuhi PUGS	69	31.4
2	Memenuhi PUGS	151	68.6
Total		220	100.0

5.2.4. Faktor Kesehatan

5.2.4.1. Paritas

Dari 220 responden, paritas ibu hamil berada pada 0 sampai 8 orang dengan rata-rata 1,37 orang, median 1 orang dan standar deviasi 1,3. Pada penelitian ini, paritas ibu hamil dikelompokkan menjadi ≥ 4 orang (berisiko KEK) dan < 4 orang (tidak berisiko KEK). Dari hasil analisis, didapatkan bahwa ibu hamil yang mempunyai paritas < 4 orang lebih banyak yaitu sebanyak 94,1 % dibandingkan dengan ibu hamil yang mempunyai paritas ≥ 4 orang. Data mengenai paritas dapat dilihat pada tabel 5.2.4.1.

Tabel 5.2.4.1.
Distribusi Frekuensi Paritas Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Paritas	n	%
1	≥ 4 orang (berisiko KEK)	13	5.9
2	< 4 orang (tidak berisiko KEK)	207	94.1
Total		220	100.0

5.2.4.2. Jarak Kehamilan

Untuk jarak kehamilan, dikelompokkan menjadi 2 yaitu < 2 tahun dan ≥ 2 tahun. Pada penelitian ini, jarak kehamilan berada pada 0 tahun sampai 14 tahun dengan rata-rata 5,4 tahun, median 5 tahun dan standar deviasi 2,8 tahun. Dari 220 ibu hamil yang menjadi responden, ternyata sebanyak 63 orang yang kehamilannya ini merupakan anak pertama. Jadi jumlah ibu hamil yang dianalisis berdasarkan jarak kehamilan hanya 157 orang. Jumlah ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan ≥ 2 tahun lebih banyak yaitu 92,4 % dibandingkan dengan ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan < 2 tahun.

Tabel 5.2.4.2.
Distribusi Frekuensi Jarak Kehamilan Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Jarak Kehamilan	n	%
1	< 2 tahun	12	7.6
2	≥ 2 tahun	145	92.4
Total		157	100.0

5.2.4.3. Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan atau kunjungan ANC ditetapkan minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan minimal 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Pada penelitian ini,

pemeriksaan kehamilan sesuai umur kehamilan dikelompokkan menjadi 2 yaitu pemeriksaan kehamilan tidak sesuai ketentuan/standar dan pemeriksaan kehamilan sesuai ketentuan/standar.

Dari hasil analisis , ternyata hanya 8 orang (3,6 %) yang pemeriksaan kehamilannya tidak sesuai standar, sedangkan sisanya sebanyak 212 orang (96,4 %) sudah memeriksakan kehamilannya sesuai standar. Data distribusi frekuensi pemeriksaan kehamilan dapat dilihat pada tabel 5.2.4.3.

Tabel 5.2.4.3.
Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Pemeriksaan Kehamilan	n	%
1	Pemeriksaan Kehamilan Tidak Sesuai Standar	8	3.6
2	Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Standar	212	96.4
Total		220	100.0

5.2.4.4. Pengetahuan

Pengetahuan ibu hamil tentang gizi pada penelitian ini dikelompokkan menjadi 3 yaitu pengetahuan kurang (< 60 %), pengetahuan sedang (60 – 80 %) dan pengetahuan baik (> 80 %). Dari 220 orang, ternyata hampir semua ibu hamil di Puskesmas Jembatan Serong mempunyai pengetahuan tergolong kurang sebanyak 217 orang (98,6 %) dan tidak terdapat ibu hamil yang berpengetahuan baik.

Tabel 5.2.4.4.
Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Pengetahuan	n	%
1	Pengetahuan Kurang	217	98.6
2	Pengetahuan Sedang	3	1.4
3	Pengetahuan Baik	0	0
Total		220	100.0

5.2.5. Faktor Demografi

5.2.5.1. Usia Ibu Hamil

Untuk usia ibu hamil berdasarkan risiko terhadap kejadian KEK, dikelompokkan menjadi 3 yaitu < 20 tahun, 20 – 35 tahun dan > 35 tahun. Dari hasil analisis kelompok terbanyak adalah ibu hamil yang berusia 20 – 35 tahun sebanyak 193 orang (87,7 %).

Tabel 5.2.5.1.
Distribusi Frekuensi Usia Ibu Hamil di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Usia Ibu Hamil	n	%
1	< 20 tahun	2	0.9
2	20 – 35 tahun	193	87.7
3	> 35 tahun	25	11.4
Total		220	100.0

5.2.5.2. Jumlah Anggota Keluarga

Jumlah anggota keluarga ibu hamil dikelompokkan menjadi > 4 orang yang merupakan risiko KEK dan ≤ 4 orang. Pada penelitian ini, jumlah anggota keluarga ibu hamil berada pada 2 orang sampai 11 orang dengan rata-rata 3,59 orang, median 3 orang dan standar deviasi 1,4 orang. Berdasarkan tabel 5.2.5.2. dapat dilihat bahwa keluarga ibu hamil yang mempunyai jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang, lebih banyak yaitu 169 ibu hamil (76,8 %) dibandingkan dengan ibu hamil yang mempunyai anggota keluarga < 4 orang.

