

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU HAMIL DI KECAMATAN KAMONING DAN TAMBELANGAN, KABUPATEN SAMPANG, JAWA TIMUR

(Related Factors of Chronic Energy Deficiency at Pregnant Woman in Kamoning and Tambelangan Sub District, Sampang District, West Java)

Vita Kartika Mahirawati¹

Naskah masuk: 4 Maret 2014, Review 1: 7 Maret 2014 2014, Review 2: 7 Maret 2014, Naskah layak terbit: 2 April 2014

ABSTRAK

Latar belakang: Ibu hamil yang mengalami kurang energi kronik (KEK) cenderung melahirkan bayi BBLR dan mempunyai risiko kematian yang lebih besar. **Tujuan:** penelitian ini untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. **Metode:** Penelitian dilakukan selama 6 bulan, tahun 2013 di puskesmas Kamoning & Tambelangan, kabupaten Sampang. Desain: cross sectional, pengumpulan data kuantitatif dan data sekunder berupa data kohort ibu periode 2012–2013 dan profile Dinkes tahun 2012. Sampel penelitian adalah ibu hamil yang terdaftar pada data kohort ibu, yang diambil secara acak sebanyak 104 orang. Analisis data univariat dilakukan secara deskriptif untuk melihat sebaran nilai dari faktor penyebab, analisis bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan antara faktor penyebab dengan kejadian KEK melalui statistik yaitu uji Chi-square dan tabulasi silang. **Hasil:** Faktor sosial ekonomi: Ibu hamil KEK yang berpendidikan SD sebesar 35,5% dan yang tidak lulus SD ada 29,4%. Sebanyak 39,2% ibu yang mempunyai suami bekerja sebagai buruh tani dengan pendapatan rata-rata kurang dari 1 juta rupiah per bulan. Faktor ibu: sebanyak 70,6% ibu hamil KEK berumur antara 21–34 tahun. Ibu hamil KEK yang menikah di bawah umur 17 tahun sebanyak 41,1%, yang hamil pertama kali pada umur 18–20 tahun sebesar 31,4%. Ibu hamil KEK yang mempunyai frekuensi makan 3 kali per hari sebanyak 54,9%. Sebesar 70,6% ibu hamil KEK yang menderita anemia. Terdapat 66,7% ibu hamil KEK yang mengonsumsi pil besi setiap hari. **Kesimpulan:** Kejadian KEK pada ibu hamil berhubungan dengan tingkat pendidikan, status pekerjaan, umur kehamilan dan kadar haemoglobin dalam darah serta konsumsi pil besi. **Saran:** Perlu keterlibatan lintas sektor dan lintas program untuk menurunkan prevalensi KEK.

Kata kunci: Kurang Energi Kronis (KEK), faktor sosial ekonomi dan faktor ibu.

ABSTRACT

Background: Pregnant woman who suffered Chronic Energy Deficiency (CED) has delivered babies with low birth weight and increased the risk for mortality. The objective of this research was to analyze the related factors of CED at pregnant woman. **Method:** A Cross sectional design was used. A random sample of pregnant women who registered in kohort. has taken 104 people as the samples. Collecting data using questionnaires (quantitative) and secondary data obtain through kohort register during 2012–2013 and profile of Dinkes 2012, conducted during 6 (six) months 2013 in Puskesmas Kamoning and Tambelangan. The data were analyzed descriptively and statistically using Chi Square test. **Result:** The socio-economic factors: 35.5% mother's education mostly elementary school graduates. 29.4 % didn't graduate from elementary school. The majority of their husband (39.2%) work as farm worker with income less than 1 million rupiah per month. The maternal factors: the average age between 21 until 34 years old (70.6%). The age of marriage mostly under 17 years old (41.1%) and most of them (31.4%) have their first pregnancy in the age between 18 until 21 years old. The most pregnant women (54.9%) ate 3 times/day. 70.6% pregnant women with CED suffered from anemia; 66.7% of them took iron tablets every day. **Conclusion:** economic factors social conditions associated with the incidence of maternal

¹ Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara 23A Jakarta E-mail :vwati93@gmail.com

CED husband is education and maternal work status, whereas maternal factors are gestational age, hemoglobin levels in the blood and consumption of iron pills. Recommendation: Areas programme and sectorce, should be involved to reduce the CED prevalence.

Key words: Chronic Energy Deficiency (CED), Socio-economic and maternal factors

PENDAHULUAN

Kurang Energi Kronis (KEK) merupakan keadaan dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) sehingga menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu hamil (Depkes RI.2002). KEK terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil. Faktor penyebab KEK pada ibu hamil sangat kompleks diantaranya, ketidak seimbangan asupan zat gizi, penyakit infeksi, dan perdarahan (FKM.UI, 2007). KEK pada ibu hamil juga berisiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) (Zulhaida, 2003).

