

**HUBUNGAN ANTARA PARITAS DAN PANTANG MAKAN TERHADAP
KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU
HAMIL DI PUSKESMAS BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh
Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

**HUBUNGAN ANTARA PARITAS DAN PANTANG MAKAN TERHADAP
KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DI
PUSKESMAS BANDAR LAMPUNG**

Oleh

Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN ANTARA PARITAS DAN PANTANG
MAKAN TERHADAP KEKURANGAN ENERGI
KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DI
PUSKESMAS BANDAR LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono**

No. Pokok Mahasiswa : 1518011040

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran




dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.P.H
NIP 19830818 200801 2 005


dr. Tri Umiana Soleha, S.Ked., M.Kes
NIP 19760903 200501 2 001

MENGETAHUI

Dekan Fakultas Kedokteran




Dr. dr. Muhtarono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 19701208 200112 1 001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.P.H**

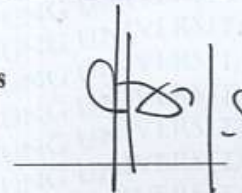


Sekretaris : **dr. Tri Umiana Soleha, S.Ked., M.Kes**



Penguji

Bukan Pembimbing : **Dr. Dyah Wulan S.R.Wardani, SKM., M.Kes**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp.PA
NIP 19701208 200112 1 001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : **22 Januari 2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono

Nomor Pokok Mahasiswa : 1518011040

Tempat Tanggal Lahir : Palembang, 25 Mei 1997

Alamat : Jl. KH Mas Mansyur no 48 Rawa Laut Bandar
Lampung

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Hubungan Antara Paritas dan Pantang Makan terhadap Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil di Kota Bandar Lampung” adalah benar hasil karya penulis, bukan menjiplak hasil karya orang lain. Jika dikemudian hari ternyata ada hal yang melanggar dari ketentuan akademik universitas, maka saya akan bersedia bertanggung jawab dan diberi sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, 22 Januari 2019



Rachmi Lestari Prawamidya Rukmono

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Palembang pada tanggal 25 Mei 1997, sebagai anak pertama dari dua bersaudara. Dari Bapak Prambudi Rukmono dan Ibu Rodiyanti Diah.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan di TK Tadikapuri, Palembang pada tahun 2002. Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Kartika II-5 Bandar Lampung pada tahun 2009, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Bandar Lampung pada tahun 2012, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA President Boarding School Jababeka Cikarang, Bekasi pada tahun 2015.

Tahun 2015, penulis terdaftar sebagai mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah aktif pada organisasi Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Kedokteran Universitas Lampung pada tahun 2015-2018. Penulis juga menjabat sebagai asisten dosen fisiologi, biokimia dan biomolekuler pada tahun 2017/2018 Selain itu penulis juga aktif dalam kegiatan kemahasiswaan paduan suara FK UNILA tahun 2016-2018.

Persembahan

*-untuk manusia-manusia yang
sedang dipelukan-*

“Chance never come twice, so just take it, live it and enjoy it. And if you don't like, just leave it, at least you've tried, or you'll regret it”

-Rachmi, 2012

SANWACANA

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan segala karunia-Nya sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Skripsi berjudul “Hubungan antara Paritas dan Pantang Makan terhadap Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Bandar Lampung” merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan masukan, bantuan, dorongan, saran, bimbingan, dan kritik dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

- Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
- Dr. dr. Muhartono, M.Kes., Sp.PA., selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- dr. Dian Isti Angraini, S.Ked., M.P.H., selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, memberik kritik, saran dan membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
- dr. Tri Umiana Soleha, S.Ked., M. Kes., selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu, memberik kritik, saran dan membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.

- Dr. Dyah Wulan Sumerkar RW, S.K.M M.Kes., selaku Pembahas yang telah memberikan banyak masukan, bimbingan, nasehat dan meluangkan waktu selama penyelesaian skripsi ini.
- dr. Fitria Saftarina S.Ked, M.Sc, DK selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan motivasi selama perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Terimakasih sedalam-dalamnya untuk Papa dan Mama Ku, DR. dr. Prambudi Rukmono SpA(K) dan dr. Rosdiyanti Diah A SpM, atas segala doa, kasih sayang, pembelajaran yang diberikan, pengorbanan, segala jerih payah dan semangat yang selalu diberikan kepada penulis dan adikku Rachmadillah Rukmono terimakasih atas support, dan semangat yang telah diberikan selama ini kepada penulis.
- Kepada Satya Agusmansyah, terimakasih atas segala doa, bantuan, semangat dan support yang selalu diberikan kepada penulis selama perkuliahan dan menyelesaikan skripsi ini.
- Seluruh dosen FK Universitas Lampung, terima kasih telah banyak memberikan pemahaman dan tambahan wawasan ilmu pengetahuan dan seluruh karyawan FK Universitas Lampung, atas bantuan dan kerjasamanya selama ini.
- Kepada “Berang-Berang” Nanda, Maya, Agtara, Rifki, Bonga, Fidyah, Uul, Mercon, Asy, Febri, Habibi, Uan terimakasih atas kebersamaan yang diberikan, susah senang, teman belajar OSCE setiap semester, canda dan tawa yang selalu menghiasi hari-hariku dan segala bantuan, semangat, ilmu, waktu dan nasihat dalam penyelesaian skripsi ini.

- Kelompok bimbingan “PB 1 dr Dian” Sonia, Khalis, Fina, Rachmatia terimakasih karena sudah berjuang bersama dari bimbingan awal sampai akhir, menunggu bersama, pengambilan data bersama, semangat, ilmu, dukungan, doa, masukan, canda dan tawa yang telah kalian berikan kepadaku selama awal penelitian hingga akhir.
- Kepada “Ijo Lumut” teman seperjuangan dari kita masih fetus Farhandika dan Iqbal terimakasih atas canda tawa, cerita serta semua kenangan yang sudah kita buat yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.
- Teman-teman seperjuanganku “ENDOMISIUM” FK Unila angkatan tahun 2015 yang tidak bias disebutkan satu per satu, yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu dan menyemangati selama proses perkuliahan ini. Terimakasih atas segala inspirasi, kebersamaan, keakraban, dukungan, dan motivasi selama ini.
- Sahabat-sahabat “Kesayangan” Yuri, Aca, Claudia, Vinka dari SMP yang masih selalu setia menemaniku dikala sepi dan sunyi dikala penuh derita memikirkan masa depan terimakasih untuk sandaran kalian.
- Sahabat-sahabat teman sekamarku “Princess Room” Ajeng, Vani dan Qonita yang telah menjadi teman tidur dari awal SMA sampai lulus dan selalu menjadi support dan teman curhatku dikala kejenuhan perkuliahan dan pembuatan skripsi ini.
- Seluruh Responden penelitianku yang bersedia dan setia mengikuti penelitian ini dari awal sampai selesai.

Penulis berdoa semoga segala bantuan yang diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Amin.

Akhir kata, Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, akan tetapi sedikit harapan semoga skripsi yang sederhana ini berguna dan bermanfaat bagi setiap orang yang membacanya.

Bandar Lampung, Januari 2019
Penulis,

Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono

ABSTRACT

RELATION BETWEEN PARITY AND FOOD TABOO WITH CRONIC ENERGY DEFICIENCY (CED) IN PREGNANT WOMAN AT PRIMARY HEALTH CENTER OF BANDAR LAMPUNG

By

Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono

Background: Chronic energy deficiency (CED) is defined as the condition of the occurrence of health problems, due to suffering from chronic food shortages. The CED prevalence rate in Indonesia for women aged 15-49 years is 24.5%. The prevalence of CED in Bandar Lampung was the second highest after East Lampung is 24.5%. The incidence of CED in pregnant women is influenced by direct factors and indirect factors. Parity and food taboo are the indirect factor that can cause CED in pregnant women.

Objective: This study aimed to determine the relationship of parity and Food taboo to CED in pregnant women at Primary Health Center of Bandar Lampung. This study is an analytic observational with quantitative research method and Cross-sectional approach. The sample in this study were 88 pregnant women at 6 areas of Primary Health Care of Bandar Lampung.

Metode: The diagnosis of CED confirmed by LILA $< 23,5$ cm. Whereas for food taboo and parity are determined according to the questioner that has been made. Bivariate data analysis using *Chi square* test.

Result: The results of this study showed there is a significant relationship between food taboo and the incidence of CED in pregnant women using Chi Square test with p-value < 0.05 and no significant relationship between significant parity in the incidence of CED in pregnant women using Fisher test with p-value > 0.5 .

Conclusion: From this study we can conclude that there was a relationship between food taboo and the incidence of CED in pregnant women. and there is no significant relationship between significant parity in the incidence of CED in pregnant women.

Keywords: CED, Food taboo, Parity

ABSTRAK

HUBUNGAN ANTARA PARITAS DAN PANTANG MAKAN TERHADAP KEJADIAN KEKURANGAN ENERGI KRONIK (KEK) PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS BANDAR LAMPUNG

Oleh

Rachmi Lestari Pramawidya Rukmono

Latar belakang: Kekurangan energi kronik (KEK) didefinisikan keadaan timbulnya gangguan kesehatan, akibat menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis). Angka prevalensi risiko KEK di Indonesia untuk wanita umur 15-49 tahun adalah 24,5% pada wanita hamil. Kota Bandar Lampung prevalensi KEK menduduki peringkat ke dua tertinggi setelah Kabupaten Lampung Timur sebesar 24,5%. Paritas dan Pantang makan merupakan salah satu faktor tidak langsung yang dapat mempengaruhi kejadian KEK.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan paritas dan pantang makan terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Kota Bandar Lampung.

Metode: Penelitian ini merupakan analitik observasional dengan metode penelitian kuantitatif dan pendekatan *Cross Sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah 88 responden di 6 wilayah puskesmas Bandar Lampung. Diagnosis KEK ditegakkan berdasarkan LILA <23,5 cm. Sedangkan untuk pantang makan dan paritas ditentukan sesuai dengan kuesioner yang telah dibuat. Analisis Bivariat menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil: penelitian ini menunjukkan ada hubungan bermakna antara pantang makan yang signifikan terhadap kejadian KEK ibu hamil. Hasil analisis menggunakan uji *Chi Square* didapatkan hasil (*p-value* <0,001) dan tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara paritas yang signifikan terhadap kejadian KEK ibu hamil. Hasil analisis menggunakan uji *Fisher* didapatkan hasil (*p-value* >0,517).

Simpulan: Maka dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna dan signifikan antara pantang makan terhadap kejadian KEK ibu hamil dan tidak terdapat hubungan yang bermakna dan signifikan antara paritas terhadap kejadian KEK ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.

Kata Kunci: KEK, pantang makan, paritas.

