



**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN RISIKO
KURANG ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU
HAMIL DI DESA SUKOWONO
KECAMATAN SUKOWONO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Ria Novitasari
NIM 122310101022**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**



**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN RISIKO
KURANG ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU
HAMIL DI DESA SUKOWONO
KECAMATAN SUKOWONO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan
(S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Ria Novitasari
NIM 122310101022

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN RISIKO
KURANG ENERGI KRONIS (KEK) PADA IBU
HAMIL DI DESA SUKOWONO
KECAMATAN SUKOWONO
KABUPATEN JEMBER**

Oleh
Ria Novitasari
NIM 122310101022

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember" telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : 15 Juni 2016

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji

Pembimbing I,



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes
NIP 19780323 200501 2 002

Pembimbing II,



Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep
NIP 19870719 201504 2 002

Penguji I,



Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep
NIP 19810811 201012 2 001

Penguji II,



Hanny Rasni, M.Kep
NIP 19761219 200212 2 003

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes
NIP 19780323 200501 2 002

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. ibu tercinta Sriati dan bapak tercinta Sriadi Purwanto yang selalu memberi semangat setiap detik dan menjadi alasan saya untuk gigih berjuang demi menjadi putri yang mampu membanggakan beliau;
2. adik saya Rendi Adi Kurniawan, terimakasih untuk selalu menjadi tameng di segala kondisi sulit yang saya hadapi;
3. sahabat-sahabat saya Sofiatul Ma'fuah, Reny Dwi Nurmasari, Fakhrun Nisa' Fiddaroini, Lina Nur Khumairoh, dan Retno Puji Astuti yang selalu setia menemani dalam setiap langkah perjuangan saya;
4. keluarga besar angkatan 2012 "Florence Nightingale '12" PSIK Universitas Jember;
5. seluruh guru-guru saya dari TK Fafitri Jember, SDN Kepatihan 5 jember, SMPN 1 Jember, dan SMAN 2 Jember yang turut memberikan saya semangat untuk menggapai masa depan yang cerah;
6. seluruh dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah berperan banyak;
7. almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas yang sudah mengantar menuju masa depan yang lebih cerah.

MOTO

“Sesungguhnya di setiap masalah disertai jalan keluar. Kemudian apabila engkau bertekad, maka berusahalah. Dan kepada Tuhanmu saja hendaklah kamu menaruh harapan”
(Q.S. Al Insyirah ayat 6-8)

“... Dia menjadikan kamu dalam perut ibumu kejadian demi kejadian dalam tiga kegelapan. Yang (berbuat) demikian itu adalah Allah, Tuhan kamu, Tuhan yang mempunyai kerajaan. Tidak ada Tuhan (yang berhak disembah) selain Dia, maka bagaimana kamu dapat dipalingkan?”
(Q.S. Az-Zumar ayat 6)

“Dan kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepada-Ku dan kepada dua orang ibu bapakmu, hanya kepada-Kulah kembalimu”
(Q.S. Luqman ayat 14).

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ria Novitasari

NIM : 122310101022

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis Pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan hasil karya jiplakan. Saya bertanggung jawab sepenuhnya atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2016

Yang menyatakan

Ria Novitasari

NIM 122310101022

Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono kabupaten Jember (*The Correlation between Parity with Risk of Chronic Energy Deficiency (CED) Incident in Pregnant Woman in Sukowono Village Sukowono District Jember Regency*)

Ria Novitasari

School of Nursing, Jember University

ABSTRACT

Risk of Chronic Energy Deficiency (CED) was a manifestation of macro nutritional problem if it occurred in women of childbearing age and pregnant women. Macro nutritional problem was a problem primarily caused by a lack or imbalance of energy intake and protein. The aim of the research is analyze the correlation between parity with risk of Chronic Energy Deficiency (CED) incident in Pregnant Woman in Sukowono Village Sukowono District Jember Regency. This research was correlational study using cross sectional study. The data were collected by total sampling with the samples total are 56 respondents and analyzed by Chi-Square Test. The result used chi-square test statistic showed p-value $0,384 > (0,05)$ and odds ratio was 0,255. Based on primary data obtained by six pregnant women with risk of Chronic Energy Deficiency (CED) and 50 pregnant women with not Chronic Energy Deficiency (CED). There are 23 primiparous, 26 multiparous, and seven grandemultiparous. It's means that there wasn't significant correlation between parity with risk of Chronic Energy Deficiency (CED) in Pregnant Woman in Sukowono Village Sukowono District Jember Regency. It caused the majority of pregnant planned the pregnancy that affect the correlation between parity with incident of risk of Chronic Energy Deficiency (CED). Based on the result, nurses can perform their role as an educator for pregnant woman about the imbalance of energy intake and protein. Nurses can give education about the important of number of parity in pregnant woman.

Key words: *Chronic Energy Deficiency (CED), Parity, Pregnant Woman*

RINGKASAN

Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember; Ria Novitasari, 122310101022; xix + 148 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. Ibu hamil dengan LILA <23,5 cm menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi merupakan faktor utama kematian ibu dimana proporsinya berkisar antara kurang dari 10% sampai hampir 60%. Kehamilan akan memicu perubahan baik secara anatomis, fisiologis, maupun biokimia. Adanya perubahan tersebut akan sangat mempengaruhi kebutuhan gizi ibu hamil yang bertujuan untuk memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan janin. Risiko Kurang Energi Kronis merupakan suatu manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein. Kebutuhan wanita hamil akan meningkat dari biasanya. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri karena ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya. Mengandung kembali akan menimbulkan

masalah gizi bagi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung. Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan korelasional dengan menggunakan pendekatan retrospektif untuk mengetahui hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *non random sampling* atau *non probability sampling* dengan pendekatan *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 56 ibu hamil. Analisis data statistik menggunakan uji *chi-Square*.

Hasil dari penelitian ini adalah H_0 ditolak maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember dengan nilai signifikan $(p) = 0,384 > (0,05)$, *odds ratio* dengan nilai 0,255. Hal ini dikarenakan sebagian besar ibu hamil merencanakan jarak kehamilannya sehingga mempengaruhi korelasi antara paritas dengan risiko KEK pada ibu hamil. Penelitian yang dilakukan memberikan saran kepada berbagai pihak, terutama bagi perawat dapat mengaplikasikan perannya sebagai *educator*/pendidik dalam memberikan pendidikan mengenai pentingnya keseimbangan asupan energi dan protein selama masa kehamilan, dan selain itu perawat juga memberikan pendidikan mengenai pentingnya pertimbangan dalam menentukan jumlah paritas bagi ibu hamil.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
2. Ns. Peni Perdani Juliningrum, M.Kep, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
3. Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep, selaku dosen penguji I yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
4. Ibu Hanny Rasni, M.Kep, selaku dosen penguji II yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;

5. Ns. Anisah Ardiana, M. Kep, selaku dosen pembimbing akademik penulis selama menempuh mata kuliah;
6. Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku dosen pembimbing akademik penulis selama menempuh mata kuliah;
7. ibu, bapak, adik, dan keluarga besar saya yang telah turut memberikan do'a dan semangat dalam penyusunan skripsi ini;
8. keluarga besar PSIK angkatan 2012, yang telah memberikan motivasi dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini;
9. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, besar harapan penulis semoga skripsi ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juni 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
HALAMAN MOTO	vi
HALAMAN PERNYATAAN.....	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	9
1.3 Tujuan	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus.....	9
1.4 Manfaat	10
1.4.1 Bagi Peneliti	10
1.4.2 Bagi Ibu Hamil	10
1.4.3 Bagi Masyarakat	10
1.4.4 Bagi Keperawatan	11

1.4.4 Bagi Pemerintah	11
1.5 Keaslian Penelitian	11
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Konsep Ibu Hamil	13
2.1.1 Definisi Kehamilan	13
2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan	13
2.1.3 Perubahan Fisiologis di Masa Kehamilan	18
2.1.4 Perubahan Psikologis di Masa Kehamilan	24
2.1.5 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil	26
2.1.6 Pengaruh Kurangnya Gizi Pada Ibu Hamil	31
2.1.7 Penilaian Status Gizi Pada Ibu Hamil	32
2.2 Konsep Paritas	33
2.2.1 Pengertian Paritas	33
2.2.2 Klasifikasi Paritas	33
2.2.3 Pengelompokan Paritas	35
2.3 Konsep Risiko Kurang Energi Kronis	35
2.3.1 Pengertian Risiko Kurang Energi Kronis	35
2.3.2 Pengertian Kurang Energi Kronis	36
2.3.3 Faktor Penyebab Risiko Kurang Energi Kronis	37
2.3.4 Tanda Gejala Risiko Kurang Energi Kronis	42
2.3.5 Pengaruh Risiko Kurang Energi Kronis	45
2.5 Hubungan Paritas dengan Risiko Kurang Energi kronis .	46
2.5 Kerangka Teori	50
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL	51
3.1 Kerangka Konseptual	51
3.2 Hipotesis Penelitian	52
BAB 4. METODE PENELITIAN	53
4.1 Desain Penelitian	53
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	53
4.2.1 Populasi Penelitian	53
4.2.2 Sampel Penelitian	54

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	54
4.2.4 Kriteria Sampel	55
4.3 Lokasi Penelitian	56
4.4 Waktu Penelitian	56
4.5 Definisi Operasional.....	57
4.6 Pengumpulan Data.....	58
4.6.1 Sumber Data.....	58
4.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	58
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	60
4.7 Rencana Pengolahan Data.....	60
4.7.1 <i>Editing</i>	60
4.7.2 <i>Coding</i>	61
4.7.3 <i>Processing</i>	62
4.7.4 <i>Cleaning</i>	62
4.8 Analisis Data	62
4.8.1 Analisis Deskriptif	63
4.8.2 Analisis Analitik	63
4.9 Etika Penelitian	64
4.9.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan)	64
4.9.2 <i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	65
4.9.3 <i>Confidentially</i> (Kerahasiaan).....	65
4.9.4 <i>Benefience</i> (Asas Kemanfaatan)	66
4.9.5 <i>Justice</i> (Asas Keadilan).....	66
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	67
5.1 Gambaran Penelitian	67
5.2 Hasil.....	68
5.2.1 Analisis Deskriptif.....	68
5.2.2 Analisis Analitik.....	71
5.3 Pembahasan	73
5.3.1 Karakteristik Responden	73
5.3.1.1 Usia.....	73