Tabel 5.2.5.2.
Distribusi Frekuensi Jumlah Anggota Keluarga Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Jumlah Anggota Keluarga	n	%
1	> 4 orang	51	23.2
2	≤ 4 orang	169	76.8
Total		157	100.0

5.3. Hasil Bivariat

5.3.1. Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Untuk analisis bivariat tingkat pendidikan ibu hamil dikelompokkan menjadi 2 yaitu tingkat pendidikan rendah (tidak tamat SD sampai tamat SLTP) dan tingkat pendidikan tinggi (tamat SLTA sampai tamat > S1). Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ada sebanyak 19,4 % ibu hamil berpendidikan rendah berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil berpendidikan tinggi, ada 25,0 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh $p.value > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan ibu hamil risiko KEK. Adapun distribusi ibu hamil risiko KEK berdasarkan tingkat pendidikan dapat di lihat pada tabel 5.3.1.

Tabel 5.3.1.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Tingkat Pendidikan
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Tingkat Pendidikan	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko		n	%	
		n	%	n	%			
1	Pendidikan Rendah	24	19.4	100	80.6	124	100	0.400
2	Pendidikan Tinggi	24	25.0	72	75.0	96	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.2. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara status pekerjaan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa dari 40 orang ibu hamil yang bekerja, ada sebanyak 30 % yang berisiko KEK. Sedangkan dari 180 orang ibu hamil yang tidak bekerja, hanya sebesar 20 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh $p.value > 0,05$ maka

dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.2.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Status Pekerjaan di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Status Pekerjaan	KEK				Jumlah	p value
		Risiko		Tidak Risiko			
		n	%	n	%		
1	Tidak Bekerja	36	20.0	144	80.0	180	0.241
2	Bekerja	12	30.0	28	70.0	40	
Total		48	21.8	172	78.2	220	

5.3.3. Hubungan antara Pengeluaran Pangan Keluarga dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Pada penelitian ini, pengeluaran pangan keluarga dikelompokkan menjadi pengeluaran pangan $> 54\%$ dan pengeluaran pangan $\leq 54\%$. Hasil analisis hubungan antara pengeluaran pangan keluarga dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa dari 101 ibu hamil yang pengeluaran pangan keluarganya $> 54\%$ dari total pengeluaran, hanya sekitar $17,8\%$ yang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang pengeluaran pangan keluarganya $\leq 54\%$ dari total pengeluaran terdapat sekitar $25,2\%$ ibu hamil yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh $p.value > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengeluaran pangan keluarga dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.3.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Pengeluaran Pangan Keluarga di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Pengeluaran Pangan	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko				
		n	%	n	%	n	%	
1	> 54 % dari Total Pengeluaran	18	17.8	83	82.2	101	100	0.247
2	≤ 54 % dari Total Pengeluaran	30	25.2	89	74.8	119	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.4. Hubungan antara Konsumsi Energi dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara konsumsi energi dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ada sebanyak 25,3 % ibu hamil mengkonsumsi energi < 100 % AKG berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil mengkonsumsi energi ≥ 100 % AKG , hanya 5,3 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh p.value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan ibu hamil risiko KEK. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 6,088 , artinya ibu hamil yang mengkonsumsi energi < 100 % AKG mempunyai peluang 6,08 kali untuk berisiko Kurang Energi Kronis (KEK).

Tabel 5.3.4.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Konsumsi Energi di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Konsumsi Energi	KEK				Jumlah		OR 95 % CI	p value
		Risiko		Tidak Risiko					
		n	%	n	%	n	%		
1	< 100 % AKG	46	25.3	136	74.7	182	100	6.088 (1.410 – 26.284)	0.012
2	≥ 100 % AKG	2	5.3	36	94.7	38	100		
Total		48	21.8	172	78.2	220	100		

5.3.5. Hubungan antara Kontribusi Protein, Lemak dan Karbohidrat Terhadap Total Energi dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energi dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa antara ibu hamil yang kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energinya tidak memenuhi PUGS berisiko KEK dengan ibu hamil kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energi memenuhi PUGS yang berisiko KEK mempunyai persentase yang sama yaitu 21,8 %. Hasil uji statistik diperoleh p.value > 0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energi dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.5.

Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Kontribusi Protein, Lemak dan Karbohidrat Terhadap Total Energi di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Kontribusi Protein, Lemak & Karbohidrat thd Total Energi	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko				
		n	%	n	%	n	%	
1	Tidak Memenuhi PUGS	12	21.8	43	78.2	55	100	1.000
2	Memenuhi PUGS	36	21.8	129	78.2	165	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.6. Hubungan antara Paritas dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara paritas dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa hanya sekitar 15,4 % ibu hamil mempunyai paritas ≥ 4 orang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang mempunyai paritas < 4 orang terdapat 22,2 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh p.value > 0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan ibu

hamil risiko KEK. Adapun distribusi ibu hamil risiko KEK berdasarkan paritas dapat dilihat pada tabel 5.3.6.

Tabel 5.3.6.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Paritas
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Paritas	KEK				Jumlah	p value	
		Risiko		Tidak Risiko				
		n	%	n	%			
1	≥ 4 orang	2	15.4	11	84.6	13	100	0.816
2	< 4 orang	46	22.2	161	77.8	207		
Total		48	21.8	172	78.2	220		

5.3.7. Hubungan antara Jarak Kehamilan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara jarak kehamilan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa dari 12 ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan < 2 tahun ternyata ada sekitar 50 % ibu hamil berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan ≥ 2 tahun, yang berisiko KEK hanya 14,5 %. Hasil uji statistik diperoleh p.value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jarak kehamilan dengan ibu hamil risiko KEK. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR = 5,905 , artinya ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan < 2 tahun mempunyai peluang 5,905 kali untuk berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Adapun distribusi ibu hamil risiko KEK berdasarkan jarak kehamilan dapat dilihat pada tabel 5.3.7.

Tabel 5.3.7.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Jarak Kehamilan
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Jarak Kehamilan	KEK				Jumlah		OR 95 % CI	p value
		Risiko		Tidak Risiko					
		n	%	n	%	n	%		
1	< 2 tahun	6	50.0	6	50.0	12	100	5.905 (1.739 – 20.050)	0.007
2	≥ 2 tahun	21	14.5	124	85.5	145	100		
Total		27	17.2	130	82.8	157	100		

5.3.8. Hubungan antara Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ada sekitar 37,5 % ibu hamil yang frekuensi pemeriksaan kehamilannya tidak sesuai standar berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil frekuensi pemeriksaan kehamilannya sesuai standar sekitar 21,2 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh p.value > 0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.8.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko				
		n	%	n	%	n	%	
1	Tidak Sesuai Standar	3	37.5	5	62.5	8	100	0.376
2	Sesuai Standar	45	21.2	167	78.8	212	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.9. Hubungan antara Pengetahuan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ada sekitar 22,1 % ibu hamil berpendidikan kurang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil berpendidikan sedang seluruhnya tidak ada (0 %) yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh $p.value > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.9.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Pengetahuan
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Pengetahuan	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko		n	%	
		n	%	n	%			
1	Pengetahuan Kurang	48	22.1	169	77.9	217	100	1.000
2	Pengetahuan Sedang	0	0	3	100	3	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.10. Hubungan antara Usia Ibu Hamil dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Pada penelitian ini, untuk analisis bivariat dikelompokkan menjadi usia berisiko KEK (< 20 tahun dan > 35 tahun) dan usia tidak berisiko KEK (20 – 35 tahun). Hasil analisis hubungan antara usia ibu hamil dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa hanya sekitar 22,2 % ibu hamil yang berada pada usia berisiko KEK, memang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang berada pada usia tidak berisiko KEK, sekitar 21,8 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh $p.value > 0,05$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia ibu hamil dengan ibu hamil risiko KEK.

Tabel 5.3.10.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Usia Ibu Hamil
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Usia Ibu Hamil	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko		n	%	
		n	%	n	%			
1	Usia Berisiko KEK	6	22.2	21	77.8	27	100	1.000
2	Usia Tidak Berisiko KEK	42	21.8	151	78.2	193	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

5.3.11. Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Hasil analisis hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ternyata sekitar 19,6 % ibu hamil yang mempunyai jumlah anggota keluarga > 4 orang, berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil mempunyai jumlah anggota keluarga \leq 4 orang, ternyata sekitar 22,5 % berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh p.value > 0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan ibu hamil risiko KEK. Adapun distribusi ibu hamil risiko KEK berdasarkan jumlah anggota keluarga dapat dilihat pada tabel 5.3.11.