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Ibu Hamil	7
2.1.1 Definisi Kehamilan	7
2.1.2 Kebutuhan Ibu Hamil	8
2.1.3 Gizi Penting Saat Hamil	12
2.1.4 Status Gizi Ibu Hamil	13
2.2. Kekurangan Energi Kronik (KEK)	14
2.2.1 Definisi Kurang Energi Kronik (KEK).....	14
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi KEK pada Ibu Hamil.....	14
2.2.3 Penilaian Status Gizi pada KEK	23
2.2.4 Dampak KEK.....	31
2.3. Pantang Makan.....	33
2.3.1 Definisi Pantang Makan	33
2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Pantang Makan.....	34
2.3.3 Dampak Pantang Makan.....	36
2.4. Paritas.....	37
2.4.1 Definisi Paritas.....	37
2.4.2 Klasifikasi Paritas	38
2.4.3 Faktor yang mempengaruhi Paritas	38
2.5. Hubungan Antara Pantang Makan dengan KEK pada Ibu Hamil.....	40
2.6. Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian KEK pada Ibu Hamil	41
2.7. Kerangka Teori.....	42
2.8. Kerangka Konsep.....	43
2.9. Hipotesis.....	43
BAB III METODE PENELITIAN	44
3.1 Desain Penelitian.....	44
3.2 Tempat dan Waktu	44
3.3 Populasi dan Sampel	45

3.3.1	Populasi.....	45
3.3.2	Sampel	45
3.4.	Identifikasi Variabel.....	47
3.4.1	Variabel Bebas.....	47
3.4.2	Variabel Terikat	48
3.5	Definisi Operasional.....	48
3.6	Teknik Pengumpulan Data.....	48
3.7	Instrumen Penelitian.....	49
3.8	Tahap Penelitian.....	50
3.8.1	Tahap Perencanaan Penelitian	50
3.8.2	Tahap Pengambilan Data	50
3.8.3	Alur Penelitian	51
3.9	Pengolahan dan Analisis Data.....	51
3.9.1	Pengolahan Data	51
3.9.2	Analisis Data.....	52
3.10	Etika Penelitian	54
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	55
4.1	Hasil Penelitian	55
4.1.1	Gambaran Karakteristik Responden	55
4.1.2	Analisis Univariat	57
4.1.3	Analisis Bivariat	62
4.2	Pembahasan.....	64
4.2.1	Karakteristik Responden.....	64
4.2.2	Analisis Univariat	66
4.2.3	Analisis Bivariat	74
4.3	Keterbatasan Penelitian.....	79
BAB V	SIMPULAN DAN SARAN	80
5.1	Simpulan	80
5.2	Saran.....	80
	DAFTAR PUSTAKA	82
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Kebutuhan gizi pada wanita tidak hamil, hamil dan menyusui	11
2. Klasifikasi KEK Dewasa berdasarkan IMT.....	26
3. Klasifikasi Resiko KEK menurut LILA Wanita Usia Subur (WUS) dan Ibu Hamil	30
4. Definisi Operasional Variabel	48
5. Karakteristik distribusi frekuensi responden	56
6. Analisa Univariat status gizi pada Ibu Hamil.....	57
7. Analisa Univariat Pantang Makan pada Ibu Hamil.....	58
8. Rekapitulasi Pertanyaan tentang Pantang Makan.....	58
9. Analisis Univariat Paritas pada Ibu Hamil	62
10. Hubungan antara Pantang Makan terhadap KEK Ibu Hamil.....	63
11. Hubungan Antara Paritas terhadap KEK Ibu Hamil.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Kerangka Teori	42
2. Kerangka Konsep.....	43
3. Alur Penelitian	51

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Terdapat empat prioritas pembangunan kesehatan Indonesia pada periode 2015 - 2019 yaitu, (1) penurunan angka kematian bayi dan ibu, (2) penurunan prevalensi balita pendek (stunting), (3) pengendalian penyakit menular dan (4) pengendalian penyakit tidak menular (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Kematian ibu menurut WHO adalah keadaan kematian ibu selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, yang disebabkan atau diperberat oleh kehamilan. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) 2012 angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi yaitu sebesar 350 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes, 2014). Angka ini meningkat dari tahun 2007 dimana angka kematian ibu sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup (Dinas Kesehatan, 2016).

Ada dua faktor yang menyebabkan kematian ibu yakni, penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Beberapa penyebab langsung kematian ibu antara lain; perdarahan, eklamsia, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Sedangkan penyebab tidak langsung antara lain; status perempuan dalam keluarga, keberadaan anak, sosial budaya, pendidikan, sosial ekonomi, dan geografi daerah (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak, 2016).

Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016).

Penyebab langsung kematian ibu hamil dipengaruhi oleh status gizi pada ibu hamil. Di Indonesia terdapat empat masalah utama status gizi ibu hamil yaitu, Kekurangan Energi Kronik (KEK), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Vitamin A (KVA), dan Anemia Gizi Besi (AGB) (Sulistyoningsih, 2011). Kekurangan energi kronik didefinisikan sebagai keadaan timbulnya gangguan kesehatan, akibat menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) (Helena, 2013). Kekurangan energi kronik masih merupakan masalah kesehatan di dunia, khususnya negara berkembang. Kekurangan energi kronik terjadi ketika asupan energi, protein, atau bahkan keduanya tidak adekuat untuk mencukupi kebutuhan tubuh. Kekurangan Energi Kronik banyak menyerang wanita usia subur yaitu wanita yang berusia 15-45 tahun. Kekurangan Energi Kronik juga dapat mengenai ibu hamil yang memiliki faktor resiko untuk terkenal KEK (Arisman, 2009).

Kejadian KEK pada ibu hamil di pengaruhi oleh faktor langsung dan faktor tidak langsung. Faktor langsung di pengaruhi oleh asupan makanan, pola konsumsi dan penyakit (penyakit infeksi). Sedangkan faktor tidak langsung yang mempengaruhi KEK pada ibu hamil yaitu faktor biologi, faktor sosial ekonomi dan faktor perilaku. Faktor biologi meliputi usia kehamilan ibu, jarak kehamilan, dan paritas, sedangkan faktor sosial ekonomi meliputi pengetahuan, pendidikan, pendapatan keluarga, pekerjaan (Sediaotama, 2014); (Istiany dan Rusilanti, 2014).

Faktor-faktor tersebut di pengaruhi oleh beberapa keadaan, salah satunya

persepsi budaya. Persepsi budaya adalah pemikiran yang melalui tahapan seleksi, organisasi, dan interpretasi meliputi nilai-nilai, keyakinan, strategi, harapan berlangsung secara komprehensif yang menentukan tindakan, sikap dan kebiasaan seseorang (Kastanakis dan Voyer, 2014). Salah satu masalah yang terjadi akibat persepsi budaya adalah pola konsumsi makan ibu hamil. Faktor budaya / kepercayaan dalam masyarakat berperan penting dalam pola konsumsi salah satunya adalah pantang makan (Sulistyoningsi, 2011).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rahmiani (2011) di wilayah Puskesmas Tampa Padang Kecamatan Kaluku Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat terhadap 60 orang ibu hamil, didapatkan ada hubungan antara pantang makan terhadap kejadian KEK ibu hamil. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Oktriyani (2014) di Kecamatan Sedayu Kabupaten Bantul terhadap 201 ibu hamil, tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara pantang makan terhadap kejadian KEK pada ibu hamil.

Faktor biologi ibu hamil yang berpengaruh secara tidak langsung terhadap KEK ibu hamil antara lain adalah paritas. Paritas didefinisikan sebagai jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik hidup atau mati (anterm) tetapi bukan aborsi (Mochtar, 2005). Jumlah paritas ibu yang lebih dari empat kali, memiliki kemungkinan besar untuk menderita KEK dibandingkan ibu dengan paritas kurang dari 4 kali. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari empat kali lebih berisiko KEK dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang dari empat kali. Tetapi tidak didapatkan hubungan bermakna antara paritas dengan ibu hamil risiko KEK (Albugis,

2008).

Angka prevalensi risiko KEK di Indonesia untuk wanita umur 15-49 tahun adalah 24,5% pada wanita hamil dan 20,8% pada Wanita Usia Subur (WUS) (Kementerian Kesehatan, 2013). Sedangkan Provinsi Lampung berada pada peringkat ke 24 besar dengan prevalensi sebesar 21,3% pada wanita hamil dan 17,6% pada WUS, di Kota Bandar Lampung prevalensi KEK menduduki peringkat ke dua tertinggi setelah Kabupaten Lampung Timur dengan jumlah ibu hamil usia 15-49 tahun yang menderita KEK sebesar 24,5% (Dinas Kesehatan, 2016). Maka dari data-data tersebut peneliti tertarik untuk meneliti hubungan paritas dan pantang makan terhadap KEK ibu hamil.

Lokasi Penelitian dilaksanakan di enam puskesmas yang berada di Kota Bandar Lampung antara lain Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung tahun 2016 jumlah ibu hamil yang menderita KEK sebesar 135 orang di Puskesmas Panjang, 146 orang di Puskesmas Satelit, 46 orang di Puskesmas Kemiling, Puskesmas Waykandis 20 orang, 41 orang di Puskesmas Kedaton dan Puskesmas Simpur 18 orang (Dinas Kesehatan, 2016). Keenam puskesmas ini memiliki letak geografis dan demografis yang berbeda oleh karena itu diharapkan penduduk yang bertempat tinggal di daerah tersebut berasal dari suku yang berbeda-beda. Hal tersebut yang menyebabkan keenam puskesmas tersebut dipilih oleh peneliti untuk tempat penelitian sebagai wujud dari perwakilan Kota Bandar Lampung.

Berdasarkan data dan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai hubungan paritas dan pantang makan terhadap kurang energi protein (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian penulis pada latar belakang maka didapatkan rumusan masalah yaitu:

Apakah terdapat hubungan paritas dan pantang makan terhadap kurang energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan paritas dan pantang makan terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui gambaran paritas, pantang makan pada kejadian KEK ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.
2. Mengetahui hubungan paritas terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.
3. Mengetahui hubungan pantang makan terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.

1.4. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi Pemerintah, sebagai bahan informasi untuk evaluasi masalah kesehatan KEK pada ibu hamil.
2. Bagi Peneliti, sebagai wujud pengaplikasian disiplin ilmu yang telah dipelajari sehingga dapat mengembangkan wawasan keilmuan peneliti.
3. Bagi Masyarakat, hasil penelitian dapat memberikan gambaran dan pengetahuan tentang pengaruh paritas dan pantang makan terhadap angka kejadian KEK pada ibu hamil.
4. Bagi Institusi, Memberikan informasi tambahan dan referensi untuk dapat dijadikan sumber dari penelitian selanjutnya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Ibu Hamil

Ibu adalah panggilan kepada wanita baik yang sudah bersuami maupun yang belum bersuami. Ibu juga di definisikan sebagai wanita yang telah melahirkan seseorang. Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesai hamil adalah keadaan mengandung janin dalam rahim karena sel telur dibuahi oleh *spermatozoa* (Alwi, Dardjowidjojo, Lapoliwa *et al.*, 2014). Ibu hamil adalah seorang wanita yang mengandung dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin (Prawirohardjo, 2012).

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai proses penyatuan *spermatozoa* dan *ovum* (fertilisasi) yang kemudian mengalami nidasi atau implantasi. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). Lama hamil normal adalah 280 hari atau sekitar 40 minggu (9 bulan 7 hari) yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2012).

Menurut Bagus Ida, tanda pasti kehamilan adalah adanya gerakan janin dalam rahim (terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin), terdengar denyut jantung janin (didengar dengan stetoskop *laenec*, alat *kardiotokografi* atau *EKG* dan alat *Doppler*), pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu dilihat dengan *ultrasonografi* atau *rontgen* untuk melihat kerangka janin (Manuaba, Manuaba dan Manuaba, 2014).

2.1.2 Kebutuhan Ibu Hamil

Ketika wanita dalam keadaan hamil, peningkatan jumlah konsumsi makanan perlu ditambah terutama konsumsi energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil secara garis besar adalah sebagai berikut:

1. Asam folat

Asam folat sangat dibutuhkan untuk tubuh khususnya pada ibu hamil karena berfungsi untuk regenerasi sel dan pembentukan sel sel baru. Sumber- sumber yang paling kaya akan asam folat adalah ragi, hati, ginjal, sayur-sayuran berwarna hijau, kembang kol, brokoli. Kebutuhan asam folat pada ibu hamil sebesar 600 ug per hari. Selain itu kebutuhan folat tidak hanya pada saat hamil tapi juga sebelum hamil karena tiga bulan sebelum hamil sebaiknya wanita mengkonsumsi asam folat sebanyak 600 ug per hari. Cacat tabung saraf janin bisa terbentuk saat kehamilan berusia 2-4 minggu (Arisman, 2010).

2. Energi

Terjadi peningkatan kebutuhan energi untuk proses metabolisme selama kehamilan. Oleh karena itu diperlukan penambahan energi selama proses kehamilan. Karena banyaknya perbedaan kebutuhan energi selama hamil, maka WHO menganjurkan jumlah penambahan energi sebesar 150 Kkal sehari pada trimester I, 350 Kkal sehari pada trimester II dan III (Paaht, Rumdasih dan Heryati, 2015). Sedangkan menurut *National Research Council* (NRC) dibutuhkan energi sebesar 2000 kkal/hari untuk wanita berusia 25-50 tahun dan untuk ibu hamil diberikan tambahan 300 kkal/hari (Maryam, 2016).

3. Protein

Protein sangat diperlukan oleh ibu hamil karena mempengaruhi keadaan perkembangan janin (Moehji, 2013). Selama kehamilan ibu memerlukan peningkatan yang signifikan terhadap kebutuhan protein sekitar 68% karena protein berfungsi untuk pertumbuhan dan perkembangan pada janin, plasenta dan cairan amnion. Total kebutuhan protein yang diperlukan selama masa kehamilan sebanyak 350-450 gram (Maryam, 2016).

4. Zat besi (FE)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (hemoglobin). Jumlah zat besi yang diperlukan ibu untuk mencegah anemia akibat meningkatnya volume darah

adalah 500 mg. Menurut AKG, rata-rata penggunaan zat besi pada ibu hamil sekitar 26 mg perhari (Rahmaniar, 2011).