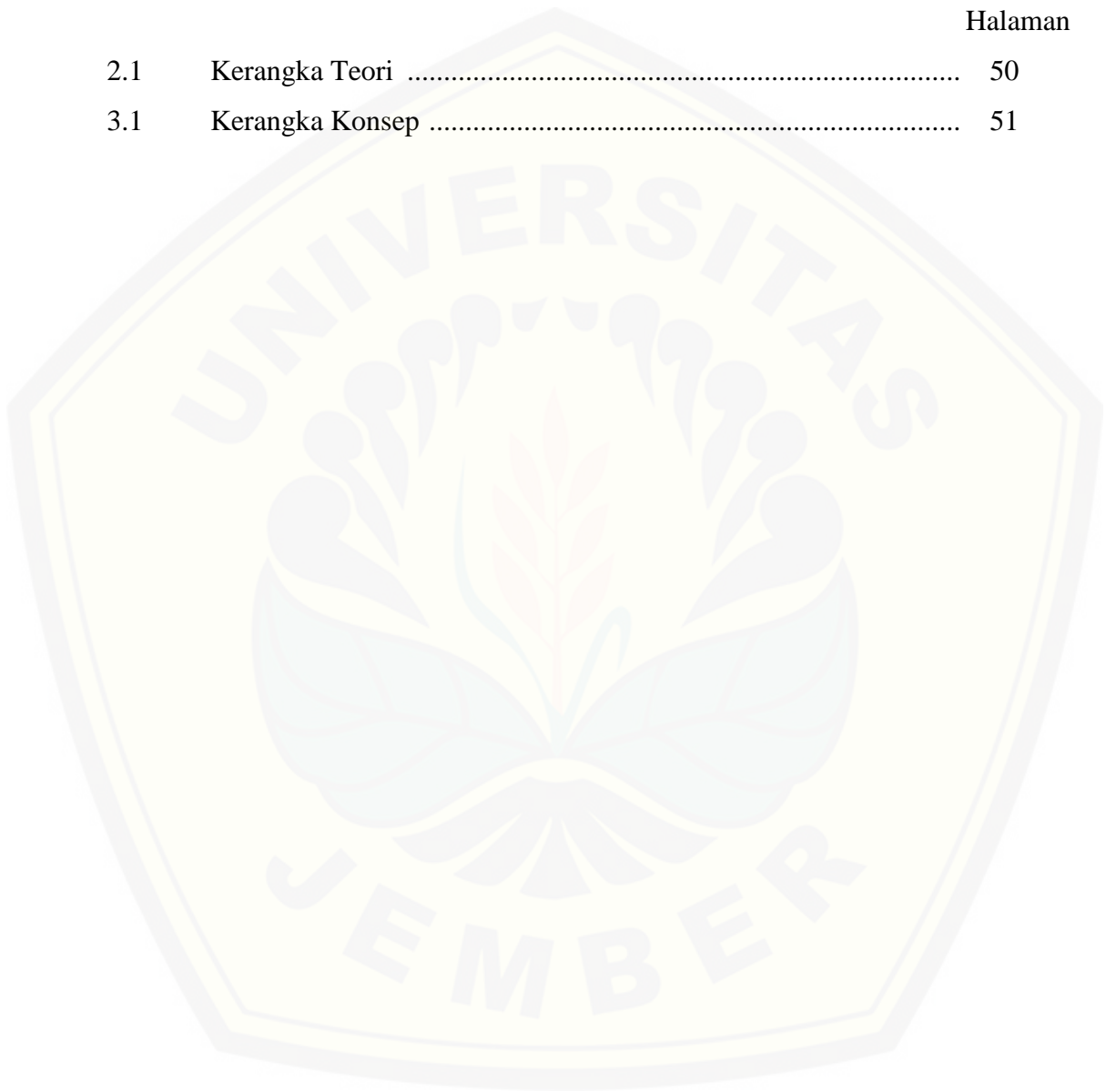
5.3.1.2 Usia Kehamilan	76
5.3.1.3 Tingkat Pendidikan	78
5.3.1.4 Pekerjaan	79
5.3.1.5 Tingkat Pendapatan	81
5.3.1.6 Pengetahuan Ibu Tentang Gizi	82
5.3.2 Paritas Ibu Hamil	83
5.3.3 Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil	85
5.3.4 Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil	88
5.4 Keterbatasan Penelitian	93
5.5 Implikasi Keperawatan	94
BAB 6. PENUTUP	97
6.1 Kesimpulan	97
6.2 Saran	98
6.2.1 Bagi Peneliti	98
6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan	99
6.2.3 Bagi Institusi Keperawatan	99
6.2.4 Bagi Masyarakat	100
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN	109

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Definisi Operasional.....	57
5.1 Distribusi Karakteristik Responden Menurut Usia Ibu Hamil dan Usia Menikah di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 56).....	69
5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Usia Kehamilan, Pendidikan, Pekerjaan, Tingkat Pendapatan, dan Keikutsertaan Penyuluhan Gizi Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 56)	69
5.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Paritas Ibu Hamil, Jarak Kehamilan, dan Kejadian Risiko KEK Ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 56)	71
5.4 Distribusi Frekuensi Responden Kategori Paritas Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember Tahun 2016 (n = 56).....	71
5.5 Analisis Analitik Hubungan Paritas Dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember tahun 2016 (n = 56).....	72

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	50
3.1 Kerangka Konsep	51



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A Lembar <i>Informed</i>	110
B Lembar <i>Consent</i>	111
C Lembar Data Karakteristik Responden	112
D Lembar Kartu Skor Poedji Rochjati.....	114
E Hasil dan Analisa Data.....	115
F Surat Ijin.....	131
G Dokumentasi	141
H Lembar Bimbingan Skripsi	143

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting dari derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan, 2013). Derajat kesehatan perempuan dapat dilihat salah satunya dari angka kematian ibu. Angka kematian ibu pada setiap provinsi di Indonesia beraneka ragam. Berdasarkan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, secara nasional angka kematian ibu sebesar 359 per 100.000. Keadaan ini dapat mengakibatkan risiko keterlambatan memperoleh pelayanan apabila terjadi komplikasi obstetri maupun neonatal (Badan Pusat Statistik, 2012).

Ironisnya dengan data terakhir dari SDKI 2012, terjadi peningkatan AKI sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Bandingkan dengan Kamboja yang sudah mencapai 208 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar sebesar 130 per 100.000 kelahiran hidup, Nepal sebesar 193 per 100.000 kelahiran hidup, India sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup, Bhutan sebesar 250 per 100.000 kelahiran hidup, Bangladesh sebesar 200 per 100.000 kelahiran hidup. Bahkan kini Indonesia sudah tertinggal dengan Timur Leste dalam pencapaian AKI,

dimana AKI Timor Leste mencapai 300 per 100.000 kelahiran hidup (Prakarsa Policy Review, 2013).

Penyebab langsung kematian Ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan (SKRT dalam Kemenkes RI, 2010). Penyebab langsung kematian Ibu adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian Ibu antara lain ibu hamil dengan LILA <23,5 cm pada kehamilan (40%) dan anemia pada kehamilan (37%) (Kemenkes RI, 2010). Ibu hamil dengan LILA <23,5 cm menjadi penyebab utama terjadinya pendarahan dan infeksi merupakan faktor utama kematian ibu dimana proporsinya berkisar antara kurang dari 10% sampai hampir 60% (Minatunnisa dalam Lusiana dkk, 2015). Terjadi peningkatan proporsi ibu hamil dengan LILA <23,5 cm dari 31,3% pada tahun 2010 menjadi 38,5% pada tahun 2013. Tren peningkatan serupa juga terjadi pada WUS yang tidak hamil, yang proporsinya meningkat dari 30,9% pada tahun 2010 menjadi 46,6% pada tahun 2013 (RISKESDAS, 2013).

Kehamilan akan memicu perubahan baik secara anatomis, fisiologis, maupun biokimia. Adanya perubahan tersebut akan sangat mempengaruhi kebutuhan gizi ibu hamil yang bertujuan untuk memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan janin (Sulistyoningsih, 2011). Jika calon ibu memiliki asupan gizi yang cukup dan seimbang, maka akan melahirkan anak yang sehat. Untuk mencapai kondisi ideal ini, banyak yang merasa kesulitan dan bermasalah dengan pemenuhan kebutuhan gizi ini. Sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi, khususnya gizi kurang seperti risiko kurang energi kronis (KEK) (Muliarini, 2010).

Risiko Kurang Energi Kronis merupakan suatu manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein (Alamsyah, 2013). Menurut Depkes RI (2002) dalam Program Perbaikan Gizi Makro menyatakan, bahwa risiko KEK dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil). Kebutuhan wanita hamil akan meningkat dari biasanya. Karena peningkatan jumlah konsumsi makan perlu ditambah terutama konsumsi pangan sumber energi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin, maka kurang mengkonsumsi kalori akan menyebabkan malnutrisi.

Sebagai respon terhadap pertumbuhan janin dan plasenta yang cepat serta kebutuhan-kebutuhan yang semakin meningkat, ibu hamil mengalami perubahan metabolik. Sebagian besar penambahan berat badan selama hamil dihubungkan dengan uterus dan isinya, payudara, berubahnya volume darah serta cairan ekstrasel dan ekstrasvaskuler. Penambahan berat badan adalah akibat perubahan metabolik yang menyebabkan bertambahnya air dalam sel dan penumpukan lemak dan protein. Adanya asumsi bahwa pada trimester I dan II terjadi penimbunan cadangan lemak antara lain lemak bawah kulit sedang pada trimester III terjadi pemakaian cadangan lemak yang maksimal maka dengan demikian ada perubahan ukuran lingkaran lengan atas sesuai dengan perubahan lemak bawah kulit dan ada hubungannya dengan berat badan lahir (Hanifa dalam Nurhayati, 2012).