Data SKRT tahun 2001 menunjukkan, 90% kematian ibu terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung yang sering terjadi pada kematian Ibu adalah, perdarahan sebesar 28%, eklampsia 24% dan penyakit infeksi 11%, sedangkan penyebab tidak langsung adalah kurang energikronis (KEK) sebesar 37% dan anemia 40%. Prevalensi risiko KEK pada WUS di Indonesia pada tahun 2007 sebesar 19,1%. Salah satu provinsi yang memiliki prevalensi KEK sedang adalah propinsi Jawa Timur sebesar 21,9% (Risikesdas, 2007). Di Jawa

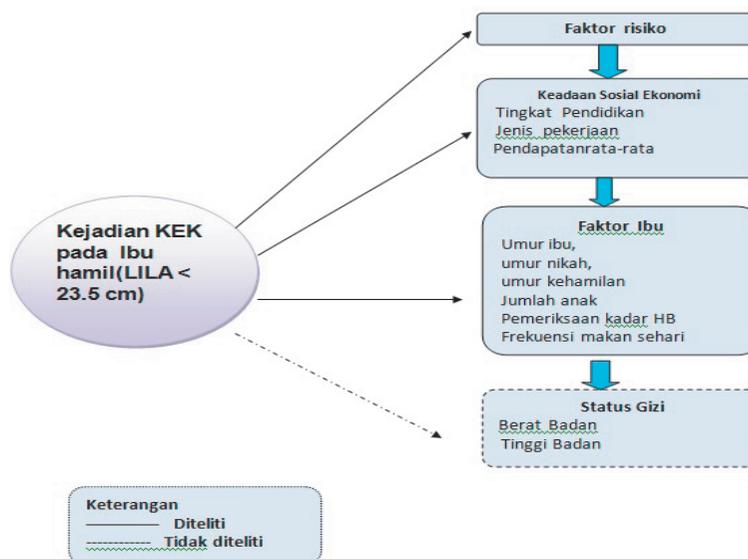
Timur, kabupaten Sampang memiliki prevalensi ibu KEK yang lebih tinggi dibandingkan kabupaten lainnya yaitu 87% pada tahun 2010 dan tahun 2011 sebesar 10,38% (Dinas kesehatan kabupaten Sampang, 2011).

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan di kabupaten Sampang dengan tujuan menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil, dengan cara mengkaji keadaan sosial ekonomi dan mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil di puskesmas Kamoning dan Tambelangan, kabupaten Sampang.

METODE

Kerangka Konsep

Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil dalam penelitian ini adalah kondisi sosial ekonomi keluarga dan faktor ibu. Kondisi sosial ekonomi keluarga meliputi tingkat pendidikan, status dan jenis pekerjaan dan pendapatan rata-rata perbulan. Faktor ibu yang dianalisis antara lain,



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

umur ibu, umur saat menikah, umur saat kehamilan pertama, jumlah anak, frekuensi makan dan kadar *haemoglobin* (Hb) ibu serta konsumsi pil besi. Jenis penelitian ini adalah observasional dengan desain penelitian potong lintang (*cross sectional*). Penelitian dilakukan pada bulan Juli hingga Desember 2013, di dua puskesmas yaitu puskesmas Kamoning dan Tambelangan, kabupaten Sampang, Jawa Timur. Pemilihan Puskesmas dilakukan secara purposif, berdasarkan prevalensi KEK ibu hamil di kedua Puskesmas tersebut sebesar 20,0%. (Dinas kesehatan kabupaten Sampang, 2012).

Populasi penelitian adalah semua ibu hamil yang terdaftar dalam data kohort ibu di puskesmas Kamoning dan Tambelangan tahun 2012-2013. Jumlah sampel yang diperlukan sebanyak 100 orang, yang dihitung berdasarkan rumus:

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 P(1-P) N}{d^2(N-1) + Z^2 1-\alpha/2 P(1-P) N}$$

n = besar sampel minimal yang diperlukan
 N = besar populasi
 $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai baku distribusi normal pada α tertentu (1,96)
 P = proporsi ibu hamil KEK di Sampang (10,38% pada tahun 2011).
 Q = 1-p (proporsi ibu hamil yang tidak KEK)
 d = limit dari error atau presisi absolut = 0,05

Dari kedua Puskesmas tersebut, diperoleh 104 ibu hamil yang bersedia menjadi sampel, yang dipilih secara acak/random yang terdiri dari 51 ibu hamil KEK dan 53 ibu hamil yang tidak KEK.

Data sosial ekonomi dan faktor ibu dikumpulkan dengan wawancara menggunakan kuesioner. Penentuan status KEK dilakukan dengan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) ibu hamil berdasarkan standar baku dari Depkes RI yaitu, jika LILA < 23,5cm. Data status anemia ibu hamil dilakukan dengan pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) oleh perawat Puskesmas menggunakan alat Haemoglobin Meter. Penentuan status anemia berdasarkan batas kadar Hb, yaitu jika kadar Hb < 100 gr/dL (Depkes.RI. 2002).

Pengolahan data diawali dengan melakukan editing, coding, dan entri lalu *cleaning* data. Pengolahan data dilakukan dengan membuat kategori pada masing-masing variabel penelitian selanjutnya

dilakukan analisis univariat untuk mengetahui frekuensi dan distribusi nilai dari masing-masing variabel penelitian. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan tidak bebas dengan uji statistik *Chi-square*.