5. Kalsium

Kebutuhan kalsium meningkat selama kehamilan. Selain penting bagi kesehatan tulang ibu dan janin, asupan kalsium yang cukup dapat mengurangi kejadian hipertensi selama kehamilan, risiko preeklampsia dan mencegah kelahiran prematur (Wulandari, 2017). Di Indonesia, rekomendasi pemberian suplemen kalsium sebesar 1500–2000 mg/hari pada populasi dengan asupan kalsium rendah sebagai pencegahan preeklampsia telah tertuang dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

6. Vitamin D

Salah satu fungsi vitamin D adalah untuk membantu penyerapan kalsium dalam tubuh. Vitamin D sendiri banyak terkandung di dalam sinar matahari, menurut *recommended daily allowance* (RDA) ibu hamil disarankan mengkonsumsi sekitar 5 mg/hari. Vitamin D dapat diperoleh dengan mengkonsumsi campuran vitamin D dan A yang biasanya di berikan dalam bentuk kapsul minyak ikan pecak (Maryam, 2016). Sedangkan dalam Buku Ajar Ilmu Kandungan Sarwono 2012, kebutuhan nutrisi pada wanita dikelompokkan menjadi kabutuhan nutrisi perempuan tidak hamil, hamil dan menyusui yang dapat di dilihat pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Kebutuhan gizi pada wanita tidak hamil, hamil dan menyusui

Nutrisi	Perempuan Tidak Hamil (15-18 tahun)	Hamil	Menyusui
Makronutrisi			
Kalori (kal)	2200	2500	2600
Protein	55	60	65
Mikronutrien			
Vitamin larut dalam lemak			
A	800	800	1300
D	10	10	12
E	8	10	12
K	55	65	65
Vitamin larut dalam air			
C	60	70	95
Folat	180	400	270
Niasin	15	17	2-
Ribofafin	1,3	1,6	1,8
Tiamin	1,2	2,2	1,6
Piridoksin B6	1,6	2,2	2,1
Kobalamin	2,0	2,2	2,6
Mineral			
Kalsium	1200	1200	1200
Fusdorus	1200	1200	1200
Iodin	150	175	200
Magnesium	280	320	355
Zink	12	15	19

Sumber: Sarwono (2012)

Oleh karena itu perlu diperhatikan menu diet untuk ibu hamil agar pemenuhan kebutuhan gizi tetap terpenuhi. Pada kehamilan trimester pertama pertumbuhan janin lambat, hal ini terjadi karena pada awal trimester ibu sering susah makan. Mulai trimester dua dan seterusnya, pertumbuhan janin terjadi dengan laju lebih cepat. Sejak menginjak bulan keempat, umumnya ibu hamil sudah bebas dari gangguan morning sicknes, sehingga ibu merasakan nafsu makan kembali. Sekalipun demikian pada trimester ini anda harus mulai memperhatikan komposisi makan yang dikonsumsi (Musbikin, 2008).

2.1.3 Gizi Penting Saat Hamil

Kebutuhan gizi akan terus meningkat, terutama setelah memasuki kehamilan trimester kedua. Pola makan dengan gizi seimbang perlu diperhatikan meskipun nafsu makan ibu sudah meningkat. Status gizi ibu hamil yang baik selama proses kehamilan, harus mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013).

Kenaikan berat badan yang di harapkan antara lain pada trimester pertama kenaikan kurang lebih 1 kg, pada trimester kedua kurang lebih 3 kg dan pada trimester ketiga kurang lebih mencapai 6 kg (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013). Sebaiknya ibu hamil menghindari makanan berkalori tinggi. Makanan dengan gizi seimbang dapat diperoleh dari karbohidrat dan lemak sebagai sumber tenaga, protein sebagai sumber zat pembangun, serta vitamin dan mineral sebagai zat pengatur (Maulana, 2008).

Menurut Kristiyanasari (2010) yang dikutip dalam Buku Gizi Ibu Hamil, bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada trimester I akan berpengaruh terhadap janin, antara lain dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan), bayi lahir dengan BBLR (Kristiyamasari, 2010).

2.1.4 Status Gizi Ibu Hamil

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan yang optimal antara lain, melihat angka kesakitan dan status gizi pada suatu wilayah (Najoan dan Mamamping, 2011). Status gizi didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient (Beck, 2011). Status gizi adalah ekspresi atau perwujudan dari nutrisi seseorang dalam bentuk variabel tertentu. Variabel yang dimaksud berupa angka yang diinterpretasikan dalam kriteria khusus untuk menentukan status gizi lebih, baik, atau kurang (Almatsier, 2010). Gizi pada saat kehamilan adalah zat makanan atau menu yang takaran semua zat gizinya dibutuhkan oleh ibu hamil setiap hari dan mengandung zat gizi seimbang dengan jumlah sesuai kebutuhan dan tidak berlebihan (Mitayani, 2010).

Empat masalah gizi utama di Indonesia adalah Kekurangan Energi Kronik (KEK), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Vitamin A (KVA), dan Anemia Gizi besi (AGB). Salah satu golongan rawan gizi yang menjadi sasaran program adalah remaja dan ibu hamil (Sulistyoningsih, 2011).

2.2. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

2.2.1 Definisi Kurang Energi Kronik (KEK)

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana ibu mengalami malnutrisi yang disebabkan kekurangan satu atau lebih zat gizi makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut (Sipahutar, Aritonang dan Siregar, 2013). Kekurangan Energi Kronik sering terjadi pada pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (Arisman, 2010). Faktor–faktor yang memengaruhi KEK pada ibu hamil terbagi menjadi dua, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal (individu/keluarga) yaitu genetik, obstetrik, dan seks. Sedangkan faktor eksternal adalah gizi, obat–obatan, lingkungan, dan penyakit (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013).

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi KEK pada Ibu Hamil

Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain: (1) jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, (2) mutu zat yang di konsumsi rendah atau (3) zat yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan digunakan didalam tubuh (Sipahutar, Aritonang dan Siregar, 2013).

1. Jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Hal ini disebabkan karena adanya penyesuaian dari perbedaan fisiologi selama kehamilan,

Ada beberapa hal yang menyebabkan perlu adanya pengaturan asupan ibu hamil antara lain (Kusmiyati, Heni dan Sujiyatini, 2009);

- a. Metabolisme basal pada masa empat bulan pertama mengalami peningkatan kemudian menurun 20-25% pada 20 minggu terakhir.
- b. Perubahan fungsi alat pencernaan karena perubahan hormonal, peningkatan HCG, estrogen, progesteron menimbulkan berbagai perubahan seperti mual muntah, motilitas lambung sehingga penyerapan makanan lebih lama, peningkatan absorpsi nutrisi, dan motilitas usus sehingga timbul masalah obstipasi.
- c. Peningkatan fungsi ginjal sehingga banyak cairan yang diekskresi pada pertengahan kehamilan dan sedikit cairan diekskresi pada bulan-bulan terakhir kehamilan.
- d. Peningkatan volume dan plasma darah hingga 50%, jumlah eritrosit 20-30% sehingga terjadi penurunan hemodilusi dan konsentrasi hemoglobin.

Hal-hal ini menyebabkan jumlah asupan makanan yang biasanya dikonsumsi ibu selama hamil tidak sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya. Akhirnya menyebabkan ibu hamil kekurangan nutrisi yang adekuat yang menyebabkan faktor resiko terjadinya KEK pada ibu hamil.

2. Mutu zat yang di konsumsi rendah

Mutu zat yang dikonsumsi rendah berhubungan dengan daya beli keluarga untuk memenuhi kebutuhannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa kemiskinan dan rendahnya pendidikan dapat mempengaruhi status gizi ibu hamil sehingga tingkat konsumsi pangan dan gizi menjadi rendah. Selain itu buruknya sanitasi dan higienitas pada makanan dapat mempengaruhi mutu zat yang dikonsumsi (Istiany dan Rusilanti, 2014).

3. Zat yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan digunakan didalam tubuh

Zat gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi (Supriasa, Bakri dan Fajar, 2013).

Menurut penelitian Mahirawati (2014) faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil antara lain, kondisi sosial ekonomi keluarga dan faktor ibu. Kondisi sosial ekonomi keluarga meliputi tingkat pendidikan, status sosial, jenis pekerjaan dan pendapatan rata-rata perbulan. Sedangkan faktor ibu yang mempengaruhi KEK antara lain; umur ibu, umur saat menikah, umur saat kehamilan pertama, jumlah anak, frekuensi makan, kadar *haemoglobin* (Hb) ibu serta konsumsi pil besi (Mahirawati, 2014).

Penelitian lain menjelaskan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi KEK antara lain: jumlah asupan energi, umur, beban kerja ibu hamil, penyakit/infeksi, pengetahuan ibu tentang gizi dan

pendapatan keluarga (Albugis, 2008). Sedangkan menurut Sediaetama (2008) dalam *Buku Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi* menyatakan faktor-faktor yang menyebabkan KEK pada ibu hamil di kelompokkan menjadi dua:

a. Faktor Langsung

Gizi secara langsung dipengaruhi oleh asupan makanan, pola konsumsi dan penyakit (penyakit infeksi).

1. Asupan Makanan

Manusia membutuhkan energi untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan, dan melakukan aktivitas fisik. Energi yang kita gunakan didapatkan dari makanan yang kita konsumsi. Asupan makanan merupakan faktor utama untuk memenuhi kebutuhan gizi sebagai sumber tenaga, meningkatkan pertumbuhan dan mempertahankan ketahanan tubuh dalam menghadapi serangan penyakit (Almatsier, 2010).

2. Pola Konsumsi

Pola konsumsi pangan adalah susunan jenis dan jumlah pangan yang dikonsumsi seseorang atau kelompok orang pada waktu tertentu (Baliwati, 2010). Pola konsumsi telah diketahui sebagai salah satu faktor risiko dari masalah gizi ibu hamil (Fatimah, 2011). Pola konsumsi ibu hamil dipengaruhi oleh pola konsumsi keluarga dan distribusi makanan yang terdiri dari jumlah, jenis, frekuensi, serta pantangan makan (Departemen Kesehatan RI, 2009)

3. Penyakit

Penyakit infeksi (*infectious disease*), yang juga dikenal sebagai *communicable disease* atau *transmissible disease* merupakan manifestasi penyakit yang disebabkan akibat infeksi (Simarmata, 2008). Penyakit infeksi merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya mikroba patogen. Beberapa infeksi yang bisa terjadi pada ibu hamil antara lain, *sifilis, rubella, toxoplasmosis, Cito Megako Virus, Herpes, Hepatitis, Tuberculosis* dsb (Darmadi, 2008).

Infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan suatu hubungan timbal balik. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang buruk dapat mempermudah infeksi. Kurang gizi atau malnutrisi dapat menimbulkan bermacam-macam ancaman pada ibu hamil (Shafique, 2007). Infeksi berpengaruh terhadap status gizi antara lain (Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, 2014):

- a) infeksi menyebabkan kurang nafsu makan, menurunnya absorpsi dan kebiasaan mengurangi makanan pada waktu sakit menyebabkan asupan makanan menjadi rendah akhirnya menyebabkan kurang gizi.
- b) Peningkatan kehilangan cairan atau zat gizi akibat diare, mual, muntah dan perdarahan yang terus menerus.
- c) Meningkatnya kebutuhan, baik dari peningkatan kebutuhan akibat sakit atau parasit yang terdapat pada tubuh.

b. Faktor Tidak Langsung

1. Sosial ekonomi yang meliputi;

a. Pendapatan Keluarga

Pendapatan merupakan semua penerimaan seseorang sebagai balas jasanya dalam proses produksi. Balas jasa tersebut bisa berupa upah, bunga, sewa, maupun, laba tergantung pada faktor produksi pada yang dilibatkan dalam proses produksi (Sudremi, 2010). Pada penelitian di Kecamatan Kemoning Jawa Timur menyatakan bahwa pendapatan menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Dalam penelitian itu di jelaskan faktor pendapatan per bulan yang rendah yaitu \leq Rp. 1.120.000, - berhubungan dengan kejadian KEK pada ibu hamil (Mahirawati, 2014). Upah Minimum Provinsi (UMP) di Lampung sendiri pada tahun 2018 sebesar Rp. 2.074.673, - (Pemerintah Provinsi Lampung, 2017).

b. Pekerjaan Ibu

Aktifitas dan gerakan seseorang berbeda-beda, seorang dengan gerak yang otomatis memerlukan energi yang lebih besar dari pada mereka yang hanya duduk diam saja. Setiap aktifitas memerlukan energi, maka apabila semakin banyak aktifitas yang dilakukan, energi yang dibutuhkan juga semakin banyak. Seorang ibu hamil yang melakukan aktifitas berat biasanya memiliki status gizi yang rendah jika tidak di imbangi dengan asupan makanan dalam

jumlah yang cukup dan bergizi (Istiany dan Rusilanti, 2014)

Sedangkan menurut Najoran (2011) Pekerjaan seseorang dapat secara langsung menggambarkan pendapatan, status sosial, pendidikan dan masalah kesehatan. Pekerjaan dapat mengukur status sosial ekonomi serta masalah kesehatan dan kondisi tempat seseorang bekerja.

c. Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan adalah lamanya tahun yang diikuti dalam pendidikan formal, baik dari sekolah negeri, swasta, maupun sekolah keagamaan yang sederajat. Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan yaitu semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi pengetahuan seseorang karena pendidikan yang tinggi mempermudah ibu menerima informasi baru sehingga tidak akan acuh terhadap informasi kesehatan (Notoajmojo, 2011). Orang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mengubah orientasi pada tindakan preventif, tahu lebih banyak tentang masalah kesehatan dan memiliki status kesehatan yang baik. Namun seseorang dengan pendidikan rendah belum tentu kurang mampu menyusun makanan yang memenuhi persyaratan gizi dibandingkan dengan orang lain yang pendidikannya lebih tinggi (Muliawati,

2012).

d. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan adalah hasil dari mengetahui dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan fungsi dari sikap manusia yang mempunyai dorongan dasar ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya (Adhiyati, 2013).