Menurut Waryono (2010), bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia,

perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi semakin meningkat. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

Kasus ibu hamil dengan LILA $<23,5$ cm banyak terjadi di Indonesia terutama yang kemungkinan disebabkan karena adanya ketidak seimbangan asupan gizi (energi dan protein), sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi. Hal tersebut mengakibatkan pertumbuhan tubuh baik fisik ataupun mental tidak sempurna seperti yang seharusnya. Pada Ibu dengan LILA $<23,5$ cm mempunyai risiko kematian ibu mendadak pada masa perinatal atau risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Pada keadaan ini banyak ibu yang meninggal karena perdarahan, sehingga akan meningkatkan angka kematian ibu dan anak (Lubis, 2003).

Ibu hamil dengan lingkaran lengan atas $<23,5$ cm di Indonesia masih tinggi yaitu 35% dari hasil survei yang dilakukan terhadap ibu hamil paska sensus tahun 1999 dan 24% dari hasil survei kesehatan tahun 2000 (Proverawati, 2009). Wanita usia subur (WUS) dengan lingkaran lengan atas $<23,5$ di Indonesia pada tahun 2002 adalah 17,6% (Sulistiyowati, 2008). Menurut Depkes RI tahun 2009, prevalensi ibu hamil risiko KEK yaitu 24,6% (Proverawati, 2009). Menurut

RISKESDAS (2013), prevalensi risiko KEK wanita hamil umur 15-46 tahun, secara nasional sebanyak 24,2%.

Dilihat menurut wilayah, prevalensi ibu hamil risiko Kekurangan Energi Kronis umumnya lebih rendah di Indonesia bagian barat dibandingkan di Indonesia bagian timur. Prevalensi risiko KEK di provinsi Jawa Timur sebanyak 868 ibu hamil (27,5%) (Sandjaja, 2009). Pada tahun 2013, prevalensi risiko KEK wanita hamil usia 15-46 tahun untuk Jawa Timur sebesar 30% (masih diatas nasional 24,2%) (RISKESDAS, 2013).

Menurut data dari dinas kesehatan Kabupaten Jember, Ibu hamil di Jember yang dengan LILA <23,5 cm pada tahun 2010 sebanyak 12,61%. Pada tahun 2013, total ibu hamil dengan status gizi kurang dengan penilaian LILA <23,5 cm yaitu sebanyak 5305 ibu hamil. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan pada Bulan Oktober 2015, didapatkan data bahwa pada tahun 2014 jumlah ibu hamil yang dengan lingkaran atas <23,5 adalah sebanyak 6.052, meningkat dari tahun 2013. Jika dilihat menurut wilayah, jumlah ibu hamil yang mengalami risiko Kurang Energi Kronis (KEK) tertinggi di Kabupaten Jember berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan adalah di Kecamatan Sukowono yakni sebanyak 301 ibu hamil (4,97%) pada tahun 2014 dan sebanyak 208 ibu hamil terhitung sejak Bulan Januari hingga Oktober 2015. Dari data tersebut, didapatkan bahwa Desa Sukowono menetapkan 36 (11,96%) sasaran ibu hamil di tahun 2014 dan 33 (11,96%) ibu hamil di tahun 2015 dengan LILA <23,5 cm.

Selain itu, angka kelahiran di Kabupaten Jember tergolong tinggi dimana di Jawa Timur menempati posisi setelah ketiga setelah Kota Surabaya dan Kabupaten Malang yakni sebesar 2.355.285 (BPS Jawa Timur, 2013). Menurut hasil studi pendahuluan, di Desa Sukowono pada tahun 2015 memiliki angka paritas yang tinggi dimana jumlah ibu hamil nullipara sebesar 15%, primipara sebesar 20%, multipara sebesar 41%, dan grandemultipara sebesar 22%. Selain itu, didapatkan data bahwa ibu hamil dengan paritas tinggi di Desa Sukowono memiliki status gizi yang buruk yang berakibat pada kondisi ibu hamil itu sendiri dan juga janin yang dikandungnya seperti anemia, BBLR, abortus dan kematian neonatal.

Status kesehatan dan gizi ibu kemungkinan sangat berpengaruh terhadap nafsu makannya. Paritas dimana kehamilan memerlukan tambahan zat gizi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah, janin dan plasenta, makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan cadangan zat gizi tubuh sehingga ibu akan kekurangan zat gizi. Ibu hamil perlu tambahan gizi yang banyak karena selain digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan diri sendiri juga berbagi dengan janin yang dikandung (Sophia, 2009).

Menurut Zaenab dan Joeharno (2008) menyatakan bahwa paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri karena ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya. Mengandung kembali akan

menimbulkan masalah gizi bagi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung (Baliwati, 2004). Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu (Marbun, 2013).

Kebutuhan ibu hamil terhadap energi, vitamin maupun mineral meningkat sesuai dengan perubahan fisiologis ibu di mana terjadi proses hemodelusi yang menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah dan mempengaruhi konsentrasi hemoglobin darah. Pada keadaan normal hal tersebut dapat diatasi dengan pemberian tablet besi, akan tetapi pada keadaan gizi kurang bukan saja membutuhkan suplemen energi juga membutuhkan suplemen vitamin dan zat besi (Supariasa, 2001 & Bobak, 2005). Menurut Mardiatun (2015), ibu hamil dengan kadar Fe rendah memiliki peluang 23 kali untuk meenderita risiko KEK. Apabila asupan Fe menurun akan menyebabkan hemoglobin juga akan menurun sehingga ikatan oksigen akan menurun dan ATP yang dihasilkan lebih sedikit. Ibu hamil dan bayi membutuhkan ATP atau energi yang tinggi untuk proses metabolisme maupun untuk pertumbuhan, apabila tidak tersedia maka tubuh akan menggunakan cadangan makanan melalui proses katabolisme dan apabila berlangsung lama akan menyebabkan risiko KEK (Guyton, 2002).

Salah satu pilar dalam penyusunan Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Jawa Timur 2011-2015 (RAD-PG 2011-2015) yaitu perbaikan gizi masyarakat, terutama pada ibu pra-hamil, ibu hamil, dan anak melalui peningkatan ketersediaan dan jangkauan pelayanan kesehatan berkelanjutan difokuskan pada intervensi gizi efektif pada ibu pra-hamil, ibu hamil, bayi, dan anak bawah dua tahun. Penanganan kekurangan energi kronis wanita usia subur harus dilakukan

karena jika wanita hamil dengan keadaan tersebut berisiko terjadi kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang dapat meningkatkan angka kematian bayi dan anak balita (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Timur, 2011).

Dalam menanggulangi masalah dan mencegah dampak dari risiko kurang energi kronis pada ibu hamil, maka diperlukan upaya pencegahan supaya ibu hamil tidak mengalami kurang energi kronis yaitu mengusahakan agar ibu hamil memeriksakan kehamilan secara rutin sejak hamil muda untuk mendeteksi secara dini kejadian kurang energi kronis, dan penyuluhan tentang asupan nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil (Mayasari, 2014). Pemerintah Kabupaten Jember sudah melakukan upaya untuk mengatasi masalah ibu hamil dengan LILA <23,5 cm yaitu melakukan optimalisasi posyandu. Selain itu, Dinas kesehatan Kabupaten Jember juga melakukan program pemberian makanan tambahan (PMT) dan distribusi PMT diberikan di masing-masing posyandu. Puskesmas merupakan upaya pembangunan kesehatan untuk jenjang tingkat pertama. Kegiatan posyandu di kabupaten Jember telah diselenggarakan namun pelaksanaannya masih belum optimal (Sulistyorini dan Dewi, 2015).

Berdasarkan paparan diatas, perlu adanya studi mengenai risiko kurang energi kronis pada ibu hamil dan paritas. Hal ini menunjukkan seberapa besar kontribusi tingginya paritas terhadap risiko kurang energi kronis pada ibu hamil. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti mengenai hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik responden;
- b. mengidentifikasi paritas di Desa Sukowono kecamatan Sukowono Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi kejadian risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono kecamatan Sukowono Kabupaten Jember;
- d. menganalisis hubungan paritas dengan kejadian risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah selain menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti dan mengaplikasikan pengetahuan yang telah diperoleh selama proses perkuliahan khususnya mengenai paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil juga untuk membandingkan antara teori yang dikembangkan dengan fakta yang ada di lapangan khususnya pada ibu hamil itu sendiri.

1.4.2 Bagi Ibu Hamil

Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini adalah dapat menjadi pengetahuan bagi ibu hamil mengenai pentingnya membatasi paritas terkait dengan pemenuhan status gizi pada ibu hamil itu sendiri dan juga janin yang dikandungnya.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini adalah dapat memberikan pengetahuan dan informasi mengenai pentingnya membatasi paritas terkait dengan pemenuhan status gizi pada ibu hamil itu sendiri dan juga janin yang dikandungnya.

1.4.4 Bagi Keperawatan

Manfaat yang bisa diperoleh dari hasil penelitian ini yaitu dapat dijadikan sebagai bahan pengembangan ilmu keperawatan mengenai hubungan paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil.

1.4.5 Bagi Pemerintah

Manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini yaitu dapat memberikan informasi kepada pemerintah, khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Jember mengenai kebijakan pembangunan kesehatan khususnya dalam pemenuhan status gizi pada ibu hamil di Kabupaten Jember dengan membatasi jumlah paritas yang dialami oleh seorang wanita. Selain itu, sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat tentang upaya peningkatan status gizi pada ibu hamil.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang menjadi dasar dari penelitian ini adalah yang telah dilakukan oleh Mohammad Sadli dengan judul “Hubungan Pengetahuan, Penghasilan Keluarga dan Budaya dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil”. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 67 ibu hamil. Analisis data yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan menunjukkan hasil ada hubungan KEK dengan pengetahuan, penghasilan, dan budaya.