HASIL

Prevalensi KEK Ibu Hamil

Berdasarkan data Dinkes kabupaten Sampang tahun 2012, terlihat bahwa kejadian kematian ibu dari tahun 2007 hingga 2011 mengalami kenaikan yaitu dari 12 menjadi 24 orang, namun pada tahun 2012 akhirnya menurun menjadi 10 orang. Data Riskesdas 2007 memperlihatkan prevalensi KEK pada WUS di Indonesia sebesar 13,6% dan ibu hamil sebesar 21,6%. Di Jawa Timur, terdapat 27,5% ibu hamil yang menderita KEK, sedangkan prevalensi ibu hamil KEK di kabupaten Sampang tahun 2011 sebesar 10,38% (Dinkes kabupaten Sampang, 2011). Hasil penelitian menunjukkan dari 104 sampel penelitian terdapat 51 ibu hamil atau 49,0% yang mengalami KEK berdasarkan pengukuran LILA.

Keadaan Sosial Ekonomi

Persentase ibu hamil yang berpendidikan rendah lebih banyak pada kelompok ibu hamil tidak KEK (86,8%) dibandingkan ibu hamil KEK (76,5%). Keadaan tersebut menunjukkan tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan bermakna dengan kejadian KEK. Persentase ibu hamil yang mempunyai suami berpendidikan rendah lebih banyak pada kelompok ibu hamil tidak KEK dibandingkan yang KEK sebesar 86,8% dan 76,5%. Terdapat hubungan sangat bermakna antara pendidikan suami dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Sebagian besar 52,9% ibu hamil KEK bekerja, sedangkan ibu hamil yang tidak KEK semua tidak bekerja. Ada hubungan yang bermakna antara ibu hamil yang bekerja dengan kejadian KEK. Persentase ibu hamil KEK yang mempunyai suami bekerja sebagai buruh lebih banyak dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak KEK sebesar 49% dan 34 %. Pada kelompok ibu hamil tidak KEK yang memiliki suami sebagai wiraswasta sebesar 28,3%, sedangkan pada ibu hamil KEK sebanyak 23,5%. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian KEK ibu hamil dengan jenis pekerjaan suami.

Tabel 1. Tingkat Pendidikan Ibu Hamil dengan Kejadian KEK Ibu Hamil di Puskesmas Kamoning dan Tambelangan, Kabupaten Sampang, Tahun 2013.

Tingkat Pendidikan Ibu	Ibu hamil				P Value
	KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Rendah	39	76,5	46	86,8	0,134
Tinggi	12	23,5	7	13,2	
Tingkat Pendidikan Suami					
Rendah	38	74,5	51	96,2	0,002*
Tinggi	13	25,5	2	3,8	
Pekerjaan Ibu					
Tidak bekerja	24	47,1	53	100,0	0,000*
Bekerja	27	52,9	0	0,0	
Jenis Pekerjaan Suami					
Buruh	25	49,0	18	34,0	0,291
Pegawai	14	27,5	20	37,7	
Wiraswasta	12	23,5	15	28,3	
Pendapatan rata-rata per bulan (rupiah)					
Rendah (≤1.120.000,00)	31	29,9	19	18,3	0,009
Tinggi (>1.120.000,00)	20	19,2	34	32,7	
Total	51	100	53	100	

Terdapat 29,9% suami ibu hamil KEK yang berpendapatan rata-rata kurang dari Rp. 1.120.000, - per bulan sedangkan pada ibu hamil tidak KEK hanya 18,3%. Persentase suami dengan pendapatan rata-rata per bulan di atas Rp. 1.120.000, - lebih banyak pada kelompok ibu hamil tidak KEK yaitu sebesar 32,7%, sedangkan pada ibu hamil KEK hanya 19,2%. Terdapat hubungan yang bermakna antara pendapatan rata-rata suami per bulan dengan kejadian KEK ibu hamil.

Faktor Ibu

Sebagian besar 55,8% ibu hamil berumur antara 21–34 tahun sebanyak 32,7% berumur kurang dari 20 tahun dan 11,5% lebih dari 35 tahun. Sebagian besar 69,2% ibu hamil menikah pada umur kurang dari 20 tahun. Umur menikah termuda adalah 14 tahun dan tertua 26 tahun. Persentase ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun lebih banyak pada kelompok yang tidak KEK. Rata-rata umur menikah ibu hamil pada umur muda yaitu antara 15 hingga 17 tahun. Sebanyak 68,6% ibu hamil KEK dan 69,8% tidak KEK

yang menikah pada umur kurang dari 20 tahun.

Sebagian besar ibu (80,8%) mempunyai satu hingga dua anak, sedangkan yang memiliki tiga hingga lima anak sebanyak 16,3% dan 2,9% yang memiliki lebih dari enam (6) anak. Kelompok ibu hamil KEK yang mempunyai anak kurang dari dua orang lebih banyak pada ibu hamil tidak KEK yaitu 88,7% dibandingkan ibu hamil KEK sebesar 72,5%. Sebaliknya, persentase ibu hamil yang mempunyai anak lebih dari enam (6) orang lebih banyak pada ibu hamil KEK sebesar 3,9% dibanding ibu hamil tidak KEK sebesar 1,9%. Tidak ada hubungan bermakna antara jumlah anak dengan kejadian KEK (Tabel 2).

Tabel 2. Faktor Ibu dengan Kejadian KEK pada Ibu Hamil di Puskesmas Kamoning dan Tambelangan, Kabupaten Sampang, Tahun 2013.