2. Faktor biologis yang meliputi;

a. Usia Ibu Hamil

Semakin muda dan semakin tua umur seseorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Umur muda perlu tambahan gizi yang banyak karena selain digunakan pertumbuhan dan perkembangan dirinya sendiri, juga harus berbagi dengan janin yang sedang dikandung. Sedangkan untuk umur tua perlu energi yang besar juga karena fungsi organ yang melemah dan diharuskan untuk bekerja maksimal, maka memerlukan tambahan energi yang cukup guna mendukung kehamilan yang sedang berlangsung. Sehingga usia yang paling baik adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun, dengan diharapkan gizi ibu hamil akan lebih baik (Proverawati dan Asfuah, 2009). Kelompok umur diatas 35 tahun dianggap sudah tidak mampu lagi menerima kehamilan karena fisik yang tergolong tua untuk

kehamilan, lemah menerima beban kehamilan, organ reproduksi sudah kaku dan tidak elastis lagi (Kliranayungie, 2012).

b. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang optimal adalah 36 bulan. (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2007). Jarak kehamilan yang terlalu dekat atau kurang dari satu tahun dapat menyebabkan buruknya status gizi ibu hamil sehingga beresiko untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah BBLR (Istiany dan Rusilanti, 2014).

Beberapa sebab mengapa jarak kehamilan tidak boleh terlalu dekat antara lain; (1) kondisi rahim belum pulih, (2) dapat menyebabkan penyulit selama kehamilan, (3) dapat menghambat proses persalinan seperti kontraksi rahim kurang optimal dan kelainan letak janin, (4) dapat menyebabkan perdarahan pasca persalinan dan (5) waktu merawat dan menyusui bayi kurang (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2007).

c. Paritas

Semakin banyak jumlah kehamilan, baik bayi yang dilahirkan hidup ataupun mati memengaruhi status gizi ibu hamil (Istiany dan Rusilanti, 2014). Hal ini sesuai dengan hasil analisis univariat pada penelitian Albugis (2008) menunjukkan bahwa ibu hamil yang mempunyai paritas

lebih dari empat orang lebih berisiko KEK dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang dari empat orang. Tetapi tidak didapatkan hubungan bermakna antara paritas dengan ibu hamil resiko KEK (Albugis, 2008).

3. Faktor perilaku

Pemilihan makanan dan kebiasaan diet dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap terhadap makanan dan praktek atau perilaku pengetahuan tentang nutrisi melandasi pemilihan makanan. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai asosiasi yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktek nutrisi bertambah baik. Usaha-usaha untuk memilih makanan yang bernilai nutrisi semakin meningkat, ibu-ibu rumah tangga yang mempunyai pengetahuan nutrisi akan memilih makanan yang lebih bergizi dari pada yang kurang bergizi (Muliawati, 2012).

2.2.3 Penilaian Status Gizi pada KEK

Pengertian penilaian status gizi (PSG) adalah interpretasi data yang didapatkan dari berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko terhadap status gizi buruk (Hartriyanti dan Triyanti, 2007). Metode untuk PSG dibagi ke dalam tiga kelompok. Pertama, metode secara langsung yang terdiri dari penilaian tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik, dan antropometri. Kedua,

penilaian dengan statistik kesehatan (tidak langsung). Kelompok terakhir adalah penilaian dengan melihat variabel ekologi. Dari sekian banyak metode PSG, metode langsung yang paling sering digunakan adalah antropometri (Arisman, 2010).

Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), Lingkar Lengan Atas (LILA), Lingkar Kepala, Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Antropometri merupakan cara penentuan status gizi yang paling mudah. TB/U, BB/U, dan BB/TB direkomendasikan sebagai indikator yang baik untuk menentukan status gizi balita (Gibney, Barrie, John *et al.*, 2008); (Adriani, 2012). Sedangkan untuk indeks antropometri yang umum digunakan pada orang dewasa (usia 18 tahun ke atas) adalah indeks massa tubuh (IMT). IMT tidak dapat digunakan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil, olahragawan, dan orang dengan keadaan khusus seperti edema, asites, dan hepatomegali (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013).

Menurut Kristiyanasari (2010) yang dikutip dalam buku Gizi Ibu Hamil, ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, antara lain (1) memantau penambahan berat badan selama hamil, (2) mengukur LILA untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK dan (3) mengukur kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia yang merupakan faktor resiko kurang gizi (Kristiyanasari, 2010).

1. Memantau Penambahan Berat Badan selama hamil.

Seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg. Selama trimester I kenaikan berat badan seorang ibu bisa mencapai 1-2 kg, lalu setelah mencapai trimester II pertambahan berat badan semakin banyak yaitu sekitar 3 kg dan pada trimester III sekitar 6 kg (Istiany dan Rusilanti, 2014). Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin dan plasenta dan air ketuban. Kenaikan berat badan yang ideal untuk seorang ibu yang gemuk yaitu 7 kg dan 12,5 kg untuk ibu yang tidak gemuk. Jika berat badan ibu tidak normal maka akan memungkinkan terjadinya keguguran, lahir premature, BBLR, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran (kontraksi), dan perdarahan setelah persalinan (Kristiyanasari, 2010).

Berat badan dilihat dari *quatelet* atau *body massa index* (Index Masa Tubuh = IMT). Indeks massa tubuh merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan, berat bada lahir rendah. Sedangkan berat badan overweight meningkatkan resiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan (Indreswari, Hardiansyah dan Damanik, 2008).

$$IMT : \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$$

Berikut ini klasifikasi KEK berdasarkan IMT dapat dilihat pada

Tabel 2.

Tabel 2. Klasifikasi KEK Dewasa berdasarkan IMT

IMT	Derajat KEK
> 18,5	Normal
17,0–18,4	Ringan
16,0–16,9	Sedang
< 16,0	Berat

Sumber: Arisman (2010)

Tetapi pada pengukuran ibu hamil tidak disarankan untuk menggunakan pengukuran IMT di karenakan berat badan ibu berubah-ubah selama kehamilan. Selain itu menurut penelitian Kalsum (2014) menyatakan bahwa IMT tidak dapat digunakan untuk pengukuran ibu hamil pendek (*stunted*) karena pada keadaan ibu pendek, proporsi tubuh ibu tidak sesuai dengan berat badan ibu, maka pada keadaan ibu pendek sering kali ibu tidak dapat terdeteksi KEK dengan menggunakan perhitungan IMT.

2. Mengukur Kadar Hemoglobin (Hb)

Ibu hamil dikatakan anemia ketika Hemoglobin (Hb) <10 gr/dL. Pemeriksaan hemoglobin merupakan salah satu penentuan status gizi pada ibu hamil. Biasanya Hb diukur dengan menggunakan *Hemoglobin Meter* oleh perawat Puskesmas (Kusmiyati, Heni dan Sujiyatini, 2009).

Ibu hamil umumnya mengalami defisiensi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai di bawah 11 gr/dl selama trimester III. Beberapa akibat anemia gizi pada wanita hamil akan menyebabkan gangguan nutrisi dan oksigenasi utero plasenta. Hal ini jelas menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, sering terjadi immaturitas, prematuritas, cacat bawaan, atau janin lahir dengan BBLR (Kristiyanasari, 2010).

3. Mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran antropometri ibu hamil yang paling sering digunakan adalah kenaikan berat badan ibu hamil dan LILA selama kehamilan (Proverawati dan Asfuah, 2009). LILA diukur dengan menggunakan pita LILA sepanjang 33 cm dengan ketelitian 0,1 cm (Departemen Kesehatan RI, 2007). Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui prevalensi wanita usia subur usia 15–45 tahun dan ibu hamil yang menderita kurang energi kronis (KEK). Berat badan prahamil di Indonesia, umumnya tidak

diketahui sehingga LILA dijadikan indikator gizi kurang pada ibu hamil (Ariyani, Diny, Endang, *et al.*, 2012).

Menurut WHO *Collaborative Study* menunjukkan bahwa nilai *cut off Mid Upper Arm Circumference* (MUAC) atau Lingkar Lengan Atas (LILA) < 21 cm - < 23 cm memiliki risiko signifikan untuk Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 95%. LILA digunakan untuk mengidentifikasi ibu hamil dengan resiko KEK karena LILA memiliki beberapa keuntungan diantaranya mudah untuk digunakan dan hanya membutuhkan satu pengukuran serta dapat digunakan sebagai alat pengukuran status gizi dalam keadaan darurat. *Sphere Guideline 10* merekomendaasikan LILA sebagai alat skrining untuk wanita hamil sebagai kriteria untuk menentukan ibu hamil dengan KEK sehingga dapat ditentukan program makan yang sesuai. *Sphere Guideline 10* menyatakan bahwa *cut off point* untuk pengukuran LILA berkisar dari 21 cm - 23 cm bervariasi sesuai negara (Ververs, Annick, Anita, *et al.*, 2013).

Di Indonesia menurut Departemen Kesehatan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui KEK pada ibu hamil menggunakan metode LILA (Kalsum, Bambang, Ratna *et al.*, 2014). Sasarannya adalah wanita pada usia 15 sampai 45 tahun yang terdiri dari remaja, ibu hamil, dan ibu menyusui. Ambang batas LILA WUS dan Ibu Hamil dengan resiko KEK adalah 23,5 cm. Dimana seseorang dikatakan KEK ketika LILA < 23,5 cm artinya wanita

tersebut mempunyai resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan BBLR. BBLR mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013).

LILA digunakan untuk mengukur lingkaran lengan atas pada wanita hamil. Ketebalan lipatan kulit dan lingkaran lengan atas tengah adalah pengukuran secara tidak langsung untuk menilai dua komponen penting dalam tubuh yaitu, massa lemak bebas dan lemak bebas (*fat and fat free mass*). Alasan mengapa mengukur kedua komponen ini penting adalah karena lemak merupakan bentuk penyimpanan energi utama serta massa lemak bebas (*fat free mass*). Sedangkan otot merupakan indikator yang baik untuk mengukur cadangan protein didalam tubuh. LILA maternal ditemukan relatif stabil selama kehamilan. Sehingga LILA tidak berhubungan dengan usia kehamilan (Ververs, 2011). Ukuran LILA selama kehamilan hanya berubah sebanyak 0,4 cm. Perubahan ini selama kehamilan tidak terlalu besar sehingga pengukuran LILA pada masa kehamilan masih dapat dilakukan untuk melihat status gizi ibu hamil (Ariyani, Diny, Endang, *et al.*, 2012).

Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) merupakan pengukuran sederhana untuk menilai malnutrisi energi protein karena massa otot merupakan indeks cadangan protein, serta sensitif terhadap perubahan kecil pada otot yang terjadi, misalnya bila jatuh sakit.

Pengukuran LILA juga memberi gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak di bawah kulit (Hastuti, 2012).