Perbedaan dengan penelitian saat ini yang berjudul "Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember". Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara paritas dengan risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan menggunakan korelasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini semua populasi ibu hamil di trimester satu, dua, dan tiga sebesar 56 sampel ibu hamil. Analisis data yang digunakan adalah uji *chi-square* yang menunjukkan tidak adanya hubungan antara paritas dengan kejadian risiko kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ibu Hamil

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa seorang perempuan telah terhenti dari haid untuk beberapa waktu hingga proses kelahiran usai. Hal tersebut umumnya terjadi selama kurang lebih sembilan bulan, atau 40 minggu, atau 280 hari. Sedangkan kehamilan normal akan berlangsung selama 38 sampai 40 minggu. Proses kehamilan dibagi atas tiga fase, yaitu:

- a. trimester pertama (0-3 bulan atau 0-12 minggu);
- b. trimester kedua (4-6 bulan atau 12-28 minggu);
- c. trimester ketiga (7-9 bulan atau 28-40 minggu).

(Istiani & Rusilanti, 2013)

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala dari kehamilan menurut Kusmiyati (2010) antara lain:

- a. tanda tidak pasti kehamilan
 - 1) Amenorea (tidak haid)

Bila seorang perempuan dalam masa mampu hamil, apabila sudah menikah mengeluh terlambat haid, maka terpikir bahwa perempuan tersebut hamil, meskipun keadaan stres, obat-obatan, penyakit kronis dan faktor lain dapat pula mengakibatkan terlambat haid.

2) Mual dan muntah

Mual dan muntah adalah gejala umum, mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan. Dalam kedokteran sering dikenal *morning sickness* karena munculnya sering di pagi hari. Mual dan muntah diperberat oleh makanan yang baunya tajam dan juga oleh emosi penderita yang tidak stabil. Untuk mengatasinya penderita perlu diberi makan makanan yang ringan, mudah dicerna dan jangan lupa menerangkan bahwa keadaan ini masih dalam batas normal wanita hamil. Bila berlebihan dapat pula diberikan obat-obat anti muntah untuk wanita hamil.

3) Mastodinia

Mastodinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara/mamae disebabkan payudara mengalami pembesaran. Vaskularisasi bertambah, asinus dan duktus berpoliferasi disebabkan karena pengaruh esterogen dan progesteron.

4) *Quickening*

Quickening adalah persepsi atau perasaan gerakan janin pertama, biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan dalam usia 18-20 minggu.

5) Keluhan kencing

Frekuensi berkemih bertambah dan sering berkemih di malam hari, disebabkan karena desakan uterus yang mengalami pembesaran dan tarikan oleh uterus ke kranial.

6) Konstipasi

Hal ini terjadi karena efek relaksasi progesteron atau dapat juga terjadi karena perubahan pola makan.

7) Perubahan berat badan

Pada kehamilan di usia 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan, karena nafsu makan menurun dan mengalami muntah-muntah. Pada bulan berikutnya berat badan akan selalu meningkat sampai stabil menjelang aterm.

8) Perubahan temperatur basal

Kenaikan suhu tubuh basal lebih dari tiga minggu biasanya merupakan tanda telah terjadinya proses kehamilan.

9) Perubahan warna kulit

Perubahan ini antara lain *chloasma gravidarum* yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung, dan kulit di daerah tulang pipi, terutama pada perempuan dengan warna kulit tua. Biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah areola dan puting payudara, warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh stimulasi hormon MSH (*Melanocyte Stimulating Hormone*). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat pula mengalami perubahan yang disebut *striae gravidarum* yaitu perubahan warna seperti jaringan parut. Diduga ini terjadi karena pengaruh *adrenokortikosteroid*. Kadang-kadang timbul pula teleangiectasis karena pengaruh hormon estrogen yang tinggi.

10) Perubahan payudara

Akibat efek stimulasi hormon prolaktin dan HPL, payudara mensekresi kolostrum, biasanya setelah kehamilan lebih dari enam belas minggu.

11) Perubahan pada uterus

Uterus terjadi perubahan pada ukuran, bentuk, dan konsistensi. Uterus berubah menjadi lunak dan bentuknya globular. Teraba balotement, dimana tanda ini muncul pada usia kehamilan minggu ke16-20, setelah rongga rahim mengalami obliterasi dan cairan amnion cukup banyak. Balotemen adalah tanda adanya benda terapung atau melayang dalam cairan. Sebagai diagnosis banding adalah asites yang disertai dengan kista ovarium, mioma uteri dan lain sebagainya.

12) Tanda *Piskacek's*

Terjadi pertumbuhan yang asimetris pada bagian uterus yang dekat dengan daerah implantasi plasenta.

13) Perubahan-perubahan pada serviks

a) Tanda *hegar*

Munculnya tanda ini berupa perlunakan pada daerah istmus uteri, sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus mudah difleksikan. Dapat diketahui melalui pemeriksaan secara bimanual. Tanda ini mulai terlihat pada usia kehamilan minggu keenam, dan menjadi nyata pada minggu ketujuh sampai kedelapan.

b) Tanda *goodell's*

Diketahui melalui pemeriksaan secara bimanual. Daerah serviks terasa lebih lunak. Menggunakan kontrasepsi oral juga dapat memberikan dampak ini.

c) Tanda *chadwick*

Dinding vagina mengalami kongesti dan terjadi warna kebiru-biaruan.

d) Tanda *Mc Donald*

Pada fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung lunak atau tidaknya jaringan isthmus.

e) Terjadi pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi lebih nyata setelah usia kehamilan minggu ke-16, karena pada saat itu uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut.

f) Kontraksi uterus

Tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya terasa kencang, tetapi tidak disertai dengan rasa sakit.

g) Pemeriksaan tes biologis kehamilan

Pada pemeriksaan tes biologis kehamilan hasilnya positif, dimana kemungkinan positif palsu.

b. tanda pasti kehamilan

Indikator pasti hamil adalah penemuan-penemuan keberadaan janin yang terjadi secara jelas dan hal ini tidak dapat dijelaskan dengan kondisi kesehatan yang lainnya. Menurut Kusmiyati (2010), tanda pasti kehamilan antara lain:

1) denyut jantung janin (DJJ)

Dapat didengar dengan stetoskop laenec pada usia kehamilan minggu 17-18. Pada orang gemuk terasa lebih lambat. Dengan stetoskop ultrasonik (doppler), DJJ dapat didengarkan lebih awal lagi, sekitar usia kehamilan minggu ke-12. Melakukan auskultasi pada janin bisa juga mengidentifikasi adanya bunyi-bunyi yang lain, seperti: bising tali pusat, bising uterus dan nadi ibu.

2) letak outline janin

Letak outline janin biasanya menjadi jelas setelah usia kehamilan minggu ke-22. Gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas setelah usia kehamilan minggu 24.

2.1.3 Perubahan Fisiologis di Masa Kehamilan

Perubahan anatomis dan fisiologis wanita hamil menurut Bobak (2005) adalah sebagai berikut:

a. vagina dan Vulva

Hormon kehamilan mempersiapkan vagina supaya distensi selama persalinan dengan memproduksi mukosa vagina yang tebal, jaringan ikat

longgar, hipertrofi otot polos, dan pemanjangan vagina. Peningkatan vaskularisasi menimbulkan warna ungu kebiruan pada mukosa vagina dan serviks. Perubahan warna yang disebut tanda *Chadwick*, suatu tanda kemungkinan kehamilan, dapat muncul pada minggu keenam, tetapi dengan mudah terlihat pada minggu kedelapan kehamilan.

b. servik uteri

Konsistensi serviks menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

c. uterus

Pertumbuhan uterus yang fenomenal pada trimester pertama berlanjut sebagai respon terhadap stimulus kadar hormon estrogen dan progesteron yang tinggi. Pembesaran terjadi akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hiperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru), dan perkembangan desidua.

d. ovarium

Selama hamil kadar estrogen dan progesteron yang meningkat menekan sekresi *follicle-stimulating hormone (FSH)* dan *luteinizing hormone (LH)*. Maturasi folikel dan pelepasan ovum tidak terjadi. Siklus menstruasi berhenti (sering merupakan tanda kemungkinan kehamilan). Walaupun mayoritas wanita mengalami amenore (tidak haid), namun sedikitnya 20% wanita mengalami pendarahan kecil tanpa rasa sakit dan sebab yang jelas di awal gestasi.

e. payudara/mamae

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda kemungkinan kehamilan. Sensitivitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri yang tajam. Puting susu dan aerola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada aerola, dan puting susu menjadi lebih erektile.

f. sistem endokrin

Progesteron menyebabkan lemak disimpan dalam jaringan subkutan di abdomen, punggung, dan paha atas. Lemak berfungsi sebagai cadangan energi baik pada masa hamil maupun menyusui. Beberapa hormon yang lain mempengaruhi nutrisi. *Aldosteron* mempertahankan natrium. *Tiroksin* mengatur metabolisme. *Hormon paratiroid* mengontrol metabolisme kalsium dan magnesium. *Human placental lactogen (Hpl)* berperan sebagai hormon pertumbuhan. *Human chorionic gonadotropin (hCG)* menginduksi mual dan muntah pada beberapa wanita selama awal kehamilan.

g. sistem perkemihan

Urinary frequency merupakan akibat peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra.

Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

h. sistem pencernaan

Fungsi saluran cerna selama masa hamil menunjukkan gambaran yang sangat menarik. Nafsu makan meningkat. Sekresi usus berkurang. Fungsi hati berubah dan absorpsi nutrisi meningkat. Usus besar bergeser ke arah lateral atas dan posterior. Aktivitas peristaltik (motilitas) menurun. Akibatnya, bising usus menghilang, konstipasi, mual, serta muntah umum terjadi. Aliran darah ke panggul dan tekanan vena meningkat, menyebabkan hemoroid terbentuk pada akhir kehamilan.

i. volume darah

Derajat ekspansi volume darah sangat bervariasi. Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas 1000 ml plasma ditambah 450 ml sel darah merah. Peningkatan volume mulai terjadi pada sekitar minggu ke-10 sampai ke-12, mencapai puncak sekitar 30% sampai 50% di atas volume tidak hamil pada minggu ke-20 sampai ke-26, dan menurun setelah minggu ketiga. Peningkatan volume merupakan mekanisme protektif. Keadaan ini sangat penting untuk sistem vaskular yang mengalami hipertrofi akibat pembesaran uterus, hidrasi jaringan janin dan ibu yang adekuat saat ibu

berdiri atau telentang, dan cadangan cairan untuk mengganti darah yang hilang selama selama proses melahirkan dan puerperium.

j. musculoskeletal

Akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesterone, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligamen juga meningkatkan jumlah cairan sinovial. Bersamaan dua keadaan tersebut meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas persendiaan. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasanya normal apabila asupan nutrisi khususnya produk susu terpenuhi. Relaksasi ringan dan peningkatan mobilitas sendi panggul normal selama masa hamil. Hal ini merupakan akibat elastisitas dan perlunakan berlebihan jaringan kolagen dan jaringan ikat dan merupakan akibat peningkatan hormon seks steroid yang bersirkulasi. Adaptasi ini memungkinkan pembesaran dimensi panggul. Derajat relaksasi bervariasi, namun pemisahan simfisis pubis dan ketidak stabilan sendi sakroiliaka yang besar menimbulkan nyeri dan kesulitan berjalan.

k. kulit

Perubahan keseimbangan hormon dan peregangan, mekanis menyebabkan timbulnya beberapa perubahan dalam sistem integumen selama masa kehamilan. Perubahan yang umum terjadi adalah peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktifitas kelenjar keringat dan kelenjar sebacea, peningkatan sirkulasi dan aktifitas vasomotor. Jaringan elastis kulit mudah pecah,

menyebabkan *striae gravidarum* atau tanda regangan dan respon alergi kulit meningkat.

l. metabolisme

Laju metabolisme basal (*basal metabolism rate (BMR)*) biasanya meningkat pada bulan keempat gestasi. BMR meningkat 15% sampai 20% pada akhir kehamilan (aterm). BMR kembali ke nilai sebelum hamil pada hari kelima atau keenam pascapartum. Peningkatan BMR ini mencerminkan peningkatan kebutuhan oksigen di unit janin-plasenta-uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu.

m. sistem pernafasan

Adaptasi ventilasi dan struktural selama masa hamil bertujuan menyediakan kebutuhan ibu dan janin. Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Janin membutuhkan oksigen dan suatu cara untuk membuang karbondioksida. Wanita hamil bernafas lebih dalam tetapi frekuensi nafasnya hanya sedikit meningkat, peningkatan volume tidal pernafasan yang berhubungan dengan frekuensi nafas normal menyebabkan peningkatan volume nafas permenit sekitar 26 %.

n. sistem persyarafan

Hanya sedikit diketahui tentang perubahan fungsi sistem neurologi selama masa kehamilan, selain perubahan-perubahan neurohormonal, hipotalamik-hipofisis. Perubahan fisiologik spesifik akibat kehamilan dapat terjadi timbulnya gejala neurologis dan neuromuscular.

o. peningkatan berat badan

Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10-12 kg, dimana pada trimester I pertambahan kurang dari satu kg, trimester II sekitar tiga kg, dan trimester III sekitar enam kg. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin (Waryono, 2010).

2.1.4 Perubahan Psikologis di Masa Kehamilan

Perubahan psikologis wanita hamil menurut Kusmiyati (2010) adalah sebagai berikut:

a. trimester I

Trimester pertama sering dikatakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Selain itu akibat dari dampak terjadinya peningkatan hormon estrogen dan progesteron pada tubuh ibu hamil akan mempengaruhi perubahan pada fisik sehingga banyak ibu hamil yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan.

Ibu hamil akan merenungkan keadaan dirinya. Dari munculnya kebingungan tentang kehamilannya dengan pengalaman buruk yang pernah dialaminya sebelum kehamilan, efek kehamilan yang akan terjadi pada hidupnya (terutama jika wanita karir), tanggung jawab baru atau tambahan yang akan dipikul, keemasannya tentang kemampuan dirinya untuk menjadi seorang ibu, keuangan dan rumah, penerimaan kehamilannya oleh

orang lain. Saat itu, beberapa ketidaknyamanan trimester pertama berupa mual, lelah, perubahan selera, emosional, mungkin mencerminkan konflik dan depresi yang dialami dan dapat terjadi pada saat ia teringat tentang kehamilannya.

b. trimester II

Trimester kedua sering disebut dengan periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ini disebabkan selama trimester ini umumnya wanita sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan sudah mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dari dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

c. trimester III

Trimester ketiga sering disebut sebagai periode penantian. Pada periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, ibu hamil menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Ada perasaan tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat pada waktunya, fakta

yang menempatkan wanita tersebut gelisah dan hanya bisa melihat dan menunggu tanda-tandanya.

2.1.5 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

Masa kehamilan merupakan masa yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan kondisinya dimasa janin dalam kandungan. Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu. Kebutuhan energi untuk kehamilan yang normal perlu tambah kira-kira 80.000 kalori selama masa kurang lebih 280 hari. Hal ini berarti perlu tambahan ekstra sebanyak kurang lebih 300 kalori setiap hari selama hamil (Waryono, 2010).

Zat-zat gizi penting yang dibutuhkan ibu selama hamil terdiri dari:

a. energi

Besaran energi yang terasup merupakan faktor gizi paling penting jika dikaitkan dengan berat badan lahir bayi. Banyaknya energi yang harus disiapkan hingga kehamilan berakhir sekitar (dibulatkan) 80.000 kkal perhari (National Academy of Sciences, 1980), atau kira-kira 300 kkal tiap hari di atas kebutuhan wanita tidak hamil. Nilai ini dihitung berdasarkan kesetaraan dengan protein dan lemak yang tertimbun untuk pertumbuhan janin dan keperluan ibu (Arisman, 2010).

Kebutuhan energi pada trimester I sedikit sekali meningkat. Setelah itu, sepanjang trimester II dan III, kebutuhan akan terus membesar sampai pada akhir kehamilan. Energi tambahan selama trimester II diperlukan untuk pemekaran jaringan ibu, yaitu penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara, serta penumpukan lemak. Sepanjang trimester III, energi tambahan dipergunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta. Karena banyaknya perbedaan kebutuhan energi selama hamil, WHO menganjurkan jumlah tambahan sebesar 150 kkal sehari pada trimester I, dan 350 kkal pada trimester II dan III (Arisman, 2010).

b. protein

Protein merupakan komponen terbesar yang terdapat di dalam tubuh setelah air. Protein sebagai zat pembangun atau pembentuk jaringan baru. Kekurangan asupan protein dapat menghambat pertumbuhan janin. Dibutuhkan lebih banyak protein selama kehamilan dibandingkan saat tidak hamil. Hal ini dikarenakan protein diperlukan untuk pertumbuhan jaringan pada janin. Ibu hamil membutuhkan sekitar 75 gram protein setiap harinya, lebih banyak 25 gram dibandingkan wanita yang tidak hamil. Mengonsumsi makanan berprotein merupakan cara yang efektif untuk menambah kalori sekaligus memenuhi kebutuhan protein. Produk hewani seperti daging, ikan, telur, susu, keju, dan hasil laut merupakan sumber protein. Selain itu protein juga bisa didapat dari tumbuh-tumbuhan seperti kacang-kacangan, tempe, tahu, dan lainnya (Arisman, 2010).

c. lemak

Lemak merupakan sumber energi terbesar dalam tubuh. Berfungsi sebagai cadangan energi tubuh bagi ibu saat melahirkan, pelarut vitamin A, D, E, K dan asam lemak. Asam lemak omega 3 dan 6 juga diperlukan untuk perkembangan sistem syaraf, fungsi penglihatan dan pertumbuhan otak bayi juga sebagai bantalan bagi organ-organ tertentu seperti biji mata dan ginjal. Konsumsi lemak dianjurkan tidak melebihi 25 kalori dalam porsi makanan sehari-hari dari total kebutuhan energi. Sumber lemak antara lain daging, susu, telur, mentega dan minyak tumbuhan (Arisman, 2010).

d. zat besi

Kebutuhan ibu hamil akan Fe terus meningkat (untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah) sebesar 200-300%. Perkiraan besaran zat besi yang perlu ditimbun selama hamil ialah 1.040 mg. Dari jumlah ini, 200 mg Fe tertahan oleh tubuh ketika melahirkan dan 840 mg sisanya hilang. Sebanyak 300 mg besi ditransfer ke janin, dengan rincian 50-75 mg untuk pembentukan plasenta, 450 mg untuk menambah jumlah sel darah merah, dan 200 mg lenyap ketika melahirkan. Jumlah sebanyak ini tidak mungkin tercukupi hanya melalui diet. Karena itu, suplementasi zat besi perlu sekali diberlakukan, bahkan kepada wanita yang berstatus gizi baik (Arisman, 2010).

e. kalsium

Metabolisme kalsium selama hamil berubah mencolok, meskipun mekanisme keterjadiannya belum sepenuhnya dipahami. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil susut sampai 5% ketimbang wanita yang tidak hamil. Secara kumulatif, janin menimbun kalsium sebanyak 30 gr, dengan kecepatan 7, 110, dan 350 mg masing-masing pada trimester I, II, dan III. Asupamn anjuran ialah sekitar 1200 mg/hari bagi ibu hamil berumur diatas 25 tahun, dan cukup 800 mg untuk mereka yang berusia lebih muda (Arisman, 2010).

f. asam folat

Asam folat merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya selama hamil berlipat dua. Sekitar 24-60% wanita, baik di negara sdang berkembang maupun yang telah maju, mengurangi kekurangan asam folat karena kandungan asam folat di dalam makanan mereka sehari-hari tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan ibu hamil.