Variabel	Ibu Hamil				Nilai p
	KEK		Tidak KEK		
	n	%	n	%	
Umur ibu (tahun)					
≤ 20	16	1,3	18	34,0	0,791
21–34	29	56,9	29	54,7	
≥ 35	6	11,8	6	11,3	
Umur memikah (tahun)					
≤ 20	35	68,6	37	69,8	0,89
21–34	16	31,4	16	30,2	
Umur saat kehamilan pertama (tahun)					
≤ 20	30	58,8	34	64,2	0,577
21–34	21	41,2	19	35,	
Jumlah Anak					
≤ 2 anak	37	72,5	47	88,7	0,113
3–5 anak	12	23,5	5	9,4	
> 6 anak	2	3,9	1	1,9	
Frekuensi Makan					
1 kali	3	5,9	0	0	0,129
2 kali	9	17,6	5	9,4	
3 kali	28	54,9	38	71,7	
> 3 kali	11	21,6	10	18,9	
Kadar Hb dalam darah					
< 11 g /ml	36	70,6	28	52,8	0,048*
≥ 11 g /ml	15	29,4	25	47,2	
Konsumsi Pil Besi (Fe)					
Ya	34	66,7	52	98,1	0,000
Tidak	17	33,3	1	1,0	
Total	51	100,0	53	100,0	

*signifikan

Terdapat 24% ibu hamil yang anemia yaitu memiliki kadar Hb kurang dari 11 g/100 dL, sedangkan yang tidak anemia sebanyak 76,0%. Persentase ibu hamil yang menderita anemia lebih banyak pada kelompok ibu hamil KEK dibandingkan ibu hamil tidak KEK. Terdapat hubungan bermakna antara kadar Hb dalam darah ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Sebagian besar (54,9%) ibu hamil KEK yang mengonsumsi makanan dengan frekuensi 3 kali dalam sehari, sedangkan yang lebih dari 3 kali dalam sehari sebanyak 21,6%. Hanya ada 5,9% ibu hamil KEK yang mengonsumsi makanan satu kali dalam sehari. Tidak ada hubungan bermakna antara frekuensi konsumsi makan ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Sebanyak 98,1% ibu hamil mengonsumsi pil besi (Fe) dalam sehari, namun persentase terbanyak pada ibu hamil yang tidak KEK yaitu sebesar 66,7%. Persentase ibu hamil yang tidak mengonsumsi pil besi dalam sehari, lebih banyak pada ibu hamil yang KEK yaitu 33,3% sedangkan pada ibu hamil yang tidak KEK hanya ada 1,0%. Ada hubungan bermakna antara konsumsi pil besi dalam sehari dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

PEMBAHASAN

Dari 104 ibu hamil di Puskesmas Kamoning dan Tambelangan, ibu hamil yang menderita KEK berdasarkan data kohort ibu sebesar 49%. Laporan Riskesdas Jatim, 2013 menyebutkan prevalensi ibu hamil KEK di Jawa Timur adalah sebesar 29,8%, sedangkan prevalensi ibu hamil KEK di kabupaten Sampang sebesar 44,9% (Riskesdas Jawa Timur, 2013). Menurut Arisman (2002), salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya KEK pada ibu hamil adalah keadaan sosial ekonomi, untuk itu dalam pembahasan ini akan diuraikan hubungan antara keadaan sosial ekonomi ibu hamil dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Latar belakang pendidikan seseorang merupakan salah satu unsur penting yang dapat mempengaruhi status kesehatan dan gizi, karena seringkali masalah kesehatan dan gizi timbul karena ketidaktahuan atau kurang informasi tentang kesehatan dan gizi yang memadai (Berg, 1987). Ibu hamil KEK sebagian besar 76,5% berpendidikan rendah, keadaan tersebut sesuai dengan temuan Saraswati (2009), bahwa ibu hamil dengan pendidikan tamat SD ke bawah memiliki risiko KEK lebih besar dibandingkan ibu yang

berpendidikan tamat SMP ke atas. Analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Hal ini diduga pengaruh dari faktor ekonomi keluarga. Pendidikan ibu hamil tinggi dengan daya beli yang rendah mengakibatkan kebutuhan gizi ibu selama hamil baik dari segi kualitas maupun kuantitas belum terpenuhi, akhirnya ibu mengalami KEK. Masalah KEK pada ibu hamil juga terjadi pada ibu hamil yang berpendidikan tinggi karena ketidaktahuan dan kurangnya informasi tentang kesehatan dan gizi yang memadai. Hasil penelitian ini didukung oleh Munir (2002), Yuliani (2002), Azma (2003) dan Hapni (2004) menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Sebagian besar 74,5% ibu hamil KEK mempunyai suami dengan pendidikan rendah. Hasil ini sejalan dengan Mulyaningrum (2009), pendidikan suami akan mempengaruhi perilaku terhadap istrinya yang sedang hamil. Lebih lanjut Almarita dan Fallah (2004) menyatakan, perubahan sikap dan perilaku sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang lebih tinggi sehingga lebih mudah menyerap informasi dengan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehat, khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Temuan tersebut sesuai dengan Chandra (2006) yang mengungkapkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan formal maka secara tidak langsung meningkatkan kesadaran untuk hidup lebih sehat sehingga menurunkan risiko gangguan kesehatan.