Adapun ambang batas LILA WUS dengan resiko KEK di Indonesia dapat dilihat pada **Tabel 3**.

Tabel 3. Klasifikasi Resiko KEK menurut LILA Wanita Usia Subur (WUS) dan Ibu Hamil

Nilai Ambang Batas LILA (cm)	KEK
< 23,5	Resiko
≥ 23,5	Tidak Resiko

Sumber: Supriasa, Bakri dan Fajar, 2013

Untuk melakukan pengukuran LILA pada Ibu Hamil, ada 7 (tujuh) urutan pengukuran LILA, yaitu (Supriasa, Bakri dan Fajar, 2013):

- 1) Tetapkan posisi bahu dan siku
- 2) Letakkan pita antara bahu dan siku
- 3) Tentukan titik tengah lengan
- 4) Lingkarkan pita LILA pada tengah lengan
- 5) Pita jangan terlalu ketat
- 6) Pita jangan terlalu longgar
- 7) Cara pembacaan skala yang benar

Dalam pengukuran LILA terdapat perubahan secara paralel dalam masa otot sehingga bermanfaat untuk mendiagnosis kekurangan gizi (Nur'Arofah dan Puspitasari, 2017).

Menurut jurnal *A New Alternative Indicator for Chronic Energy Deficiency in Women of Childbearing Age in Indonesia* tahun 2014 mengatakan bahwa IMT tidak dapat digunakan untuk

mengukur KEK pada ibu hamil yang pendek, karena proporsi antara tinggi badan dan berat badan mereka akan di agap normal ketika dihitung, sedengkan dengan LILA pengukuran lengan cukup stabil (Kalsum, Bambang, Ratna *et al.*, 2014).

LILA yang rendah dapat menggambarkan IMT yang rendah pula. Ibu yang menderita KEK sebelum hamil biasanya berada pada status gizi yang kurang, sehingga penambahan berat badan selama hamil harus lebih besar. Makin rendah IMT pra hamil maka makin rendah berat lahir bayi yang dikandung dan makin tinggi risiko BBLR. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran LILA digunakan karena pengukurannya sangat mudah dan dapat dilakukan oleh siapa saja (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013). Selain IMT dan LILA, kriteria lain yang dapat mengindikasikan seorang WUS berisiko tinggi menderita KEK adalah berat badan (BB) < 42 kg saat sebelum hamil, BB < 40 kg pada kehamilan trimester I, dan tinggi badan (TB) < 145 cm (Kalanda, 2007).

2.2.4 Dampak KEK

Akibat KEK saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya yaitu meliputi:

- a. Akibat KEK pada ibu hamil yaitu (Sipahutar, 2013):
 - 1) Terus menerus merasa letih
 - 2) Kesemutan
 - 3) Muka tampak pucat

- 4) Kesulitan sewaktu melahirkan
 - 5) Air susu yang keluar tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, akan
- b. Akibat KEK saat kehamilan terhadap janin yang dikandung antara lain:
- 1) Keguguran
 - 2) Pertumbuhan janin terganggu hingga bayi lahir dengan berat lahir rendah (BBLR)
 - 3) Perkembangan otak janin terlambat, hingga kemungkinan nantinya kecerdasan anak kurang
 - 4) bayi lahir sebelum waktunya (Prematur)
 - 5) Kematian bayi.

Menurut Kristiyanasari (2010) yang dikutip dalam *Buku Gizi Ibu Hamil*, bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada trimester I akan berpengaruh terhadap janin, antara lain dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran (*abortus*), kematian *neonatal*, cacat bawaan, anemia pada bayi, *asfiksia intrapartum* (mati dalam kandungan), bayi lahir dengan BBLR (Kristiyanasari, 2010).

Menurut Zulhaida (2008) dalam jurnal penelitian status gizi ibu hamil serta pengaruhnya terhadap bayi yang dilahirkan, bila ibu mengalami kekurangan gizi pada trimester III akan menimbulkan masalah terhadap ibu dan proses persalinannya, yaitu gizi kurang pada ibu

hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi antara lain: KEK, anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi (Zulhaida, 2008)

Menurut Sari (2011) Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, dan pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (*premature*), persalinan dengan operasi cenderung meningkat, kematian saat persalinan, serta perdarahan pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016).

2.3. Pantang Makan

2.3.1 Definisi Pantang Makan

Pola makan adalah suatu cara atau usaha dalam pengaturan jumlah dan jenis makanan dengan informasi gambaran dengan meliputi mempertahankan kesehatan, status nutrisi, mencegah atau membantu kesembuhan penyakit. Pola konsumsi makan ibu hamil dipengaruhi oleh pola konsumsi keluarga dan distribusi makanan yang terdiri dari jumlah, jenis, frekuensi, serta pantangan makanan (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Makanan yang dikonsumsi manusia digunakan untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya, tetapi ada yang beranggapan bahwa satu atau beberapa makanan dianggap berbahaya bagi yang memakannya, sehingga menimbulkan perilaku seseorang untuk tidak mengonsumsi makanan tertentu, hal tersebut itulah disebut sebagai pantang makan (Sulistyoningsih, 2011).

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Pantang Makan

Pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan tertentu dapat dipengaruhi oleh faktor budaya/kepercayaan yang terdapat dalam masyarakat setempat (Sulistyoningsih, 2011).

1. Faktor sosial budaya

Pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan dapat dipengaruhi oleh faktor budaya sosial dalam kepercayaan budaya adat daerah yang menjadi kebiasaan atau adat. Kebudayaan di suatu masyarakat memiliki cara mengonsumsi pola makan dengan cara sendiri. Dalam budaya mempunyai suatu cara bentuk macam pola makan seperti: dimakan, bagaimana pengolahannya, persiapan dan penyajian (Sulistyoningsih, 2011).

2. Kepercayaan

Agama dan kepercayaan yang dianutnya turut memengaruhi jenis makanan yang dikonsumsi. Sebagai contoh, agama Islam dan Yahudi Ortodoks mengharamkan daging babi, agama Roma Katolik melarang makan daging setiap hari, dan Protestan melarang pemeluknya mengonsumsi teh, kopi atau alkohol

(Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Penelitian yang dilakukan di Bogor dan Indramayu mendapatkan hasil bahwa wanita hamil dilarang memakan buah nanas dan kerak nasi (Khomsan, Faisal, Dadang, *et al.*, 2006). Dalam studi etnografi terhadap etnik Jawa yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul (2012) mendapati bahwa masih terdapat pantangan makan bagi ibu hamil yaitu berpantang terhadap buah dan sayur tertentu yang bisa dikatakan sebagai pengetahuan atau kearifan lokal yang ada di wilayah tersebut (Dinas Kesehatan, 2012).

Terdapat pantangan ataupun mitos-mitos pada masyarakat selama masa kehamilan yang dapat merugikan ibu hamil. Pantangan terhadap makanan tentu akan merugikan apabila berbeda dengan tinjauan medis. Dalam pantangan agama, tahayul, dan kepercayaan tentang kesehatan, terdapat bahan makanan bergizi yang tidak boleh dimakan. Makanan merupakan konstruksi sosial yang dibangun oleh masyarakat melalui budaya setempat, contohnya ibu tidak boleh makan daging, ikan, belut tidak boleh minum air es, susu dsb (Maryam, 2014).

Bukan hanya masalah gizi yang terdapat dalam makanan, namun juga persoalan tentang budaya yang meliputi ketersediaan makan, kebiasaan makan, pantangan makan dan pengambilan keputusan. Sebagai contoh dalam hal pantangan makan yaitu terdapat mitos bahwa ibu hamil tidak boleh makan telur. Di Jawa Tengah, ada kepercayaan bahwa ibu hamil pantang makan telur karena akan mempersulit persalinan (Praditama, 2015). Padahal dalam tinjauan

medis ibu hamil dianjurkan lebih banyak mengonsumsi makanan yang mengandung banyak protein, karena dapat menjadi cadangan energi yang akan digunakan untuk mengejan saat melahirkan. Makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil sekaligus juga akan dikonsumsi oleh janin sehingga perlu menjaga pola makan agar bayi yang dilahirkan tidak lahir berat bayi lahir rendah (BBLR) (Arisman, 2010).

Penelitian yang dilakukan di Thailand pada tahun 2004 oleh Nigenda di kutip dari penelitian Hartati Bahar (2010) menunjukkan bahwa terdapat larangan mengonsumsi makanan tertentu seperti telur karena ketakutan akan bayi yang dilahirkan berbau amis (*bad smell*). Penelitian lain yang dilakukan oleh Alwi dan Ratih di Papua menyatakan bahwa terdapat pantangan makanan (*dietary taboos*) pada wanita hamil, seperti ikan yang akan menyebabkan ASI amis dan beberapa jenis buah, yaitu nenas, ketimun, pisang, yang dianggap dapat menurunkan libido wanita. (Bahar, 2010).

2.3.3 Dampak Pantang Makan

Pantang makanan pada ibu hamil dapat menurunkan asupan gizi ibu yang akan menyebabkan ibu menjadi malnutrisi. Selain itu pantang makan juga berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan produksi air susu. Sehingga kecukupan gizi bayi juga akan berpengaruh. Perilaku pantang makanan tidak sesuai dengan anjuran untuk mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, sayuran, buah, protein hewani, protein nabati serta banyak minum setiap hari (Hartiningtiyaswati, 2010).

2.4. Paritas

2.4.1 Definisi Paritas

Paritas atau *partus* adalah kelahiran (Alwi, Dardjowidjojo, Lapoliwa *et al.*, 2014). Paritas adalah kelahiran bayi yang mampu bertahan hidup. Secara umum, paritas didefinisikan sebagai keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup di luar rahim (28 minggu) (Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi, 2008). Paritas dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram (Varney, Kriebs dan Gego, 2007).

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contoh, seorang wanita dengan status paritas G₃P₁A₁ berarti wanita tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Prawirohardjo, 2012).

2.4.2 Klasifikasi Paritas

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang wanita dapat dibedakan menjadi (Prawiroharjo, 2012):

1. Nullipara

Adalah wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang mampu hidup.

2. Primipara

Adalah wanita yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali yang dapat hidup.

3. Multipara

Adalah wanita yang telah melahirkan sebanyak dua hingga empat kali.

4. Grandemultipara

Adalah wanita yang telah melahirkan lebih dari empat kali atau lebih

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi Paritas

Berdasarkan hasil analisis penelitian yang telah dilakukan oleh Salindri (2017) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi paritas, antara lain:

a. Pendidikan ibu

Pendidikan merupakan salah satu variabel kunci dalam pembangunan berkelanjutan dan mampu mempengaruhi seseorang untuk berpandangan realistis tentang jumlah anak ideal yang mendorong suami istri membatasi jumlah keluarga. Tingkat

pendidikan istri atau wanita yang semakin tinggi cenderung untuk memperbaiki kualitas anak dengan cara memperkecil jumlah anak yang dimiliki.

b. Tingkat pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga meliputi pendapatan suami istri dalam usaha untuk memenuhi kebutuhan keluarga pokok dan sampingan dalam kehidupan sehari-harinya. Tingkat pendapatan dapat mempengaruhi pola pikir seseorang dalam mengambil suatu keputusan, misalnya dalam hal memiliki jumlah anak. Keluarga yang tingkat pendapatannya rendah tentu akan mempertimbangkan keputusan dalam hal memiliki jumlah anak yang diinginkan. Jumlah anak yang banyak akan mempengaruhi besarnya biaya yang akan dikeluarkan sedangkan hal tersebut tidak seimbang dengan pendapatan yang diperoleh.

c. Perilaku dan Pengetahuan ibu terhadap KB

Menurut Fishbein dalam Primadani (2011) menjelaskan bahwa pengetahuan seseorang tentang sesuatu hal akan mempengaruhi sikapnya. Sikap tersebut positif maupun negatif tergantung dari pemahaman individu tentang suatu hal tersebut, sehingga sikap ini selanjutnya akan mendorong individu melakukan perilaku tertentu pada saat dibutuhkan, tetapi jika sikapnya negatif justru akan menghindari untuk melakukan perilaku tersebut. Ibu dengan pemahaman yang baik tentang KB akan memberikan sikap positif terhadap penggunaan KB sedangkan ibu dengan pemahaman yang kurang tentang KB akan cenderung menolak program KB.