Preparat suplementasi sebaiknya diberikan sekitar 28 hari setelah ovulasi atau pada 28 hari pertama kehamilan karena otak dan sumsum tulang belakang dibentuk pada minggu pertama kehamilan. Dengan demikian, pemberian suplementasi harus dilaksanakan sebelum konsepsi terjadi. Besarnya suplementasi adalah 280, 660, dan 470 μg per hari, masing-masing pada trimester I, II, III (Arisman, 2010).

g. kobalamin (vitamin B₁₂)

Anemia pernisirosa yang disertai dengan rasa letih yang parah merupakan akibat dari defisiensi B₁₂. Vitamin ini sangat penting dalam pembentukan RBC (sel darah merah). Anemia persiniosa biasanya tidak disebabkan oleh kekurangan B₁₂ dalam makanan, melainkan oleh ketiadaan faktor intrinsik, yaitu sekresi gaster, yang diperlukan untuk penyerapan B₁₂. Gejala anemia ini meliputi rasa letih dan lemah yang hebat, diare, depresi, mengantuk, mudah tersinggung dan pucat. Diantara vitamin B kompleks, vitamin B₁₂ memang unik karena sangat jarang didapat dari tanaman, tetapi banyak di dalam daging atau produk olahan dari binatang. Bersama asam folat, vitamin ini menyintesis DNA dan memudahkan pertumbuhan sel (Arisman, 2010).

h. vitamin D

Kekurangan vitamin D selama hamil dapat menimbulkan gangguan metabolisme kalsium pada ibu dan janin. Gangguan ini berupa hipokalsemia dan tetani pada bayi baru lahir, hipoplasia enamel gigi bayi, dan osteomalasia pada ibu. Insidensi dapat ditekan dengan pemberian 10 µg (400 IU) perhari. Kekurangan vitamin D kerap menjangkiti ibu hamil yang bermukim di daerah yang hanya sedikit bersentuhan dengan sinar matahari sehingga sintesis vitamin D di kulit tidak terjadi (Arisman, 2010).

i. yodium

Kekurangan yodium selama hamil mengakibatkan janin menderita hipotiroidisme, yang selanjutnya berkembang menjadi kretinisme karena

peran hormon tiroid dalam perkembangan dan pematangan otak menempati posisi strategis. Kerusakan saraf akibat hipotiroidisme yang terjadi pada akhir kehamilan tidak separah jika hal ini terjadi di awal kehamilan. Oleh karena itu, koreksi terhadap kekurangan yodium sebaiknya dilakukan sebelum atau selama tiga bulan pertama kehamilan. Anjuran asupan perhari untuk ibu hamil dan menyusui adalah sebesar 200 μg (*Food and Nutrition Board of The National Academy of Sciences in the United States*), dalam bentuk pemberian garam beryodium, pemberian suplementasi pada hewan ternak, pemberian minyak beryodium peroral atau injeksi (Arisman, 2010).

2.1.6 Pengaruh Kurangnya Gizi Pada Ibu Hamil

Menurut Waryono (2010), bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin seperti diuraikan sebagai berikut ini:

a. terhadap ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi.

b. terhadap persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi semakin meningkat.

c. terhadap janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

2.1.7 Penilaian Status Gizi Pada Ibu Hamil

Pengukuran lingkar lengan atas adalah suatu cara untuk mengetahui risiko KEK wanita usia subur. Wanita usia subur adalah wanita dengan usia 15 sampai dengan 45 tahun yang meliputi remaja, ibu hamil, ibu menyusui dan pasangan usia subur (PUS). Ambang batas Lingkar Lengan Atas (LILA) pada WUS dengan risiko Kekurangan Energi Kronis adalah 23,5 cm, yang diukur dengan menggunakan pita ukur (metlin). Apabila Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm artinya wanita tersebut mempunyai risiko Kekurangan Energi Kronis dan sebaliknya apabila Lingkar Lengan Atas (LILA) lebih dari 23,5 cm berarti wanita itu tidak berisiko dan dianjurkan untuk tetap mempertahankan keadaan tersebut (Supariasa, 2002). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aryani (2012), menunjukkan bahwa terdapat hubungan linier antara ukuran LILA dengan IMT. Artinya, IMT akan bertambah bila ukuran LILA bertambah 1 cm. Berdasarkan hasil analisis penelitian ini diketahui bahwa di Indonesia setiap kenaikan 1 cm ukuran LILA seorang wanita akan meningkatkan nilai IMT sebanyak $0,815 \text{ kg/m}^2$ setelah dikontrol dengan tinggi badan. Ambang batas LILA yang mempunyai nilai

sensitivitas dan spesifisitas paling optimal dan berkorelasi dengan ambang batas IMT ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$) dalam mendeteksi risiko KEK pada WUS di Indonesia.

2.2 Konsep Paritas

2.2.1 Pengertian Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan (Bobak, 2005). Istilah *para* menunjukkan kehamilan-kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas (mampu hidup). Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya. Kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu paritas (Oxorn & Forte, 2010). Paritas adalah jumlah berapa kali seorang wanita melahirkan anak dalam kondisi hidup (Neeraja, 2006). Paritas adalah jumlah kehamilan yang mencapai viabilitas, bukan jumlah janin yang dilahirkan (Leveno, 2009).

2.2.2 Klasifikasi paritas

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seorang perempuan dapat dibedakan menjadi:

a. primipara

Primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan seorang anak yang telah mencapai batas viabilitas (Neeraja, 2006). Primipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan satu kali satu janin atau lebih yang telah mencapai viabilitas. Oleh karena itu, berakhirnya setiap kehamilan melewati

tahap abortus memberikan paritas pada ibu (Leveno, 2009). Seorang primipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir. Beberapa penulis menganggap istilah primipara meliputi wanita-wanita yang sedang dalam proses untuk melahirkan anak mereka yang pertama (Oxorn & Forte, 2010).

b. multipara

Multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan dua orang anak atau lebih (Neeraja, 2006). Multipara adalah seorang wanita yang telah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga viabilitas (Leveno, 2009). Seorang multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas (Oxorn & Forte, 2010).

c. grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan lima orang anak atau lebih (Neeraja, 2006). Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan anak lima atau lebih yang telah mencapai batas viabilitas. Grandemultipara dikenal sebagai multipara yang membahayakan (Sellers, 2007).

2.2.3 Pengelompokan Paritas

Ditinjau dari tingkatannya paritas dikelompokkan menjadi tiga antara lain:

- a. paritas rendah yang meliputi nullipara dan primipara;
- b. paritas sedang atau multipara yang digolongkan pada hamil dan bersalin dua sampai empat kali;
- c. paritas tinggi atau grandemultipara adalah ibu hamil dan melahirkan 5 kali atau lebih.

Paritas tinggi merupakan paritas rawan oleh karena paritas tinggi banyak kejadian-kejadian obstetri patologi yang bersumber pada paritas tinggi, antara lain plasenta previa, perdarahan postpartum, dan lebih memungkinkan lagi terjadinya atonia uteri (Winkjosastro, 2002).

2.3 Konsep Risiko Kurang Energi Kronis

2.3.1 Pengertian Risiko Kurang Energi Kronis

Risiko Kurang Energi Kronis merupakan suatu manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil. Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein (Alamsyah, 2013).

Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK. Hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) ada dua kemungkinan yaitu kurang dari 23,5 cm dan diatas atau sama dengan 23,5 cm. Apabila hasil pengukuran < 23,5 cm berarti risiko Kekurangan

Energi Kronis dan $\geq 23,5$ cm berarti tidak berisiko Kekurangan Energi Kronis (Supriasa, 2002).

Lingkar lengan atas (LILA) sudah digunakan secara umum di Indonesia untuk mengidentifikasi ibu hamil risiko kurang energi kronis (KEK). Menurut Departemen Kesehatan, batas ibu hamil yang disebut sebagai risiko KEK jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm (Depkes, 1994).

2.3.2 Pengertian Kurang Energi Kronis

Kurang energi kronis pada orang dewasa dapat diketahui dengan indeks massa tubuh (IMT) yang diukur dari perbandingan antara berat dan tinggi badan. Jika IMT kurang dari 18,5 dikatakan sebagai KEK. Akan tetapi pengukuran IMT memerlukan alat pengukur tinggi badan dan berat badan (Husaini, 2003). Kurang Energi Kronis (KEK) adalah suatu keadaan kekurangan makanan sehingga menyebabkan ukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) di bawah normal (kurang dari 18,5) (PERSAGI, 2009).

Menurut World Review of Nutrition and Dietetics (2015), ibu hamil dengan kurang energi kronis (KEK) adalah ibu hamil dengan berat badan di masa kehamilan kurang dari 45 kg dan ukuran lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm dan IMT $< 18,5$ dianggap rentan terhadap hasil kehamilan yang buruk seperti persalinan macet karena disproporsi sefalopelvik. Analisis data dari National Nutrition Monitoring Bureau (NNMB) menunjukkan bahwa wanita dengan status gizi yang lebih baik, yaitu nilai IMT yang lebih tinggi ($> 18,5$) juga memiliki sejarah gizi ibu dan bayi yang lebih baik. IMT terkait dengan berat badan lahir

dari bayi dengan berat badan rata-rata lahir. IMT normal pada ibu hamil berkisar antara 18,5-20 dan 20-25. Status IMT yang rendah ($<18,5$) mengindikasikan terjadinya kurang energi kronis, merupakan aspek penting dari risiko gizi perempuan dalam masyarakat di masa reproduksi (FAO, tanpa tahun).

2.3.3 Faktor Penyebab Risiko Kurang Eenergi Kronis

Faktor yang menjadi penyebab kurang energy kronis (KEK) antara lain:

a. jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Upaya mencapai gizi masyarakat yang baik atau optimal dimulai dengan penyediaan pangan yang cukup. Penyediaan pangan dalam negeri yaitu upaya pertanian dalam menghasilkan bahan makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan. Pengukuran konsumsi makanan sangat penting untuk mengetahui kenyataan apa yang dimakan oleh masyarakat dan hal ini dapat berguna untuk mengukur gizi dan menemukan faktor diet yang menyebabkan malnutrisi (Surasih, 2005). Kebiasaan makan mempunyai hubungan yang nyata positif dengan status gizi. Hal ini berarti kebiasaan makan lebih baik mempunyai hubungan erat dengan peningkatan status gizi ibu hamil. Terdapat hubungan yang nyata antara tingkat konsumsi protein dan energi dengan status gizi ibu hamil. Hal ini berarti peningkatan konsumsi energi dan protein akan diikuti oleh peningkatan status gizi ibu hamil (Ismail, 2014).

b. Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata dua sampai lima kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 sampai 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30 sampai 35 tahun (Sarwono, 2008). Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidak terlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial dan ekonomi (Ruswana, 2006).