Tabel 5.3.11.
Distribusi Ibu Hamil Risiko KEK Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga
di Puskesmas Jembatan Serong Tahun 2008

No	Jumlah Anggota Keluarga	KEK				Jumlah		p value
		Risiko		Tidak Risiko		n	%	
		n	%	n	%			
1	> 4 orang	10	19.6	41	80.4	51	100	0.808
2	\leq 4 orang	38	22.5	131	77.5	169	100	
Total		48	21.8	172	78.2	220	100	

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam bab 4 telah disebutkan bahwa penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari Praktikum Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Pancoran Mas Depok Jawa Barat yang dilakukan oleh Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Gizi yang secara umum untuk mengetahui gambaran status gizi dan kesehatan baduta, ibu baduta dan ibu hamil di Kecamatan Pancoran Mas. Dari tujuan tersebut jelas bahwa sasaran studi ini tidak hanya ibu hamil tetapi baduta dan ibu baduta juga menjadi sasaran dalam Prakesmas, sehingga pada pengumpulan datanya kemungkinan terjadi bias informasi (keterbatasan daya ingat dan jumlah sasaran yang harus diperoleh tidak khusus ibu hamil). Begitu juga dengan petugas pengumpul data yang dalam hal ini adalah mahasiswa reguler dan ekstensi jurusan gizi. Pada penelitian ini petugas pengumpul data cukup banyak (4-5 orang/kelurahan). Semakin banyak petugas yang mengumpulkan data, maka bias informasi pun semakin besar, dikarenakan perbedaan persepsi dari masing-masing individu terhadap jawaban yang diberikan oleh responden. Walaupun sebelum turun ke lapangan para petugas pengumpul data diberikan pengarahan tentang penggunaan alat dan pengisian kuesioner.

Penelitian ini menggunakan rancangan cross sectional dengan beberapa keterbatasan seperti : tidak dapat menggambarkan hubungan sebab akibat, faktor risiko kadang – kadang sulit diukur dengan akurat, tidak valid untuk meramalkan

sesuatu dan kesimpulan korelasi faktor risiko paling lemah dibandingkan dengan rancangan cohort dan case control (Pratiknya, 1986)

6.2. Variabel Dependen

Hasil analisis yang diperoleh, prevalensi ibu hamil berisiko KEK pada penelitian ini sebesar 21,8 %. Angka ini berada diatas angka prevalensi ibu hamil berisiko KEK di Jawa Barat yaitu 14,3 % dari hasil Survey Garam Yodium Rumah Tangga tahun 2003. Namun masih di bawah prevalensi Ibu hamil KEK di Kota Depok (25,6 %) dari hasil Pemetaan Masalah Ibu Hamil KEK dan Anemia di seluruh Kabupaten/Kota di Jawa Barat tahun 2002 dan dibawah angka nasional dari hasil SUSENAS tahun 1999 (27,6 %). Prevalensi ibu hamil berisiko KEK di Puskesmas Jembatan Serong ini juga berada di bawah prevalensi KEK pada ibu hamil di Kabupaten Bogor (26,20 %) dan Kota Sukabumi (28,8 %) berdasarkan hasil Pemetaan Masalah Ibu Hamil KEK dan Anemia di seluruh Kabupaten/Kota di Jawa Barat tahun 2002 bekerja sama dengan Puslitbang Gizi Bogor.

6.3. Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas konsumsi makanan, karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi diharapkan pengetahuan atau informasi tentang gizi yang dimiliki menjadi lebih baik. Sering masalah gizi timbul karena ketidaktahuan atau kurang informasi tentang gizi yang memadai (Berg,1987).

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pendidikan ibu dengan ibu hamil risiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan faktor

ekonomi keluarga, konsumsi energi dan pengetahuan ibu hamil. Walaupun pendidikan ibu hamil tinggi tetapi karena daya beli yang rendah sehingga ibu masih kurang mengonsumsi makanan selama hamil baik dari segi kuantitas maupun kualitas sehingga menyebabkan ibu mengalami risiko KEK. Ibu hamil yang berpendidikan tinggi justru konsumsi energinya lebih banyak yang $< 100\%$ AKG yaitu sebesar $81,3\%$ dan ibu hamil yang berpendidikan tinggi masih cukup banyak juga yang pengeluaran pangannya $> 54\%$ (miskin) yaitu sebesar $44,8\%$.

Sesuai dengan teori yang ada, masalah KEK pada ibu hamil juga dapat terjadi pada ibu hamil yang berpendidikan tinggi karena ketidaktahuan dan kurangnya informasi tentang gizi yang memadai. Ibu hamil yang berpendidikan tinggi lebih banyak yang berpengetahuan kurang yaitu sebanyak $96,9\%$ dan hanya $3,1\%$ ibu yang berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan sedang. Pendidikan tidak selalu sejajar dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh Munir (2002), Yuliani (2002), Azma (2003) dan Hapni (2004). Hasil penelitian keempat orang tersebut menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan risiko KEK pada ibu hamil.

6.4. Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Suharjo (1989) mengemukakan hubungan pekerjaan dengan pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan terhadap kualitas dan kuantitas makanan. Pekerjaan seseorang menggambarkan pendapatan yang diperoleh untuk mencukupi kebutuhannya dalam keluarga termasuk kesehatan dan gizi. Pekerjaan berpengaruh langsung pada ketersediaan bahan pangan dalam keluarga.