2.5. Hubungan Antara Pantang Makan dengan KEK pada Ibu Hamil

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2013) menunjukkan ada hubungan antara budaya pantang makan dengan status gizi pada ibu hamil trimester III, hal ini selaras dengan hasil penelitian Rahmaniar (2011) yang menunjukkan bahwa dari 27 ibu hamil yang memiliki makanan pantangan, 14 di antaranya (51,9%) menderita KEK, dan dari 33 lainnya yang tidak memiliki makanan pantangan, terdapat 7 orang (21,2%) juga menderita KEK. Hasil analisis statistik memperoleh nilai $p = 0,023$ hal ini menunjukkan adanya hubungan antara pantang makan terhadap kejadian KEK pada ibu hamil (Ramaniar, 2011); (Susanti, 2013). Penelitian lain yang dilakukan oleh Hidayati (2011) di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan mengenai hubungan antara pola konsumsi, penyakit infeksi dan pantang makanan terhadap risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di memperoleh hasil bahwa ibu hamil memiliki pantang makanan selama kehamilan yaitu sebesar 30,6%. Dari hasil analisis bivariat diperoleh hubungan yang bermakna antara risiko KEK dengan budaya pantang makanan (Hidayati, 2011).

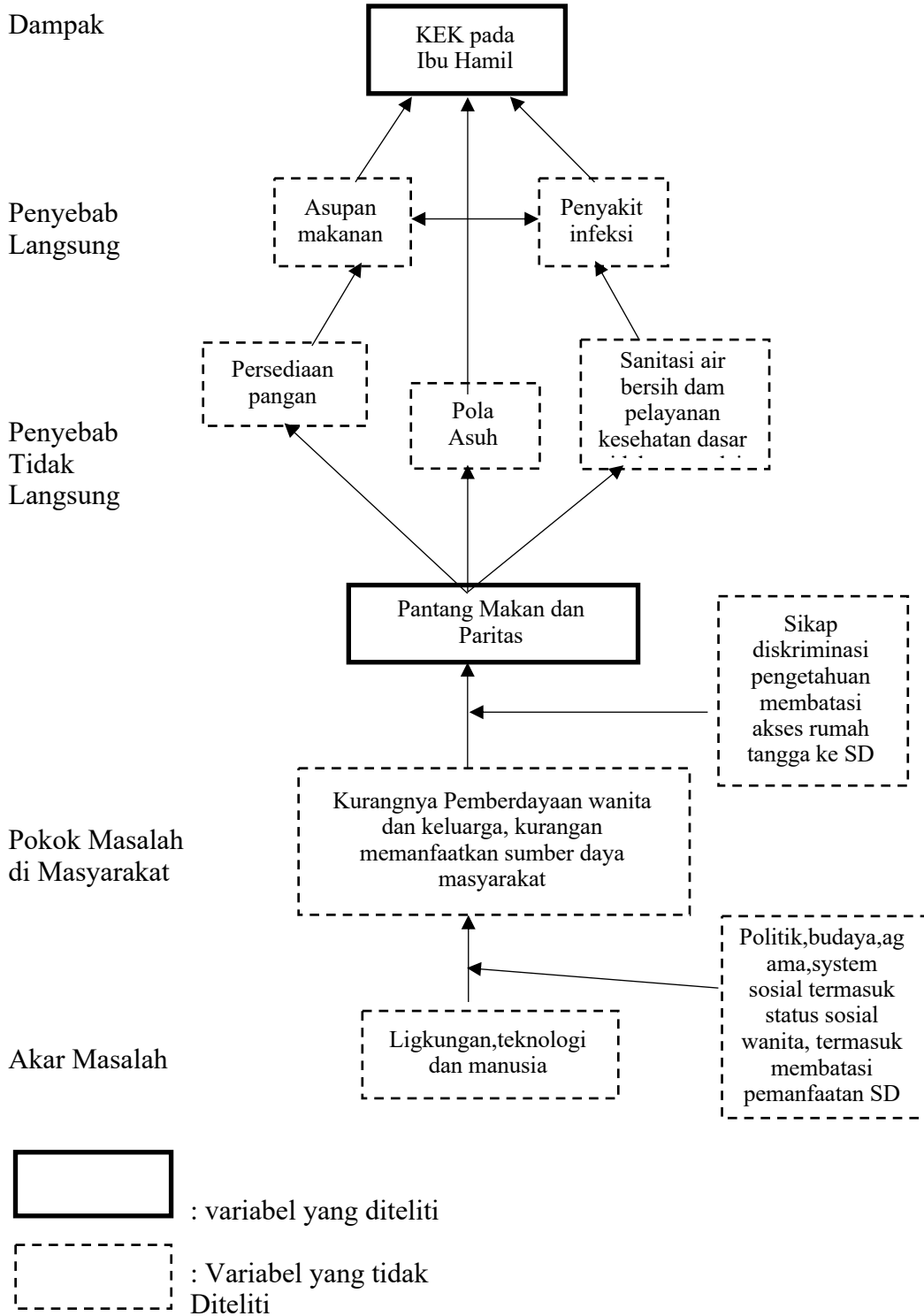
Sedangkan menurut jurnal Oktriyani (2014) menyatakan bahwa tidak didapatkan hubungan antara pola makan dan pantang makan terhadap KEK pada ibu hamil di Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman. Hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Surasih (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pantangan makan dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Kabupaten Banjarnegara.

2.6. Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian KEK pada Ibu Hamil

Dari Hasil analisis univariat pada 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 empat orang. Tetapi tidak didapatkan hubungan bermakna antara paritas dengan ibu hamil resiko KEK. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Handayani dan Budianingru (2011) dari hasil penelitian diperoleh nilai $p = 0,820$ yang menunjukkan tidak ada pengaruh antara KEK ibu hamil dengan jumlah anak yang di lahirkan. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Mahirawati (2014) di Kabupaten Sampan, Jawa Timur, juga menyatakan bahwa tidak didapatkan hubungan bermakna antara jumlah anak dengan kejadian KEK (Mahirawati, 2014).

Hal ini dapat terjadi dikarenakan menurut buku Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB mengatakan bahwa ibu dengan paritas yang kurang dari empat tidak beresiko mengalami gangguan dalam kehamilan (Manuaba, Manuaba dan Manuaba, 2014). Ibu multigravida memiliki kemungkinan 1,021 kali untuk mengalami KEK dibandingkan dengan ibu primigravida, kemudian ibu grandemultigravida juga memiliki kemungkinan 3,200 kali lebih besar untuk mengalami KEK dibandingkan dengan ibu primigravida (Rizkah, Trias, 2017). Penelitian Surasih (2005) menyatakan hal yang serupa bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara paritas dengan KEK. ibu hamil yang paritasnya lebih dari 3 kali mempunyai risiko relatif sama untuk terkena KEK dibandingkan dengan ibu hamil yang paritasnya kurang dari 3 kali.

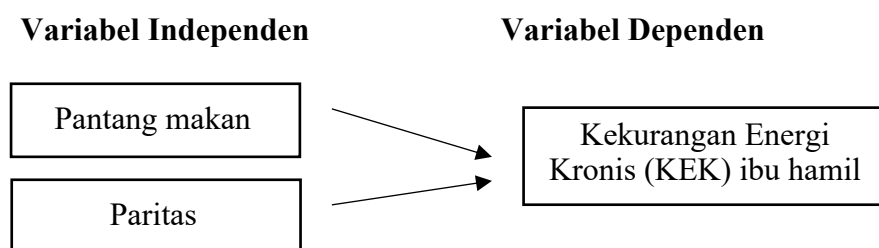
2.7. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: modifikasi kerangka konsep UNICEF (1998)

2.8. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.9. Hipotesis

H_0 : Tidak terdapat hubungan paritas dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Kecamatan Panjang Kota Bandarlampung.

H_a : Terdapat hubungan paritas dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Kecamatan Panjang Kota Bandarlampung.

H_0 : Tidak terdapat hubungan pantang makan dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Kecamatan Panjang Kota Bandarlampung.

H_a : Terdapat hubungan pantang makan dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Kecamatan Panjang Kota Bandarlampung.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik obeservasional. Penelitian menggunakan desain *cross sectional*. Kelebihan dari desain *cross sectional* adalah mudah dilaksanakan, sederhana, ekonomis dalam hal waktu dan hasilnya dapat di peroleh dengan cepat. Studi *Cross Sectional*, yaitu dengan cara pengumpulan data (pengukuran variabel independen dan dependen) sekaligus pada suatu waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2015); (Sastroasmoro dan Ismael, 2011). Tujuannya untuk mencari hubungan antara paritas dan pantang makan terhadap risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Bandar Lampung.

3.2 Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan dengan mengambil lokasi di enam Puskesmas Bandar Lampung yaitu Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur. Waktu pengambilan data di lakukan pada bulan Agustus sampai November 2018.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah subjek besar yang mempunyai karakteristik tertentu. Karakteristik subjek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian. Populasi terjangkau (*accessible population*) suatu penelitian adalah bagian dari populasi yang dapat dijangkau oleh peneliti. Dengan kata lain, populasi terjangkau adalah bagian populasi yang dibatasi oleh tempat dan waktu (Sastroasmorodan dan Ismael 2011); (Budiarto, 2004). Populasi terjangkau untuk penelitian ini adalah semua ibu-ibu hamil usia 18-45 tahun yang datang ke wilayah kerja Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011). Dengan demikian sampel adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya hendak diselidiki, dan bisa mewakili keseluruhan populasinya sehingga jumlahnya lebih sedikit dari populasi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini diantaranya adalah:

1. Ibu bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.
2. Ibu hamil yang berusia 18-45 tahun

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini diantaranya adalah:

1. Ibu hamil dengan penyakit Hepatitis B
2. Ibu hamil dengan HIV
3. Ibu hamil dengan riwayat penyakit tuberculosis
4. Ibu hamil dengan diare kronik
5. Ibu hamil dengan Diabetes Gestasional

Dalam penelitian ini penulis mempersempit populasi dengan cara menentukan besar sampling dengan menggunakan rumus analitik kategorik tidak berpasangan (Dahlan, 2013).

$$n = \frac{(Z\alpha \sqrt{2PQ} + Z\beta \sqrt{P1Q1 + P2Q2})^2}{(P1 - P2)^2}$$

$$n = \frac{(1,96 \sqrt{2 \times 0,4 \times 0,52} + 0,84 \sqrt{0,57 \times 0,43 + 0,4 \times 0,6})^2}{(0,57 - 0,4)^2}$$

$$n = 78,5 = 79 \text{ sampel}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal

Z α = derivat baku alfa (1,96; dengan menggunakan $\alpha=0,05$)

Z β = derivat baku beta (0,84; dengan menggunakan $\beta = 0,20$)

P1 = Proporsi pada kelompok dengan pantang makan dan KEK
57,6% : 0,57

P2 = Proporsi pada kelompok yang tidak pantang makan dan KEK
40%: 0,4 (justmen peneliti)

Q : (1-P) = 1 - 0,48: 0,52

(P1+P2) = 0,57+ 0,4: 0,97

$(P1-P2) =$ selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

$0,57 - 0,4: 0,17$

P: Proporsi total $(P1+P2)/2 = 0,97/2: 0,48$

Q1 : $(1-P1) = 1-0,57: 0,43$

Q2: $(1-P2) = 1-0,4: 0,6$

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

$$n' = \frac{79}{(1-0,1)} = 87,7 = 88 \text{ Sample}$$

Jadi besar sampel menurut rumus diatas sampel yang didapatkan adalah 79 dan unttuk menghindari dropout ditambahkan 10% menjadi 88 sampel. Metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *Purposive Sampling*, yaitu penentuan individu sebagai sampel diambil sesuai dengan karakteristik yang dibutuhkan peneliti, pada penelitian ini diambil ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di enam tempat yaitu, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur (Notoatmodjo, 2015).