Melahirkan anak pada usia ibu yang muda atau terlalu tua mengakibatkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu (Baliwati, 2004). Karena pada ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan (Soetjiningsih, 1995). Sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun kemampuan tubuh ibu untuk menyerap zat-zat gizi yang dibutuhkan tubuh ibu maupun janin sudah menurun. Namun demikian pada wanita usia lebih dari 35 tahun selain risiko kematian maternalnya meningkat, risiko kematian dan kecacatan janin yang dilahirkan lebih tinggi dibandingkan usia 20-35 tahun (Aguswilopo, 2004).

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 (Surasih, 2005).

c. beban kerja ibu hamil

Pekerjaan adalah sesuatu perbuatan atau melakukan sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah guna untuk kehidupan (KBBI, 2008). Pekerjaan pada ibu hamil dengan beban atau aktivitas yang terlalu berat dan beresiko akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim karena adanya hubungan aksis fetoplasenta dan sirkulasi retroplasenta yang merupakan satu kesatuan. Bila terjadi gangguan atau kegagalan salah satu akan menimbulkan resiko pada ibu (gizi kurang atau KEK dan anemia) atau pada janin (BBLR) (Handayani dalam Yuli, 2004).

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. Namun pada seorang ibu hamil kebutuhan zat gizi berbeda karena zat-zat gizi yang dikonsumsi selain untuk aktifitas/ kerja zat-zat gizi juga digunakan untuk perkembangan janin yang ada dikandung ibu hamil tersebut. Kebutuhan energi rata-rata pada saat hamil dapat ditentukan sebesar 203 sampai 263 kkal/hari, yang mengasumsikan penambahan berat badan 10-12 kg dan tidak ada perubahan tingkat kegiatan (Surasih, 2005).

d. penyakit/infeksi

Wanita yang mendapat cukup asupan tapi memiliki riwayat menderita sakit pada akhirnya akan menderita gizi kurang. Demikian pula pada wanita yang tidak memperoleh cukup makanan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit. Penyakit atau gizi buruk merupakan faktor yang dapat memengaruhi kesehatan pada wanita (Supriasa, 2012).

e. pengetahuan ibu tentang gizi

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan konsumsi makanan. Seseorang yang memiliki pengetahuan baik tentang suatu hal maka akan cenderung mengambil keputusan yang tepat berkaitan dengan masalah tersebut (Simarmata, 2008). Dengan pendidikan gizi tersebut diharapkan tercipta pola kebiasaan makan yang baik dan sehat, sehingga dapat mengetahui kandungan gizi, sanitasi, dan pengetahuan yang terkait dengan pola makan lainnya (Handayani dalam Yuli, 2004).

f. pendapatan keluarga

Perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kualitas dan kuantitas pangan yang di beli (Madanijah, 2004).

g. Paritas

Paritas adalah berapa kali seorang ibu telah melahirkan. Dalam hal ini ibu dikatakan terlalu banyak melahirkan adalah lebih dari 3 kali. Manfaat riwayat obstetrik ialah membantu menentukan besaran kebutuhan akan zat gizi karena terlalu sering hamil dapat menguras cadangan zat gizi tubuh Ibu (Prawiroharjo, 2008). Menurut Zaenab dan Joeharno (2008) menyatakan bahwa paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Salah satu dampak kesehatan yang mungkin timbul dari paritas yang tinggi adalah berhubungan dengan kejadian BBLR. Untuk paritas yang paling baik adalah dua kali. Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu, ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri karena ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya. Dengan mengandung kembali maka akan menimbulkan masalah gizi bagi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung. Berapa kali seorang ibu pernah

melahirkan bayi (parietas) diukur dalam baik jika dua kali, dan buruk jika tiga kali (Baliwati, 2004).

h. Pendidikan

Menurut Handayani dalam Yuli (2004), pendidikan ibu mempengaruhi status gizi ibu hamil karena tingginya tingkat pendidikan akan ikut menentukan atau mempengaruhi mudah tidaknya seseorang menerima suatu pengetahuan, semakin tinggi pendidikan maka seseorang akan lebih mudah menerima informasi tentang gizi. Pendidikan selain merupakan modal utama dan menunjang perekonomian keluarga juga berperan dalam penyusunan makanan untuk rumah tangga. Tingkat pendidikan formal mempunyai peran yang cukup besar dalam menentukan sikap dan perilaku ibu terhadap kegiatan pemilihan makanan (Ismail, 2014). Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi penerimaan informasi, sehingga pengetahuan akan terbatas. Pada masyarakat dengan pengetahuan rendah akan lebih kuat mempertahankan tradisi-tradisi yang berhubungan dengan makanan, sehingga sulit untuk menerima pembaharuan di bidang gizi (Surasih, 2005).

2.3.4 Tanda dan Gejala Risiko Kurang Energi Kronis

Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau di bagian pita merah LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR) (Supriasa, 2002).

a. Pengertian

Kategori risiko KEK adalah apabila LILA kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA (Supriasa, 2002). Menurut Depkes RI (1994) didalam buku Supriasa (2002) pengukuran LILA pada kelompok wanita usia subur (WUS) adalah salah satu deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok beresiko KEK. Wanita usia subur adalah wanita usia 15-45 tahun. LILA adalah suatu cara untuk mengetahui resiko KEK.

b. Tujuan

Menurut Supriasa (2002), tujuan dari pengukuran LILA adalah mencakup masalah WUS baik pada ibu hamil maupun calon ibu, masyarakat umum dan peran petugas lintas sektoral. Adapun tujuan tersebut adalah:

- 1) mengetahui resiko KEK WUS, baik ibu hamil maupun calon ibu, untuk menapis wanita yang mempunyai resiko melahirkan bayi berat lahir rendah;
- 2) Meningkatkan perhatian dan kesadaran masyarakat agar lebih berperan dalam pencegahan dan penanggulangan KEK;
- 3) mengembangkan gagasan baru dikalangan masyarakat dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak;
- 4) mengarahkan pelayanan kesehatan pada kelompok sasaran WUS yang menderita KEK;
- 5) meningkatkan peran dalam upaya perbaikan gizi WUS yang menderita KEK.

c. Ambang batas

Ambang batas LILA pada WUS dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm, apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). BBLR mempunyai risiko kematian, kurang gizi, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak (Supriasa, 2002).

d. Cara mengukur LILA

Menurut Supriasa (2002), pengukuran LILA dilakukan melalui urutan-urutan yang telah ditetapkan. Ada tujuh urutan pengukuran LILA, yaitu:

- 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 dekat;
- 6) pita jangan terlalu longgar.
- 7) cara pembacaan skala yang benar

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengukuran LILA adalah pengukuran dilakukan dibagian tengah antara bahu dan siku lengan kiri (kecuali orang kidal kita ukur lengan kanan). Lengan harus posisi bebas, lengan baju dan otot lengan dalam keadaan tidak tegang atau kencang dan alat ukur dalam keadaan baik (Supriasa, 2002).

2.2.5 Pengaruh Risiko Kurang Energi Kronis

Menurut Waryono (2010), di Indonesia ambang batas LILA dengan risiko KEK adalah 23,5 cm hal ini berarti ibu hamil dengan risiko KEK diperkirakan akan melahirkan bayi BBLR. Bila bayi lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) akan mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan anak. Ibu hamil merupakan kelompok yang cukup rawan gizi. Kekurangan gizi pada ibu hamil mempunyai dampak yang cukup besar terhadap proses pertumbuhan janin dan anak yang akan dilahirkan. Bila ibu mengalami kurang gizi maka akibat yang akan ditimbulkan antara lain keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan bayi lahir dengan BBLR. Masalah gizi kurang pada ibu hamil ini dapat dilihat dari prevalensi risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan kejadian anemia. Untuk memperkecil risiko BBLR diperlukan upaya mempertahankan kondisi gizi yang baik pada ibu hamil. Upaya yang dilakukan berupa pengaturan konsumsi makanan, pemantauan penambahan berat badan, pemeriksaan kadar Hb, dan pengukuran LILA sebelum atau saat hamil.

2.4 Hubungan Paritas dengan Risiko Kurang Energi kronis

Status gizi adalah ekspresi dari keadaan seimbang dalam bentuk variabel tertentu atau perwujudan dari nutrisi dalam bentuk variabel tertentu. Status gizi ibu hamil adalah suatu keadaan keseimbangan atau perwujudan nutrisi pada ibu hamil (Supriasa, 2002). Risiko Kurang Energi Kronis merupakan suatu manifestasi masalah gizi makro bila terjadi pada wanita usia subur dan ibu hamil.

Masalah gizi makro adalah masalah yang utamanya disebabkan kekurangan atau ketidakseimbangan asupan energi dan protein (Alamsyah, 2013). Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK. Pengukuran LILA pada kelompok wanita usia subur (WUS) adalah salah satu deteksi dini yang mudah dan dapat dilaksanakan masyarakat awam, untuk mengetahui kelompok beresiko KEK (Supriasa, 2002).

Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko kurang energi kronis (KEK) antara lain jumlah asupan makanan, usia ibu hamil, beban kerja ibu hamil, penyakit atau infeksi, pengetahuan ibu tentang gizi, pendapatan keluarga, pendidikan, dan paritas (Surasih, 2006). Paritas adalah jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh ibu baik lahir hidup atau meninggal. Jumlah kehamilan yang terlalu sering menyebabkan risiko sakit dan kematian pada ibu hamil juga anaknya. Selain itu, kemungkinan ibu yang sering melahirkan menyebabkan rendahnya status gizi ibu karena pemulihan kesehatan ibu setelah melahirkan belum maksimal. Seorang ibu yang sedang hamil, keadaan rahimnya teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah melahirkan empat anak atau lebih maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes, 2001).

Ibu dikatakan terlalu banyak melahirkan adalah lebih dari tiga kali. (Prawiroharjo 2008). Paritas yang paling baik adalah dua kali. Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu, ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri karena ibu memerlukan energi yang cukup untuk

memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya. Mengandung kembali akan menimbulkan masalah gizi bagi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung. Berapa kali seorang ibu pernah melahirkan bayi (parietas) diukur baik jika dua kali, dan buruk jika tiga kali (Baliwati, 2004).