Bendich (1993) yang dikutip oleh Shaw (2003), menyatakan ibu hamil yang bekerja mempunyai waktu lebih sedikit dalam menyiapkan makanan yang berpengaruh pada jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga berpengaruh pada status gizi ibu hamil. Status gizi adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk ibu hamil. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient. Gizi secara langsung dipengaruhi oleh asupan makanan dan penyakit, khususnya penyakit infeksi. Salah satu faktor tersebut adalah keterbatasan ekonomi, yang berarti tidak mampu membeli bahan makanan yang berkualitas baik, sehingga mengganggu pemenuhan gizi.

Beberapa studi menunjukkan pekerjaan suami menentukan berapa besar pendapatan yang diperoleh setiap bulan dan daya beli keluarga untuk

memenuhi kebutuhan rumah tangga. Penelitian ini menunjukkan hubungan bermakna antara pekerjaan suami dan pendapatan per bulan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Keadaan ini menyimpulkan bahwa proporsi ibu hamil KEK lebih banyak pada ibu yang mempunyai suami dengan pendapatan kurang dari Rp.1.120.000,- per bulan yaitu 29,9%. Sejalan dengan temuan Amirullah (2006), yang menyatakan bahwa ada hubungan nyata antara pendapatan suami dengan risiko KEK pada ibu hamil, semakin tinggi tingkat pendapatan suami maka status gizi ibu hamil cenderung lebih baik sehingga lebih kecil kemungkinannya untuk berisiko KEK dibandingkan dengan ibu hamil yang berasal dari status sosial ekonomi rendah.

Baliwati (2004), menyatakan bahwa umur merupakan salah satu faktor penting dalam proses kehamilan hingga persalinan, karena kehamilan pada ibu yang berumur muda menyebabkan terjadinya kompetisi makanan antara janin dengan ibu yang masih dalam masa pertumbuhan. Sebanyak 55,8% ibu hamil KEK yang berumur 20 hingga 34 tahun, sedangkan yang berumur kurang dari 20 tahun sebesar 32,7% dan di atas 35 tahun ada 11,5%.

Penelitian Mulyaningrum (2009), menunjukkan bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun memiliki risiko KEK yang lebih tinggi, bahkan ibu hamil yang umurnya terlalu muda dapat meningkatkan risiko KEK secara bermakna. Walaupun berdasarkan analisis statistik tidak ada hubungan bermakna antara umur kehamilan pertama dengan kejadian KEK pada ibu. Hasil ini sejalan dengan temuan Almarita dan Fallah (2004), bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur ibu pada saat kehamilan pertama dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar 69,2% ibu hamil KEK menikah pada umur kurang dari 20 tahun, bahkan ada dua orang ibu KEK yang menikah di usia yang lebih muda yaitu 14 tahun. Tidak ada hubungan yang bermakna antara umur menikah dengan kejadian KEK, namun hampir semua ibu hamil KEK menikah pada umur kurang dari 20 tahun, salah satu faktor penyebabnya adalah budaya.

Menikah muda merupakan salah satu tradisi yang ada di Kabupaten Sampang, agar para gadis tidak dikatakan sebagai perawan tua. Oleh karena itu, juga banyak ditemukan ibu hamil yang mengalami kehamilan pertamakali di umur yang masih muda juga.

Hasil wawancara dengan salah satu ibu responden, terungkap ada kebiasaan dari para orang tua untuk menikahkan anak gadisnya pada umur yang muda (< 16 tahun). Kebiasaan tersebut terjadi karena para orang tua akan merasa 'malu' jika anak gadisnya tidak segera dinikahkan dengan alasan takut jadi perawan tua.

Pendapat tersebut yang menjadi salah satu faktor pendorong para ibu untuk segera menikahkan anak gadisnya di umur yang terlalu muda, sehingga menyebabkan terjadinya pernikahan dini. Di dalam Undang-Undang Perkawinan Nomor 1 tahun 1974 disebutkan bahwa batas umur pernikahan yaitu bagi laki-laki kurang dari usia 19 tahun dan perempuan usia 16 tahun. Untuk itu, diharapkan tercipta kerja sama dengan Kementerian Agama dalam mensosialisasikan batas umur perkawinan sesuai dengan UU Perkawinan agar dapat mencegah terjadinya pernikahan dini agar para calon ibu saat memasuki masa kehamilan, kondisi alat reproduksinya secara biologis sudah siap dan secara psikis sudah matang, agar janin yang dikandungnya dapat tumbuh sehat dan ibu dapat menjalani proses persalinan dengan lancar tidak mengalami masalah (pendarahan).

Sosialisasi informasi tersebut diprioritaskan kepada kaum remaja putri, agar saat memasuki masa pernikahan sudah mempunyai bekal ilmu dan wawasan serta kesehatan reproduksi yang sudah siap. Apalagi sebagai calon ibu, sebaiknya kondisi fisik dan mental sudah dipersiapkan dari awal agar dalam menjalani masa kehamilan bisa terhindar dari risiko kejadian KEK dan anemia serta masalah kesehatan lain yang berkaitan dengan proses kehamilan dan persalinan.