3.4. Identifikasi Variabel

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel yang dapat mempengaruhi variabel terikat pada penelitian kali ini adalah paritas dan pantang makan ibu hamil.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel yang dipengaruhi variabel bebas pada penelitian kali ini adalah kurang energi kronik pada ibu hamil.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 4. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Kategori	Skala pengukuran
1	KEK ibu hamil	Keadaan dimana penderita kekurangan makanan atau nutrien yang berlangsung menahun pada wanita hamil (Sipahutar, Aritonang dan Siregar, 2013).	Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)	Pita LILA	1=KEK (LILA: <23,5 cm) 2=Bukan KEK (LILA: >23,5 cm) (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2013)	Ordinal
2	Paritas	Jumlah kelahiran yang menghasilkan bayi (aterm) baik hidup ataupun mati (Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi, 2008).	Wawancara dengan responden	Kuesioner	1=grande-multipara (> 4 anak) 2=primipara & multipara (<4 anak) (Albugis, 2008)	Ordinal
3	Pantang makan terhadap KEK ibu hamil	Larangan tertentu untuk mengonsumsi jenis makanan tertentu karena ancaman hukuman apabila melanggar (Sulistyoningsih, 2001).	Wawancara dengan responden	Kuesioner	Berdasarkan nilai median dikatakan: 1. Ada (< 36 jumlah Skor) 2. tidak ada (≥ 36 jumlah skor) (Dahlan, 2014).	Ordinal

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, yaitu data yang diambil langsung dari subjek penelitian. Untuk memperoleh data

primer, peneliti menggunakan lembar kuesioner yang berisi beberapa item pertanyaan dan akan dibagikan secara langsung kepada responden, yaitu ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur. Untuk mengukur ibu tersebut di kategorikan KEK dan tidak KEK maka peneliti mengukur lengan ibu hamil dengan menggunakan pita LILA pada saat memberikan kuesioner. Sebelumnya peneliti akan menjelaskan tujuan penelitian terhadap subjek, lalu subjek penelitian diminta kesediaan untuk ikut berpartisipasi. Apabila bersedia, subjek akan mengisi lembar *informed consent*. Pengumpulan data responden dilakukan pada waktu yang telah disepakati oleh peneliti dan masing-masing puskesmas, dengan cara mengumpulkan ibu hamil pada hari tertentu untuk dilakukan pengukuran dan membagikan kuesioner untuk diisi oleh responden.

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini adalah lembar pertanyaan (kuesioner) pantang makan untuk wawancara responden penelitian dan pengukuran LILA dengan cara menggunakan pita LILA untuk mengetahui Hubungan antara Paritas dan Pantang Makan Terhadap Kurang Energi Kronik pada Ibu Hamil. Kuesioner yang digunakan diambil dari penelitian dr. Dian Isti Angraini, S.ked, M.P.H. dan sudah tervalidasi. Kuesioner menggunakan skala Likert dengan skor 1-5. Dengan pembagian skala SST (sangat tidak setuju), ST (tidak setuju), TT (tidak tahu), S (setuju) dan SS (sangat setuju).

3.8 Tahap Penelitian

3.8.1 Tahap Perencanaan Penelitian

Tahap perencanaan ini terdiri dari:

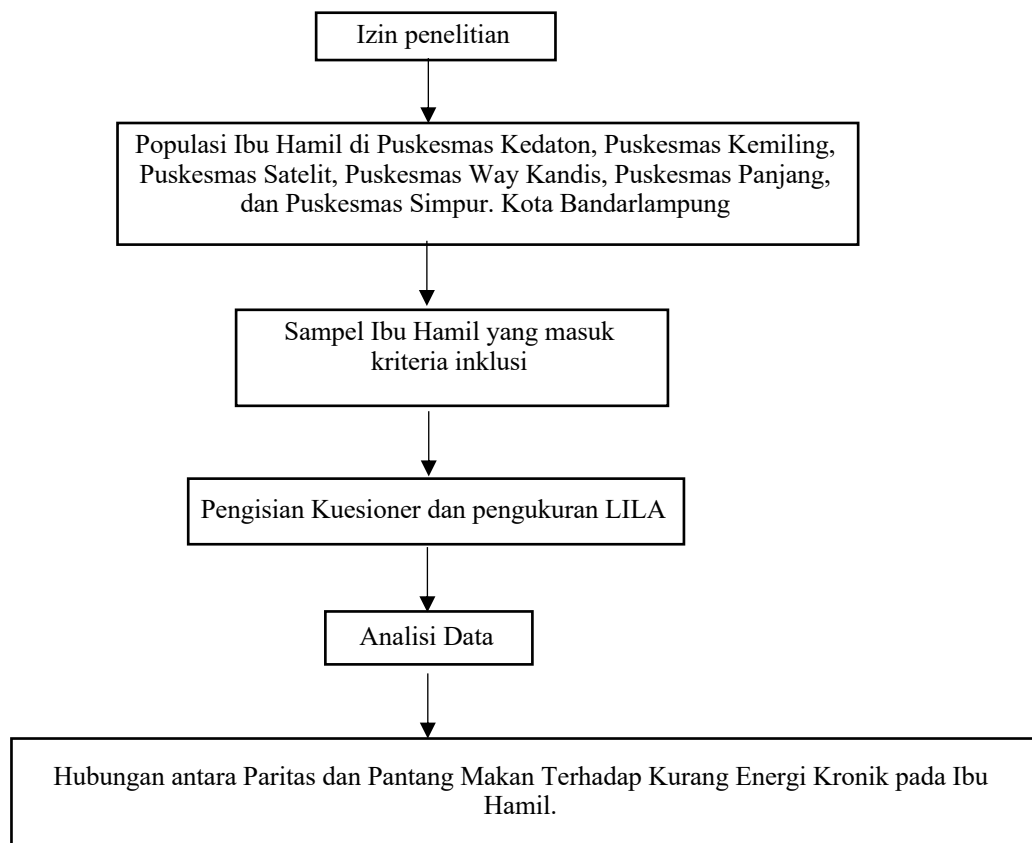
- a. Merencanakan topik dan tema bersama dosen pembimbing.
- b. Melakukan presurvei di beberapa Puskesmas Bandar Lampung.
- c. Membuat proposal penelitian
- d. Membuat surat izin penelitian ke instansi terkait seperti Dinas Kesehatan Kota Bandarlampung, Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur
- e. Merancang instrument Penelitian
- f. Mengurus *Ethical Clearance* penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

3.8.2 Tahap Pengambilan Data

Tahapan ini dilaksanakan pada bulan Agustus 2018. Setelah mengetahui jumlah ibu hamil yang terapat di Puskesmas Kedaton, Puskesmas Kemiling, Puskesmas Satelit, Puskesmas Way Kandis, Puskesmas Panjang, dan Puskesmas Simpur maka pengambilan data menjadi lebih mudah. Pengambilan data dilaksanakan dengan cara mendatangi keenam puskesmas pada waktu kunjungan ibu hamil yang ditentukan ataupun menyesuaikan jadwal dengan pihak puskesmas untuk mengumpulkan ibu hamil dalam satu waktu yang telah disepakati. Pengambilan data dilakukan dengan cara membagikan

kuesioner yang dapat diisi oleh responden untuk variabel bebas dan mengukur LILA ibu hamil untuk melihat hubungan dengan variabel terikatnya. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner pantang makan yang sudah di validasi sebelumnya.

3.8.3 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh dari proses pengumpulan data akan diubah kedalam bentuk tabel-tabel, lalu data diolah menggunakan program

statistik. Kemudian, proses pengolahan data menggunakan program komputer, terdiri dari beberapa langkah:

a. Coding

Untuk mengkonversikan (menerjemahkan) data yang dikumpulkan selama penelitian kedalam simbol yang cocok untuk keperluan analisis.

b. Entry data

Memasukkan data kedalam komputer dengan menggunakan program analisis statistik.

c. Tabulasi

Hasil pengolahan data dimasukkan ke dalam tabel distribusi.

d. Verifikasi

Memeriksa data secara visual terhadap data yang akan dimasukkan kedalam computer.

e. Analisis

Menyajikan data dan melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan menjawab hipotesa yang telah diajukan.

f. Output computer

Hasil yang telah dianalisis oleh komputer kemudian dicetak.

3.9.2 Analisis Data

Analisis statistik dengan menggunakan program komputer untuk mengolah data yang diperoleh, lalu akan dilakukan analisis univariat.

a. Analisa Univariat:

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik data dengan

skala pengukuran kategorik, data yang disajikan berupa jumlah (n) dan persentase tiap kategori (%), serta ditampilkan dalam bentuk tabel. Analisis ini dilakukan untuk menyajikan dan menggambarkan distribusi frekuensi data demografi, variabel dependen dan independen yang diteliti dalam bentuk presentase yang disajikan dalam bentuk tabel. Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik masing-masing table yaitu pantang makan, presepsi budaya dan KEK pada ibu hamil dengan distribusi frekuensi yang akan ditampilkan dalam bentuk narasi dan table. (Dahlan, 2013)

b. Analisa Bivariat:

Analisa bivariat adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (independen) dengan variabel terikat (dependen), penelitian menggunakan uji statististik komparatif tidak berpasangan *Chi-Square* yang sebelumnya dilakukan penggabungan sel untuk memenuhi syarat chi-square namun terdapat nilai expected kurang dari lima sebesar maksimal 20% dari total jumlah sel, maka dari itu peneliti melakukan Uji *Fisher*. Analisa data dilakukan dengan bantuan komputer dengan nilai signifikan 0,05 Artinya bila hasil uji statistik menunjukkan $p < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak sehingga hubungan bermakna antara variabel independen yang diteliti dengan variabel dependen. Sedangkan bila $p > 0,05$ maka H_a di tolak dan H_0 gagal di tolak sehingga tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel independen yang diteliti dengan variabel dependen.

3.10 Etika Penelitian

Penelitian ini memperhatikan aspek etika penelitian dengan cara:

Setelah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etika Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Lampung mengenai etika penelitian dengan nomor surat 5112/UN26.18/PP/05.02.00/2018. Memberi penjelasan mengenai prosedur penelitian dan meminta izin kepada responden dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian dan akan merahasiakan identitas guna melindungi dan menghormati responden.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Simpulan yang didapatkan setelah dilakukan penelitian ini adalah

1. Jumlah prevalensi ibu hamil yang menderita KEK di Puskesmas Kota Bandar Lampung sebanyak 40,9%.
2. Jumlah prevalensi ibu hamil yang memiliki paritas lebih dari 4 anak di Puskesmas Kota Bandar Lampung sebanyak 11,4%.
3. Jumlah prevalensi ibu hamil yang memiliki pantangan terhadap makanan di Puskesmas Kota Bandar Lampung sebanyak 44,3%.
4. Terdapat hubungan antara pantang makan terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Kota Bandar Lampung.
5. Tidak terdapat hubungan paritas terhadap KEK pada ibu hamil di Puskesmas Kota Bandar Lampung.

5.2 Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya
 - a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pantang makan pada ibu hamil.
 - b. Perlu dilakukan penelitian kualitatif tentang pantang makan apa saja yang dapat mempengaruhi status gizi ibu hamil.

2. Bagi ibu hamil sebaiknya rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di puskesmas agar dapat diketahui faktor-faktor penyulit kehamilan dan diberikan penanganan segera.
3. Bagi Puskesmas disarankan memberikan penyuluhan terhadap ibu-ibu terutama calon ibu untuk memperhatikan usia yang baik pada saat memulai kehamilan.
4. Bagi Pemerintah peneliti menyarankan agar mendorong masyarakat khususnya wanita prakonsepsi agar dapat lebih memperhatikan status kesehatan dan ketersediaan pangan ditingkat keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiyati E. 2013. Hubungan Pengetahuan dan Asupan Gizi Terhadap Kejadian KEK Pada Ibu Hamil di Kecamatan Terbanggi Besar Kabupaten Lampung Tengah Provinsi Lampung [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Adriani M dan Wirjatmadi, B. 2012. Pengantar Gizi Masyarakat. Jakarta: Kencana.
- Albugis D. 2008. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekurangan Energi Kronik pada Ibu Hamil di Wilayah Puskesmas Jembatan Serong Kecamatan Pancoran Mas Depok Jawa Barat. Depok [Skripsi]. Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Almatsier S. 2010. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Alwi H, Dardjowidjojo S, Lapoliwa H dan Moeliono AM. 2014. Tata Bahasa Bahasa Indonesia. Jakarta: Departemen Pendidikan Nasional Balai Pustaka.
- Arisman, 2009, Buku Ajar Ilmu Gizi: Gizi dalam Daur Kehidupan, Jakarta: EGC.
- Ariyani, Diny E, Endang LA dan Anies I. 2012. Validitas Lingkar Lengan Atas Mendeteksi Kekurangan Energi Kronik pada Wanita Indonesia. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 7(2):83-90.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2007. Hindari 4 Terlalu. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Bahar H. 2010. Kondisi Sosial Budaya Berpantang Makanan dan Implikasinya pada Kejadian Anemia Ibu Hamil (Studi Kasus pada Masyarakat Pesisir Wilayah Kerja Puskesmas Abeli di Kota Kendari). Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Beck M. 2011. Ilmu Gizi Dan Diet Hubungannya Dengan Penyakit-Penyakit Untuk Perawat Dan Dokter. Yayasan Essentia Medica: Yogyakarta.
- Budiarto E. 2004. Metodologi Penelitian Kedokteran. Jakarta: EGC
- Dahlan SM. 2013. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel. Jakarta: Salemba

Medika.