Menurut Khumaidi (1989) dalam Azma (2003), ibu yang bekerja akan dapat menyediakan makanan terutama yang mengandung sumber zat gizi dalam jumlah yang cukup di bandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Namun hal ini tidak ditemukan pada hasil penelitian ini. Dari hasil analisis, di dapatkan bahwa ibu hamil yang berisiko KEK lebih banyak dijumpai pada ibu hamil yang bekerja (pegawai swasta, wiraswasta dan buruh). Persentase ibu hamil yang bekerja untuk berisiko KEK (30 %), lebih tinggi dibandingkan dengan persentase ibu hamil tidak bekerja untuk berisiko KEK (20 %) dan hasil analisis hubungan antara status pekerjaan dengan ibu hamil risiko KEK menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna. Hal ini mungkin disebabkan karena ibu hamil yang tidak bekerja , yang pengeluaran pangannya > 54 % (miskin) lebih sedikit (44,9 %) dibandingkan ibu yang bekerja. Sedangkan pada ibu hamil yang bekerja ternyata yang mempunyai pengeluaran pangan > 54 % (miskin) sebanyak 50 %. Sehingga dapat terlihat jelas bahwa ibu yang bekerja justru lebih banyak yang pengeluaran pangannya > 54 % (miskin).

Jika dilihat dari konsumsi energi , antara ibu yang bekerja dengan ibu yang tidak bekerja tidak jauh berbeda, yaitu sama-sama lebih dari 80 % konsumsi energinya < 100 % AKG. Itu artinya ibu yang bekerja walaupun penghasilannya bertambah tetapi tetap saja konsumsi energi masih banyak yang kurang dari kecukupan.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Azma (2003) dan Hapni (2004) yaitu tidak ada hubungan bermakna antara status pekerjaan dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Namun hasil penelitian Munir (2002) , dari 100 sampel yang diteliti dengan $p = 0,000$ menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan kejadian KEK pada ibu hamil .

6.5. Hubungan antara Pengeluaran Pangan Keluarga dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Seseorang atau rumah tangga akan menambah konsumsi makanannya sejalan dengan meningkatnya pendapatan. Sampai batas tertentu , penambahan pendapatan akan bergeser pada pemenuhan kebutuhan bukan makanan. Dengan demikian ada kecenderungan semakin tinggi pendapatan seseorang semakin berkurang persentase pendapatan yang dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan akan makanan. Oleh karena itu komposisi pengeluaran rumah tangga dapat dijadikan indikator untuk melihat tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga (BPS, 2005).

Di Indonesia persentase pengeluaran pangan selama periode 2003, 2004 dan 2005 terjadi penurunan yaitu dari 56,89 % tahun 2003 menjadi 54,59 % tahun 2004 dan menjadi 53,86 % pada tahun 2005. Kondisi ini mengindikasikan telah terjadi peningkatan kesejahteraan penduduk pada periode 2003 – 2005 (BPS, 2005). Sedangkan di negara maju seperti Amerika persentase pengeluaran pangan pada tahun 2000 sebesar 30 %.

Menurut Engele dalam Enoch, dkk (1992) semakin tinggi pendapatan seseorang maka proporsi pengeluaran untuk makanan semakin rendah tetapi kualitas makanan menjadi semakin baik. Sebaliknya semakin rendah pendapatan seseorang, maka semakin tinggi proporsi untuk makanan tetapi dengan kualitas makanan yang rendah.

Persentase pengeluaran pangan dalam penelitian ini di kelompokkan menjadi persen pengeluaran pangan $> 54\%$ dari total pengeluaran dan $\leq 54\%$ dari total pengeluaran. Ibu hamil yang tingkat kesejahteraannya rendah hanya $17,8\%$ yang berisiko KEK, tetapi ibu hamil yang tingkat kesejahteraannya tergolong tinggi sekitar $25,2\%$ yang berisiko KEK. Hasil analisis di dapatkan tidak ada hubungan bermakna antara persen pengeluaran pangan dengan ibu hamil risiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan, walaupun pendapatan keluarganya cukup tinggi, karena hampir semua ibu hamil, baik yang pengeluaran pangannya $> 54\%$ (miskin) maupun ibu hamil yang pengeluaran pangannya $\leq 54\%$ (tidak miskin) mempunyai pengetahuan kurang sehingga walaupun pengeluaran pangan $\leq 54\%$ (tidak miskin), tetapi pengetahuan gizinya kurang, dapat menyebabkan ibu hamil kurang mampu dalam memilih makanan yang bergizi baik dalam kualitas maupun kuantitas, sehingga lebih berisiko mengalami KEK.