Salah satu faktor penyebab kejadian KEK ibu hamil adalah umur kehamilan. Sebagian besar 41,3% kehamilan ibu berada di trimester 2, sedangkan sebesar 20,2% trimester 1 dan 38,5% pada trimester 3. Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara umur kehamilan ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Hal ini disebabkan di masing-masing trimester kehamilan berpengaruh terhadap pertumbuhan janin (Waryono, 2010).

Paritas merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya KEK pada ibu hamil. Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu. Menurut Mochtar (1998), paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*).

Biasanya ibu dengan paritas lebih dari 5 kali memiliki kemungkinan besar untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) (Puji E, dkk. 2007).

Hasil penelitian Albugis D (2008), menunjukkan bahwa ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari 4 orang lebih berisiko KEK dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang dari 4 orang. Sebagian besar (80,8%) ibu mempunyai paritas dua anak, sedangkan ibu dengan paritas lebih dari dua hingga lima anak sebanyak 16,3%, bahkan ada 2,9% ibu dengan paritas tujuh anak. Hasil analisis menunjukkan hubungan tidak bermakna dengan nilai $p = 0,113$. Namun dari beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa paritas merupakan salah satu penyebab tidak langsung pada kematian ibu hamil KEK.

Albugis D (2008), menyatakan bahwa ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari 4 orang lebih berisiko KEK dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang dari 4 orang. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kondisi kesehatan ibu hamil sangat dipengaruhi oleh umur, paritas, penyakit infeksi dan riwayat kesehatan kehamilan seperti keguguran dan pendarahan, bahkan pada ibu hamil yang mengalami KEK faktor terlalu sering dan terlalu banyak melahirkan juga menjadi penyebab tidak langsung pada kematian ibu hamil (Depkes R.I. 2000).

Menurut Mochtar (1998), paritas adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viabile*). Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu. Paritas merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya KEK pada ibu hamil. Biasanya ibu dengan paritas lebih dari 5 kali memiliki kemungkinan besar untuk melahirkan bayi BBLR (Puji E, dkk. 2007).

Kurang energi kronis dan anemia merupakan masalah yang sering dialami oleh ibu hamil. Anemia dalam kehamilan merupakan suatu kondisi ibu dengan kadar haemoglobin dalam darah di bawah 11 gr/ml terutama pada saat kehamilan di trimester ke 1 dan 3. Sebanyak 70,6% ibu hamil KEK mempunyai kadar Hb < 11 g/ml atau yang menderita anemia dan yang tidak anemia sebesar 29,4%. Terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian KEK pada ibu hamil dengan anemia pada nilai $p = 0,048$.

Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada saat kehamilan trimester 3 dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak KEK dan tidak anemia. Selain

itu, ibu hamil KEK dan anemia juga lebih berisiko untuk melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR), kematian saat persalinan, perdarahan, juga kondisi fisik yang lemah setelah proses persalinan karena lebih mudah mengalami gangguan kesehatan (Dep. Kes R.I. 1996).

Selama masa kehamilan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh baik pada ibu dan janin dalam kandungan meningkat. Oleh karena itu pada masa kehamilan asupan zat gizi yang diperlukan juga meningkat, untuk pertumbuhan dan perkembangan janin juga penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu dan janin. Ibu hamil yang mengalami kekurangan asupan zat gizi dan berstatus gizi buruk maka mempunyai peluang besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Penelitian ini menetapkan frekuensi makan ibu dalam sehari sebagai salah satu faktor penyebab kejadian KEK pada ibu hamil. Pola makan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, kebiasaan makan, adat dan budaya, agama serta taraf ekonomi. Hampir separuh ibu hamil KEK yaitu 54,9% mengonsumsi makanan dengan frekuensi 3x/hari, 17,6% yang 2x/hari dan lebih dari 3x/hari sebanyak 21,6%, sedangkan 1x/hari sebanyak 5,9%. Namun hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara frekuensi makan dengan kejadian KEK pada ibu hamil dengan nilai $p=0,129$.

Sebanyak 66,7% ibu hamil KEK mengonsumsi pil besi dalam sehari, sedangkan 33,3% tidak mengonsumsi pil besi. Hasil analisis menunjukkan hubungan bermakna antara konsumsi pil besi dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Hasil ini menggambarkan persentase ibu hamil KEK yang mengonsumsi pil besi dalam sehari lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak mengonsumsi. Hal ini bisa saja terjadi, karena penyerapan pil besi di dalam tubuh dapat dihambat oleh senyawa fitat dan tanin yang ada di dalam makanan atau minuman yang dikonsumsi oleh ibu hamil (Husaini, 1989). Ditambahkan pula bahwa zat besi adalah zat yang paling berperan dalam proses terjadinya anemia gizi. Secara langsung anemia disebabkan oleh seringnya mengonsumsi zat penghambat absorpsi zat besi, kurangnya mengonsumsi promotor absorpsi zat besi non heme serta adanya infeksi parasit. Selain itu, kurangnya perhatian keadaan ibu pada waktu hamil

merupakan faktor penyebab tidak langsung. Lebih lanjut dijelaskan oleh Mulyono (1994), bahwa anemia gizi besi disebabkan karena ketidakseimbangan antara kebutuhan tubuh untuk pertumbuhan dan kehilangan darah, serta ketidakcukupan suplai besi dari diet. Selain zat besi, zat gizi yang diperlukan untuk membentuk haemoglobin adalah asam folat. Zat ini jumlahnya di dalam tubuh sering kurang terutama pada wanita hamil.