- Dahlan SM. 2014. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Darmadi. 2008. Infeksi Nosokomial: Problematika Dan Pengendaliannya. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Departemen Kesehatan RI. 2009. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departmen Kesehatan RI. 2007. Pedoman pengukuran dan pemeriksaan. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat. 2014. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Rajawali Pers.
- Dinas Kesehatan. 2016. Profil Kesehatan Provinsi Lampung. Lampung: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.
- Dinas Kesehatan. 2012. Profil gizi Kabupaten Bantul 2012. Bantul: Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
- Dharmawati IGAA dan Wirata N. 2016. Hubungan Tingkat Pendidikan, Umur, dan Masa Kerja dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Guru Penjaskes SD di Kecamatan Tampak Siring Gianyar. *Jurnal Kesehatan Gigi*. 4(1)
- Fatimah, Hadju V, Bahar B dan Abdullah Z. 2011. Pola konsumsi dan kadar hemoglobin pada ibu hamil di Kabupaten Maros, Sulawesi Selatan. *Makala Kesehat*.15(1):31-6.
- Gibney MJ, Barrie MM, John MK dan Lenore A, Penyuting. 2008. Gizi Kesehatan Masyarakat. Jakarta: EGC.
- Handayani S dan Bunianingrum S. 2011. Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kekurangan Energi Kronis pada Ibu Hamil di Wilayah Puskesmas Wedi Klaten. *Jurnal Involusi Kebidanan*, Vol. 1 No. 1 42-60
- Hartriyanti Y dan Triyanti. 2007. Penilaian Status Gizi, dalam Gizi dan Kesehatan Masyarakat. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Hartiningtiyaswati S. 2010. Hubungan Perilaku Pantang Makan Dengan Lama Penyembuhan Luka Perineum Pada Ibu Nifas Di Kecamatan Srengat Kabupaten Blitar. KTI Progam D IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Hastuti I. 2012. Alokasi Pengeluaran Pangan dan Asupan Makan Sebagai Faktor

Resiko Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Calon Pengantin Wanita di Kabupaten Bantul [Skripsi]. Yogyakarta: UGM.

Hidayati F. 2011. Hubungan antara pola konsumsi, penyakit infeksi dan pantang makanan terhadap risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di puskesmas Ciputat kota Tangerang Selatan tahun 2011 [Skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Helena. 2013. Gambaran Pengetahuan Gizi Ibu Hamil Trimester Pertama dan Pola Makan dalam Pemenuhan Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Parsoburan Kabupaten Toba Samosir [Skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara.

Indreswari M, Hardiansya dan Damanik MRM. 2008. Hubungan antara Intensitas Pemeriksaan Kehamilan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Konsumsi Tablet Besi dengan Keluhan Selama Kehamilan. *Jurnal Gizi dan Pangan* 3(1):12-21.

Istiany A dan Rusilanti. 2014. *Gizi Terapan*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset

Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JHPIEGO.

Kalanda B. 2007. Maternal antropometry and weight gain as risk factor for poor pregnancy outcomes in a rural area of Southern Malawi. *Malawi Medical Journal*. 19(4):149–153.

Kalsum U, Bambang S, Ratna D, Endang LA dan Abas BJ. 2014. A New Alternative Indicator for Chronic Energy Deficiency in Women of Childbearing Age in Indonesia. *Jurnal New indicator for chronic energy deficiency*. 5(2).

Kastanakis MN, Voyer BG. 2014. The effect of culture on perception and cognition: a conceptual framework.

Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Infodatin situasi gizi di indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI.

Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016. *Laporan Akhir Kajian Partisipasi Organisasi Perempuan dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Barat*. Jakarta: Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

- Khomsan A, Faisal A, Dadang S, Hadi R dan Eddy SM. 2006. Studi tentang pengetahuan gizi ibu dan kebiasaan makan pada rumah tangga di daerah dataran tinggi dan pantai. *Jurnal Gizi dan Pangan*.1(1):23–8
- Kliranayungie CB. 2012. Hubungan Status Gizi dan Faktor Lain dengan Berat dan Panjang Lahir Bayi di Rumah Sakit Sint Carolus Jakarta bulan Juli-September 2011[Skripsi]. Depok: Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kusmiyati Y, Heni PW dan Sujiyatini. 2009. Perawatan Ibu Hamil asuhan Ibu Hamil. Yogyakarta: Fitramaya.
- Kristiyanasari W. 2010. Gizi Ibu Hamil. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mahirawati VK. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Kecamatan Kamoning dan Tambelangan, Kabupaten Sampang, Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 17(2):193–202.
- Manuaba IBG, Manuaba IAC dan Manuaba IBGF. 2014. Pengantar Kuliah Obstetri. Jakarta: EGC.
- Maryam S. 2014. Gizi dalam kesehatan reproduksi. Jakarta: Salemba Medika
- Maulana M. 2008. Panduan Lengkap Kehamilan. Yogyakarta: Kata Hati.
- Mitayani dan Wiwik S. 2010. Buku Saku Ilmu Gizi. Jakarta: CV Trans Info Media
- Moehji, S. 2013. Ilmu Gizi II. Penanggulangan Gizi Buruk. Jakarta: Papas Sinar Sinanti Bhratara.
- Mubarak WI, Chyanti N, Rozikin K dan Supardi. 2007. Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Muliawati S. 2012. Faktor Penyebab Ibu Hamil Kurang Energi Kronis di Puskesmas Sambi Kecamatan Sambi Kabupaten Boyolali Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*. 3(3).
- Musbikin I. 2008. Panduan Bagi Ibu Hamil dan Melahirkan. Yogyakarta: Mitra Pustaka.
- Mochtar R. 2005. Kasus-Kasus Risiko Tinggi Dalam Obstetri. Sinopsis Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Najoan J dan Mamamping A. 2011. Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Dengan Kekurangan Energi Kronik Pada Ibu Hamil di Kelurahan Kombos Barat Kecamatan Singkil Kota Manado [Tesis]. Manado: Universitas

Sam Ratulangi.

- Narasiang BR, Mayulu N dan Kawengian S. 2016. Gambaran Pola Konsumsi Makanan pada Ibu Hamil di Kota Manado. Universitas Sam Ratulangi: Jurnal e-Biomedik (eBm). 4(2).
- Nita MHD, Hanim D, Prasodjo, Poncorini E dan Suminah. 2016. Hubungan Sarapan Dan Sosial Budaya Dengan Status Gizi Anak SD Pulau Semau Kabupaten Kupang. Jurnal Penelitian Gizi dan Makanan: Universitas Sebelas Maret Surakarta. Vol. 39 (2): 119-127.
- Notoatmojo S. 2015. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo S. 2011. Kesehatan masyarakat ilmu dan seni edisi revisi. Jakarta. PT. RIneka Cipta.
- Nur'Arofah UI dan Puspitasari DI. 2017. Perbedaan Pengetahuan Gizi Prakonsepsi dan Tingkat Konsumsi Energi Protein pada Wanita Usia Subur (WUS) Usia 15-19 Tahun Kurang Energi Kronik (KEK) dan Tidak KEK di SMA Negeri 1 Pasawahan. Jurnal Kesehatan ISSN 1979-7621. 10(2): 23-36.
- Oktriyani dan Jeffrie M, Astiti D. 2014. Pola makan dan pantangan makan tidak berhubungan dengan kekurangan energi kronis pada ibu hamil. Jurnal Gzi dan Dietik Indonesia. 2(3).
- Paaht EF, Rumdasih Y dan Heryati. 2015. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi. Jakarta. EGC.
- Pemerintah Provinsi Lampung. 31 Oktober 2017. Upah Minimum Provinsi Lampung 2018 Ditetapkan Rp2.074.673 [Artikel Online]. <http://lampungprov.go.id>
- Perpustakaan Digital Budaya Indonesia. 21 Desember 2017. Tumpeng Punar. [Artikel Online]. <https://budaya-indonesia.org/Tumpeng-Punar>
- Proverawati A, Asfuah S. 2009. Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Praditama AD. 2015. Pola Makan pada Ibu Hamil dan Pasca Melahirkan di Desa Tiripan Kecamatan Berbek Kabupaten Nganjuk. Jurnal Unair [Jurnal Online] [diunduh 20 Juli 2018]. Tersedia dari <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-aunea282ad76dfull.pdf>
- Prawirohardjo S. 2012. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo S. 2012. Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Primadani H. 2011. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Paritas Di Kota

Surabaya [Skripsi]. Surabaya: Universitas Negeri Surabaya.

- Rahmaniar AMB, 2011. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil di Tampa Padang, Kabupaten Mamuju, Sulawesi Barat. Artikel. Makasar: Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
- Rizkah Z dan Trias M. 2017. Hubungan Antara Umur, Gravida, Dan Status Bekerja Terhadap Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Dan Anemia Pada Ibu Hamil. Jurnal Amarta Nutrision [Jurnal Online] [diunduh 29 Juli 2018]. Tersedia dari <https://e-journal.unair.ac.id/AMNT/article/view/6228>.
- Salindri Y. 2017. Hubungan Pengetahuan dan Cara Minum Tablet Fe dengan Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Ganti Warno. Jurnal Kesehatan Akbid Wira Buana. 2(1):44-53.
- Sastroasmoro S dan Ismael S. 2011. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sediaoetama AD. 2014. Buku Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi. Jakarta: Dian Rakyat.
- Shafique S, Akhter N, Stallkamp G, Pee Sd, Panagides D, dan Bloem MW. 2007. Trends of Under and Overweight Among Rural and Urban Poor Women Indicate Dhe double Burden of Malnutrition in Bangladesh. International Journal of Epidemiology.36(2):449-57
- Simarmata M. 2008. Hubungan Pola Konsumsi, Ketersediaan Pangan, Pengetahuan Gizi dan Status Kesehatan Dengan Kejadian KEK Pada Ibu Hamil di Kabupaten Simalungun Medan [Skripsi]: Universitas Sumatera Utara.
- Sipahutar HF, Aritonang EY dan Siregar AS. 2013. Gambaran Pengetahuan Gizi Ibu Hamil Trimester Pertama dan Pola Makan dalam pemenuhan Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Pasoburan Kecamatan Habinsara Kabupaten Toba Samosir.Jurnal Kesehatan Masyarakat [Online Jurnal] [diunduh 19 Agustus 2018]. Tersedia dari: <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/gkre/article/view/9812/4290>.
- Sugiyono. 2011. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D. Bandung: Afabeta.
- Sulistyoningsih H. 2011. Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa IDM, Bakri B dan Fajar I. 2013. Penilaian Status Gizi (Edisi Revisi). Jakarta: EGC.
- Susanti A, Rustono dan Asiyah N. 2013. Budaya pantang makan, status ekonomi

dan pengetahuan zat gizi ibu hamil pada ibu hamil trimester III dengan status gizi. JIKK.

- Surasih H. 2005. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keadaan Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Kabupaten Banjarnegara [Skripsi]. Bandung: Institut Pertanian Bogor.
- Suni S. 2016. Hubungan Kebiasaan Minum Teh dan Pengetahuan Gizi dengan Kadar Hemoglobin pada Siswi di SMK Negeri 1 Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo. [Skripsi]. Solo: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Soetjiningsih dan Ranuh IGGDG. 2013. Tumbuh Kembang Anak Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Unicef. 1998. The State of The World's Children 1998. New York: Oxford University press.
- Wulandari NAR, Ernawati dan Akbar MIA. 2017. Difference of calcium levels in Javanese, Madurese, and Chinese preeclamptic women. *Majalah Obstetri & Ginekologi*. 25(3): 86-91.
- Varney H, Kriebs JM dan Gego CL. 2007. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Ververs M, Annick A, Anita S, Nelly S dan Valerie C. 2013. Which Anthropometric Indicators Identify a Pregnant Woman as Acutely Malnourished and Predict Adverse Birth Outcomes in the Humanitarian Context?. *Jurnal NCBI*.
- Ververs M. 2011. Identification of acute malnutrition, adverse birth outcomes and nutritional care for pregnant, lactating women in emergencies or protracted crises [Online Journal] [Diunduh 15 Agustus 2015]. Tersedia dari : <https://www.researchgate.net/file.PostFileLoader.html>
- World Health Organization (WHO). 2010. Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide. Geneva: WHO
- Zulhaida. 2008. Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi yang Dilahirkan. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.