Jika dilihat dari konsumsi energi antara ibu hamil yang pengeluaran pangannya $> 54\%$ (miskin) dengan ibu hamil yang pengeluaran pangannya $\leq 54\%$ keduanya mempunyai proporsi yang hampir sama yaitu sama-sama lebih dari 80% mengkonsumsi energi $< 100\%$ AKG. Hal itu berarti bahwa walaupun pengeluaran pangan $\leq 54\%$ (tidak miskin) tetapi konsumsi energinya sebagian besar masih kurang dari kecukupan. Dalam kebudayaan di Indonesia juga masih ada pola pikir bahwa bapak (suami) yang dipentingkan dahulu dalam hal makanan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hapni (2004) yaitu tidak ada hubungan bermakna antara pengeluaran pangan dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Tetapi tidak sejalan dengan hasil penelitian Yuliani (2002) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengeluaran pangan dengan kejadian KEK pada ibu hamil, dengan $p = 0,00313$, dimana ibu hamil yang pengeluaran pangannya $> 75\%$ (miskin) dari total pengeluaran mempunyai risiko 2,21 kali untuk berisiko KEK.

6.6. Hubungan antara Konsumsi Energi dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Intake energi yang cukup yaitu penambahan 55.000 kkal selama 9 bulan kehamilan (Irawati, 2006) diperlukan untuk:

- a. Fetus (pertumbuhan fetus dan aktivitas fisik fetus)
- b. Ibu (peningkatan basal metabolisme, simpanan lemak, pertumbuhan uterus dan payudara, volume darah bertambah dan perubahan aktivitas)

Intake energi yang kurang baik sebelum hamil maupun selama kehamilan dapat menyebabkan ibu hamil kekurangan gizi. Hal ini dapat terlihat dari BB prahamil dan pertambahan BB selama hamil. Dalam AKG hasil Kep.Menkes (2005), tambahan energi wanita hamil trimester 1 sebesar 100 kkal/hari, trimester 2 dan 3 penambahannya adalah sama yaitu sebesar 300 kkal/hari . Berdasarkan hal diatas , konsumsi energi ibu hamil dikelompokkan menjadi $< 100\%$ AKG dan $\leq 100\%$ AKG.

Ibu hamil yang mengkonsumsi makanan dengan jumlah kalori di bawah kecukupan yang dianjurkan dalam waktu yang lama akan mengakibatkan KEK, yang pada akhirnya dapat melahirkan bayi dengan BBLR.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori di atas yaitu didapatkan bahwa sebanyak 25,3 % ibu hamil mengkonsumsi energi $< 100\%$ AKG berisiko KEK.

Sedangkan diantara ibu hamil mengkonsumsi energi ≥ 100 % AKG , hanya 5,3 % yang berisiko KEK . Hasil penelitian ini juga didukung oleh uji statistik yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dengan ibu hamil risiko KEK dan diperoleh juga kesimpulan bahwa ibu hamil yang mengkonsumsi energi < 100 % AKG mempunyai peluang 6,08 kali untuk berisiko Kurang Energi Kronis (KEK).

Konsumsi pangan berpengaruh terhadap status gizi, oleh karena itu dengan keadaan seperti di atas tentu sangat memprihatinkan. Apabila akan dilakukan intervensi dengan pemberian makanan tambahan untuk pemulihan, kasus yang sama akan tetap terjadi lagi pada ibu hamil lainnya. Oleh karena itu salah satu cara untuk mengatasinya adalah dengan meningkatkan pengetahuan gizi ibu hamil. Intervensi yang tidak disertai dengan peningkatan pengetahuan akan menyebabkan ketergantungan masyarakat kepada pemerintah.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Misbakhul Munir (2002) yaitu ada hubungan bermakna antara konsumsi energi dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.7. Hubungan antara Kontribusi Protein, Lemak dan Karbohidrat Terhadap Total Energi dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Untuk kontribusi protein, lemak dan karbohidrat mengacu pada Pedoman Umum Gizi Seimbang yaitu 50-60 % kebutuhan energi diperoleh dari karbohidrat (terutama karbohidrat kompleks), 10-15 % dari protein, dan 10-25 % dari lemak (Depkes RI, 2002).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa antara ibu hamil yang kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energinya tidak memenuhi PUGS berisiko KEK dengan ibu hamil kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energi memenuhi PUGS yang berisiko KEK, mempunyai persentase yang sama yaitu 21,8 %. Hasil analisis hubungan antara kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energinya dengan ibu hamil risiko KEK menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna. Dari hal tersebut terlihat bahwa tidak ada perbedaan asupan makanan jika dilihat dari kontribusi protein, lemak dan karbohidrat terhadap total energi, baik yang memenuhi PUGS dengan yang tidak memenuhi PUGS untuk berisiko KEK.