Beberapa hasil penelitian mengungkapkan bahwa untuk meningkatkan pembentukan sel-sel darah merah di dalam tubuh diperlukan makanan yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi di dalam tubuh seperti protein, dan vitamin C (Muhilal, 1985). Selain itu, faktor-faktor seperti pola makan, keadaan sosial ekonomi dan pengetahuan, sosial budaya, kesehatan lingkungan dan zat-zat penghambat seperti tanin yang terdapat di dalam teh serta daya tahan tubuh merupakan faktor yang saling terkait dalam terjadinya anemia gizi (Husaini, 1989).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian mendapatkan prevalensi ibu hamil KEK di Puskesmas Kamoning dan Tambelangan, sebanyak 49%. Karakteristik ibu hamil KEK diantaranya adalah kondisi ekonomi keluarga dan tingkat pendidikan yang masih rendah. Demikian juga dengan suami ibu, selain berpendidikan rendah juga pendapatan per bulan yang diperoleh juga rendah yaitu \leq Rp. 1.120.000,-. Analisis statistik menunjukkan ada hubungan bermakna antara pekerjaan ibu dengan kejadian KEK pada ibu hamil.

Faktor ibu yang berhubungan dengan kejadian KEK adalah umur menikah dan umur kehamilan pertama yang terlalu muda (< 20 tahun), paritas dan kadar *haemoglobin* (Hb). Ditemukan sebanyak 70,6% ibu hamil KEK yang menderita anemia walaupun sebanyak 66,7% ibu hamil KEK sudah mengonsumsi pil besi (Fe) setiap hari.

Salah satu faktor risiko ibu hamil KEK adalah konsumsi makanan bergizi yang kurang baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya. Sebesar 54,9% ibu hamil KEK yang mempunyai frekuensi makan 3x/hari. Walaupun frekuensi makan tidak mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian KEK pada ibu hamil, tetapi selama masa kehamilan, makanan yang dikonsumsi ibu hamil harus cukup mengandung

zat gizi agar janin di dalam kandungan memperoleh makanan yang cukup.

Sebagian besar suami dan keluarga sudah memberikan dukungan dan perhatian pada ibu selama masa kehamilan. Dukungan yang diberikan oleh suami dan keluarga kepada ibu hamil KEK sebagian besar berupa perhatian dalam mendampingi, menjaga kesehatan dan konsumsi makanan dan mengantar ibu jika periksa kandungan atau berobat ke bidan atau puskesmas, walaupun masih ada suami dan keluarga ibu hamil yang tidak mengetahui istilah dan gejala KEK pada ibu hamil.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian di atas, saran yang dapat diberikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, bahwa dalam rangka upaya penurunan prevalensi KEK pada ibu hamil perlu dilakukan kerja sama lintas sektor dengan Kementerian Agama untuk mencegah pernikahan dini.

Diperlukan juga kerja sama lintas program terutama dari program promosi kesehatan (PROMKES) dan kesehatan keluarga (KESGA) serta pelayanan kesehatan (YANKES) untuk menggalakkan program sosialisasi melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk meningkatkan pembekalan pengetahuan dan penyebarluasan informasi kesehatan seperti kesehatan reproduksi, gizi ibu hamil serta faktor-faktor yang berhubungan dengan permasalahan kesehatan kehamilan terutama pada remaja putri sebagai calon ibu-ibu muda dan wanita usia subur agar lebih bijaksana dalam mempersiapkan diri sebelum memutuskan untuk melaksanakan pernikahan, sehingga tidak terjadi pernikahan dan kehamilan di usia dini.

Perlu dilakukan deteksi dini melalui pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) dan pemeriksaan kadar haemoglobin (Hb) terutama pada kelompok sasaran yang berisiko KEK yaitu para calon ibu muda (umur 20-25 tahun) juga pada WUS diupayakan ketika memasuki awal kehamilan yang pertama, umur tidak kurang dari 17 tahun. Deteksi dini yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui kadar Hb dalam darah sehingga bisa terdeteksi status anemia dan mencegah ibu hamil mengalami status gizi buruk (KEK) dan risiko penyakit lainnya selama masa kehamilan agar kondisi ibu dan janin dalam kandungan sehat dan proses persalinan ibu berjalan dengan aman. Untuk itu, selama masa kehamilan diwajibkan pada ibu untuk selalu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC)

secara periodik yang berguna juga untuk pencegahan risiko KEK dan anemia serta kemudahan saat proses persalinan. Selain itu, ibu hamil dengan kondisi sosial ekonomi rendah terutama yang mempunyai suami dengan tingkat pendidikan hanya tamat SD dan bekerja sebagai buruh dengan pendapatan per bulan kurang dari Rp.1.120.000,- sangat perlu mendapat perhatian