Jika dilihat dari kontribusi lemak terhadap total energi didapatkan bahwa ibu hamil yang mengkonsumsi lemak > 25 % AKE sebanyak 80,9 % dan ibu hamil yang mengkonsumsi lemak < 10 % AKE hanya sekitar 0,5 % saja. Jadi walaupun total konsumsi energinya kurang namun sumbangan lemak untuk total energi cukup besar. Konsumsi lemak yang berada diatas angka kebutuhan tersebut mungkin disebabkan karena faktor kebiasaan makan masyarakat dimana lebih banyak menggunakan minyak dalam konsumsi makanannya.

6.8. Hubungan antara Paritas dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Menurut Depkes (2001) , seorang ibu yang sedang hamil, keadaan rahimnya teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas.

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan ibu hamil risiko KEK. Hanya sekitar 15,4 % ibu hamil mempunyai paritas ≥ 4 orang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang mempunyai paritas < 4 orang terdapat 22,2 % yang berisiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan karena lebih dari 80 % ibu hamil yang mempunyai paritas < 4 orang justru konsumsi energinya lebih banyak yang < 100 % AKG .

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Hapni (2004) yaitu tidak ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Namun tidak sejalan dengan hasil penelitian Azma (2003) dan Yuliani (2004) yang dari hasil penelitiannya diperoleh bahwa ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.9. Hubungan antara Jarak Kehamilan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Perempuan perlu waktu untuk memulihkan kekuatannya sebelum kehamilan berikutnya. Jarak antar kelahiran selama 2 tahun dipandang waktu terpendek untuk mencapai status kesehatan optimal perempuan sebelum kehamilan berikutnya. (WHO,2007). Jarak kehamilan yang terlalu dekat juga memungkinkan terjadinya kekurangan gizi pada ibu dan mempengaruhi daya tahan tubuh ibu, di mana pada saat itu, seharusnya saat yang baik untuk ibu menyusui anaknya sehingga membutuhkan ekstra kecukupan zat gizi.

Temuan penelitian ini mendukung pernyataan di atas. Ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan < 2 tahun ternyata ada sekitar 50 % ibu hamil berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan ≥ 2 tahun, yang berisiko KEK hanya 14,5 %. Hasil penelitian ini didukung oleh uji statistik

yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jarak kehamilan dengan ibu hamil risiko KEK dan diperoleh juga kesimpulan bahwa ibu hamil yang mempunyai jarak kehamilan < 2 tahun mempunyai peluang 5,905 kali untuk berisiko Kurang Energi Kronis (KEK).

Penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Munir (2002) bahwa ada hubungan bermakna antara jarak kehamilan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Hal ini mengisyaratkan perlunya pengaturan jarak kehamilan melalui peningkatan program Keluarga Berencana (KB).

Berbeda dengan hasil penelitian Yuliani (2004) dan Hapni (2004) yang menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jarak kelahiran dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.10. Hubungan antara Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Kebijakan nasional, mencangkup semua perempuan hamil dengan sedikitnya 4 kali pemeriksaan antenatal, yaitu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Standar waktu tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan, khususnya untuk memberikan kesempatan dalam menangani kasus risiko tinggi pada kehamilan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi risiko KEK pada ibu hamil dengan frekuensi pemeriksaan kehamilan tidak sesuai standar, yang berisiko KEK sebanyak 37,5 %. Sedangkan diantara ibu hamil dengan frekuensi pemeriksaan kehamilannya sesuai standar sekitar 21,2 % yang berisiko KEK. Hasil analisis hubungan dengan uji statistik diperoleh, tidak ada hubungan yang bermakna antara

frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan ibu hamil risiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan karena antara frekuensi pemeriksaan kehamilan tidak sesuai standar dengan frekuensi pemeriksaan kehamilan sesuai standar, proporsi untuk ibu hamil berisiko KEK tidak jauh berbeda. Pada saat pemeriksaan kehamilan, biasanya petugas kesehatan melakukan pelayanan ANC standar minimal 7 T dan lebih memfokuskan pada penanganan kasus ibu hamil risiko tinggi misalnya dengan diabetes, hipertensi, jantung, dll. Pengukuran LiLA tidak dilakukan sehingga tidak dapat menjangkau ibu hamil yang berisiko KEK. Apabila dilakukan pengukuran LiLA, kemungkinan penanganan untuk mengatasi masalah KEK dapat segera dilakukan, misalnya dengan pemberian intervensi disertai dengan penyuluhan perorangan.

Jika dilihat dari konsumsi energinya, ibu hamil yang melakukan frekuensi pemeriksaan kehamilan tidak sesuai standar sekitar 87,5% mengonsumsi energi < 100% AKG. Hal ini juga tidak berbeda jauh dengan ibu hamil yang frekuensi pemeriksaan kehamilannya sesuai standar yaitu sekitar 82,5% mengonsumsi energi < 100% AKG. Jadi terlihat bahwa antara ibu hamil yang frekuensi pemeriksaan kehamilannya tidak sesuai standar dengan ibu hamil yang frekuensi pemeriksaan kehamilannya sesuai standar, lebih dari 80% masih mengonsumsi energi kurang dari kecukupan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Azma (2003), Hapni (2004) dan Yuliani (2004), bahwa tidak ada hubungan antara frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.11. Hubungan antara Pengetahuan dengan Ibu Hamil Risiko KEK.

Dalam hubungan antara status gizi ibu hamil dengan pengetahuan, Suhardjo (1996) menyatakan, kurangnya pengetahuan gizi dapat menimbulkan gangguan gizi, artinya kurangnya pengetahuan gizi dapat menurunkan kemampuan ibu hamil dalam memilih makanan yang bergizi.

Namun hasil penelitian ini tidak mendukung pernyataan di atas. Hasil analisis antara pengetahuan dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa ada sekitar 22,1 % ibu hamil berpengetahuan kurang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil berpengetahuan sedang seluruhnya tidak ada (0 %) yang berisiko KEK. Hasil analisis hubungan dengan uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan ibu hamil risiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena seluruh ibu hamil yang berisiko KEK mempunyai pengetahuan kurang, tidak ada ibu hamil yang berisiko KEK berpengetahuan sedang.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Munir (2002) yaitu ada 56,3 % ibu hamil yang berpengetahuan kurang berisiko KEK dan ada 17,7 % ibu hamil berpengetahuan baik berisiko KEK dan menyatakan ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.12. Hubungan antara Usia Ibu Hamil dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Usia yang tepat pada waktu melahirkan pada ibu hamil adalah 20 – 35 tahun. Kehamilan pada wanita usia kurang dari 20 tahun sangat berisiko terhadap dirinya, karena pertumbuhan linier (tinggi badan) pada umumnya baru selesai pada usia 16 – 18 tahun, dan dilanjutkan dengan pematangan pertumbuhan rongga panggul beberapa tahun setelah pertumbuhan linier selesai. Apabila pada usia tersebut ibu

mengalami kehamilan, maka akan berakibat terhadap dirinya, meliputi komplikasi persalinan dan gangguan penyelesaian pertumbuhan optimal karena masukan gizi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan dirinya yang masih tumbuh sekaligus untuk pertumbuhan bayinya (Achadi, E.L 2007). Kehamilan di atas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan karena kesehatan ibu sudah tidak sebaik pada usia 20 – 35 tahun.

Pada penelitian ini, untuk analisis bivariat dikelompokkan menjadi usia berisiko KEK (< 20 tahun dan > 35 tahun) dan usia tidak berisiko KEK (20 – 35 tahun). Hasil analisis hubungan antara usia ibu hamil dengan ibu hamil berisiko KEK diperoleh bahwa hanya sekitar 22,2 % ibu hamil yang berada pada usia berisiko KEK, memang berisiko KEK. Sedangkan diantara ibu hamil yang berada pada usia tidak berisiko KEK, sekitar 21,8 % yang berisiko KEK. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia ibu hamil dengan ibu hamil risiko KEK. Hal ini mungkin disebabkan antara usia ibu hamil berisiko KEK dengan usia ibu hamil tidak berisiko KEK mempunyai proporsi yang hampir sama untuk mengalami KEK.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Hapni (2004), bahwa tidak ada hubungan antara usia ibu hamil dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

6.13. Hubungan antara Jumlah Anggota Keluarga dengan Ibu Hamil Risiko KEK

Jumlah anggota dalam keluarga mempengaruhi pada penyediaan makanan dalam keluarga dan secara tidak langsung mempengaruhi asupan makanan pada ibu hamil. Di masyarakat Indonesia masih ada anggapan bahwa makanan lebih

diutamakan untuk kepala rumah tangga / suami karena suami sebagai pencari nafkah utama. Sesuai dengan anjuran pemerintah melalui program Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) bahwa jumlah anggota keluarga yang optimal adalah 4 orang.

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan ibu hamil risiko KEK. Persentase ibu hamil dengan jumlah anggota keluarga > 4 mengalami risiko KEK sebesar 19,6 % dan ibu hamil yang mempunyai jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang mengalami risiko KEK sebesar 22,5 %. Hal ini disebabkan oleh karena ibu hamil dengan jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang, jika dilihat dari konsumsi energinya, ternyata sekitar 84,1 % konsumsi energinya kurang dari kecukupan. Sehingga walaupun jumlah anggotanya ≤ 4 orang tetapi konsumsi energinya < 100 % AKG maka ibu hamil lebih berisiko KEK. Jadi walaupun jumlah anggota keluarga > 4 , tetapi jika konsumsi energinya mencukupi maka ibu hamil lebih cenderung tidak akan mengalami risiko KEK.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Azma (2003), Hapni (2004) dan Yuliani (2004) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian KEK pada ibu hamil.