Untuk menunjang program kesehatan lainnya, sosialisasi dan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi) kepada remaja putri mengenai pencegahan pernikahan dan kehamilan di usia dini yang bertujuan untuk mempersiapkan kondisi fisik dan mental ketika hamil dan bersalin. KIE juga perlu diberikan pada wanita usia subur (WUS) dan calon ibu agar selalu meningkatkan asupan zat gizi ibu selama kehamilan seperti konsumsi makanan sumber energi, protein, lemak, vitamin dan mineral lebih ditingkatkan baik dari kualitas maupun kuantitas namun juga risiko KEK baik pada faktor-faktor penyebab maupun dampak yang ditimbulkannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman, 2009. Gizi Dalam Daur Kehidupan. Jogyakarta : Muha Medika
- Azma. W. 2003. Asupan Gizi Ibu Hamil dan Menyusui. Last update.21 Pebruari.2010. <http://www.wawasandigital.com/index.php?option=com_content_HYPERLINK>
- Amurullah S. 2006. Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan Atas Pada Ibu Hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK). Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta: Rineka Cipta.
- Almarita dan Fallah, 200. Pengaruh Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu hamil terhadap Berat Bayi Rendah. Studi Kasus. Tesis. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Baliwati, Yayuk.F. dan Retnaningsih, 2004. Kebutuhan Gizi. Dalam Pengantar Pangan dan Gizi. Editor Yayuk. F. Baliwati, Ali Khomsan dan C. Meti D. Jakarta: Swadaya.
- Departemen Kesehatan RI, 1996. Pedoman Penanggulangan Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis. . Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan. RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1998. .Pedoman Operasional Penanggulangan Anemia Gizi di Indonesia. Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan. RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 1996. Pedoman Pemberian Pil Besi Bagi Petugas. Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan. RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2002. Pedoman Penanggulangan Ibu Hamil Kekurangan Enargi Kronis. . Direktorat Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan. RI .Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kab. Sampang, 2011. Profile Kesehatan kabupaten Sampang tahun 2011.
- Husaini, M.A., 1985. Measurements of Iron Status. Report of International Nutritional Anemia. Washington D.C.: Consultative Group
- Bendich and Shaw, etc. 2003. Study Nutritional Anemia An Assesment of Information Compilation For Supporting and Formulating National Policy and Programme, Directorate fo Community Nutrition Center and Center for Nutrition Research and Development Ministry of Health.
- D. Chandra, 2006. Pengaruh Sosio Demografi, Riwayat Persalinan dan Status Gizi Ibu terhadap Kejadian BBLR, Studi Kasus di RSIA Sri Ratu Medan. Skripsi. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.
- Hasaini, Nanang, 2010. Dukungan Suami Menenteramkan Calon Ibu. <[http://www.tabloidnova.com/Nova/Keluarga/Pasangan/Dukungan Suami Menenteramkan Calon Ibu](http://www.tabloidnova.com/Nova/Keluarga/Pasangan/Dukungan_Suami_Menenteramkan_Calon_Ibu)> [Diakses tanggal 18 Maret 2010].
- Husaini JK, Husaini MA, dan Musa MS., 2003. Keterbatasan Penggunaan LILA Dalam Memonitor Status Gizi Wanita Hamil. Bulletin Penel Kesehatan, (35), hal. 14-24.
- Jahari.A.B. et, al., 2000. Status Gizi Balita di Indonesia Sebelum dan Selama Kritis (Analisa Data Antropometri SUSENAS 1989 s/d 1999) dalam Prosiding Widyakary Pangan dan Gizi VII, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia, 29 Februari-2 Maret 2000. Jakarta..
- Lubis Z., 2003. Status gizi ibu hamil serta pengaruhnya terhadap bayi yang dilahirkan. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Mochtar R., 2005. Kasus-Kasus Risiko Tinggi Dalam Obstetri. Sinopsis Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Mulyaningrum, 2009. Hubungan Faktor Risiko Ibu Hamil dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Umum Barru. Media Gizi Pangan, VII, (1), hal.
- Mulyono. T.1994. Anemia Ibu Hamil dan Hubungan dengan Beberapa Faktor di Kabupaten OKU. Sumatera Selatan. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Sarwono. Prawirohardjo. 2007. Jakarta: Ilmu Kebidanan. Bina Pustaka Sarwono.
- Praktikno,H.D.S.2001. Anemia Datang Produktifitas Hilang. Jakarta.

- Suparyanto. 2010. Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil. Asuhan Keperawatan Kebidanan. Tersedia pada: < [www.Informasi Upah Minimum Regional \(UMR\) Jombang](http://www.Informasi Upah Minimum Regional (UMR) Jombang)>Tahun 2010, 2011>.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 1997. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995. Jakarta.
- Saraswati, E. 1998. Resiko Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) dan Anemia untuk melahirkan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Penelitian Gizi dan Makanan jilid 21. Bogor: Puslitbang Gizi.
- Universitas Indonesia.2007. Buku Pedoman Petunjuk Pelaksanaan Dan Penanggulangan KEK Pada Ibu Hamil. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat. U.I.
- World Health Organization. 1998. Complementary Pll besieding of Young Children in Developing Countries; A Review of Current Scientific Knowledge, Geneva: World Health Organization.
- Waspodo D. 2005. Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Martaadisoebrata D. Sastrawinata RS, Saifudin AB, editor. Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo (h.318-329).