Kehamilan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu (Marbun, 2013). Makin sering seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan akan makin banyak kehilangan zat besi (Manuaba, 2004). Kebutuhan ibu hamil akan Fe terus meningkat (untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah) sebesar 200-300%. Perkiraan besaran zat besi yang perlu ditimbun selama hamil ialah 1.040 mg. Dari jumlah ini, 200 mg Fe tertahan oleh tubuh ketika melahirkan dan 840 mg sisanya hilang. Sebanyak 300 mg besi ditransfer ke janin, dengan rincian 50-75 mg untuk pembentukan plasenta, 450 mg untuk menambah jumlah sel darah merah, dan 200 mg lenyap ketika melahirkan. Jumlah sebanyak ini tidak mungkin tercukupi hanya melalui diet (Arisman, 2010).

Kebutuhan ibu hamil terhadap energi, vitamin maupun mineral meningkat sesuai dengan perubahan fisiologis ibu dimana terjadi proses hemodelusi yang menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah dan mempengaruhi konsentrasi hemoglobin darah. Pada keadaan normal hal tersebut dapat diatasi dengan pemberian tablet besi, akan tetapi pada keadaan gizi kurang bukan saja membutuhkan suplemen energi juga membutuhkan suplemen vitamin dan zat besi (Supariasa, 2001 & Bobak, 2005). Proses Fe untuk menjadi hemoglobin adalah melalui perubahan Ferro menjadi Ferri. Hb mengikat oksigen menjadi oksihemoglobin. Perpaduan oksigen dan glukosa akan menghasilkan ATP

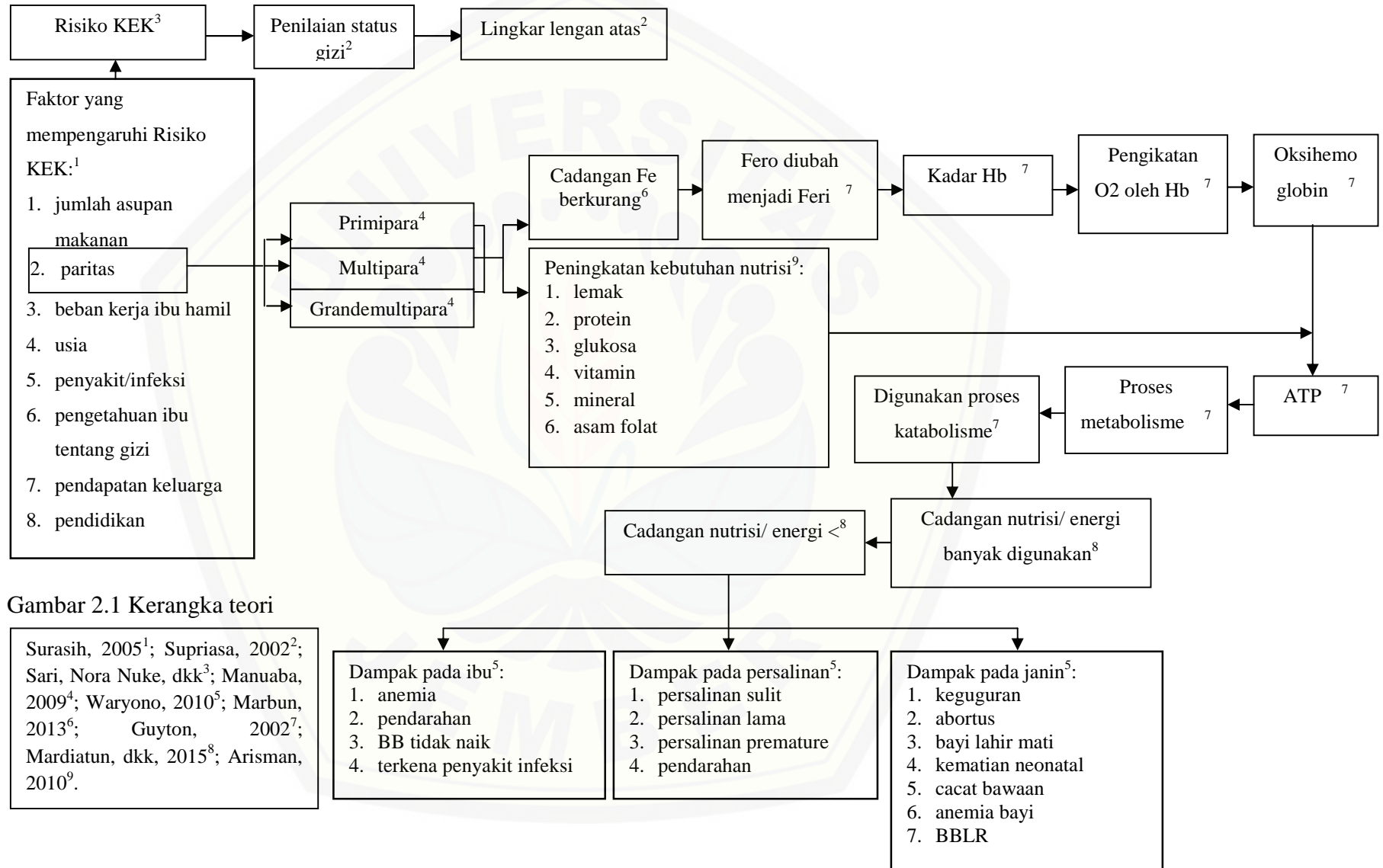
(Adenosin Trifosfat) sebagai energi yang beredar. Apabila asupan Fe menurun akan menyebabkan hemoglobin juga akan menurun sehingga ikatan oksigen akan menurun dan ATP yang dihasilkan lebih sedikit. Ibu hamil dan bayi membutuhkan ATP atau energi yang tinggi untuk proses metabolisme maupun untuk pertumbuhan, apabila tidak tersedia maka tubuh akan menggunakan cadangan makanan melalui proses katabolisme akan menyebabkan KEK (Guyton, 2002). Jadi, Asupan gizi yang kurang di tambah kondisi kehamilan akan meningkatkan metabolisme dan kebutuhan nutrisi pada ibu dan bayi apabila tidak terpenuhi akan meningkatkan risiko kejadian KEK (Mardiatun, dkk, 2015).

Zat besi merupakan komponen hemoglobin yang berfungsi mengangkut oksigen di dalam darah ke sel-sel yang membutuhkannya untuk metabolisme glukosa, lemak, dan protein menjadi energi (ATP) (Waryono, 2010). Energi dalam tubuh manusia dapat timbul dikarenakan adanya pembakaran karbohidrat, protein, dan lemak, dengan demikian agar manusia selalu tercukupi energinya diperlukan pemasukan zat-zat makanan yang cukup pula ke dalam tubuhnya (Kartasapoetra, 2008).

Ketidakseimbangan antara asupan nutrisi untuk pemenuhan kebutuhan dan pengeluaran energi berakibat pada keadaan risiko kekurangan energi kronis. Jumlah konsumsi energi ibu erat kaitannya dengan kejadian risiko kekurangan energi kronis pada ibu hamil. Ibu hamil yang mengkonsumsi energi <100 % Angka Kecukupan Gizi (AKG) mempunyai peluang 6,08 kali untuk berisiko mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Albugis, 2008).

Menurut Waryono (2010), bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain anemia, perdarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi semakin meningkat. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

Surasih, 2005¹; Supriasa, 2002²; Sari, Nora Nuke, dkk³; Manuaba, 2009⁴; Waryono, 2010⁵; Marbun, 2013⁶; Guyton, 2002⁷; Mardiatun, dkk, 2015⁸; Arisman, 2010⁹.

Dampak pada ibu⁵:
 1. anemia
 2. pendarahan
 3. BB tidak naik
 4. terkena penyakit infeksi

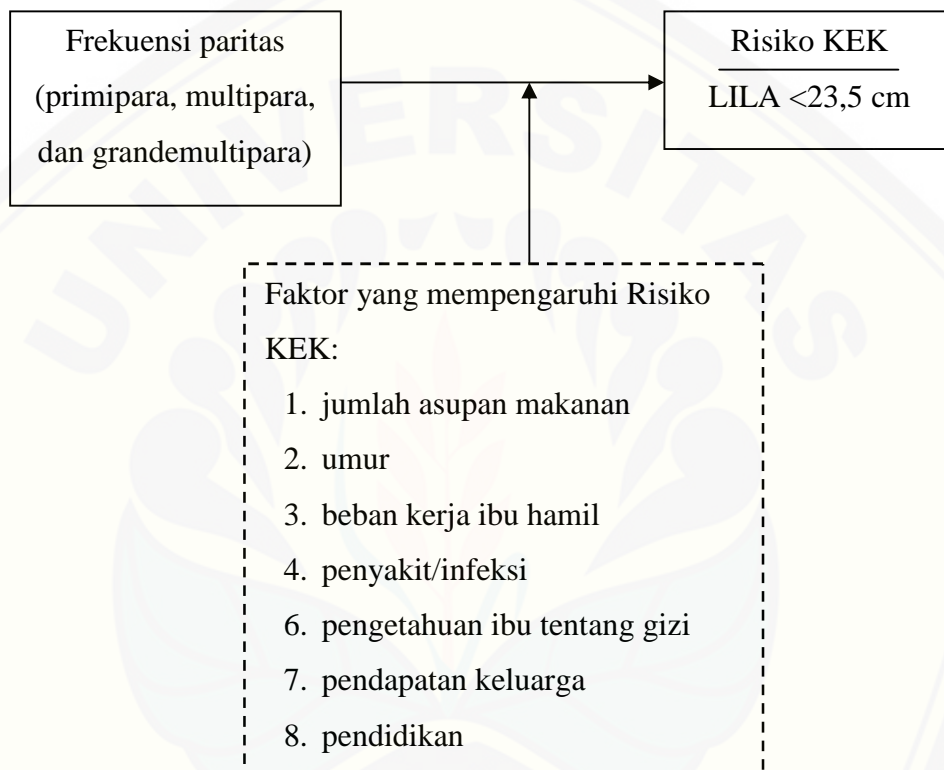
Dampak pada persalinan⁵:
 1. persalinan sulit
 2. persalinan lama
 3. persalinan premature
 4. pendarahan

Dampak pada janin⁵:
 1. keguguran
 2. abortus
 3. bayi lahir mati
 4. kematian neonatal
 5. cacat bawaan
 6. anemia bayi
 7. BBLR



BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



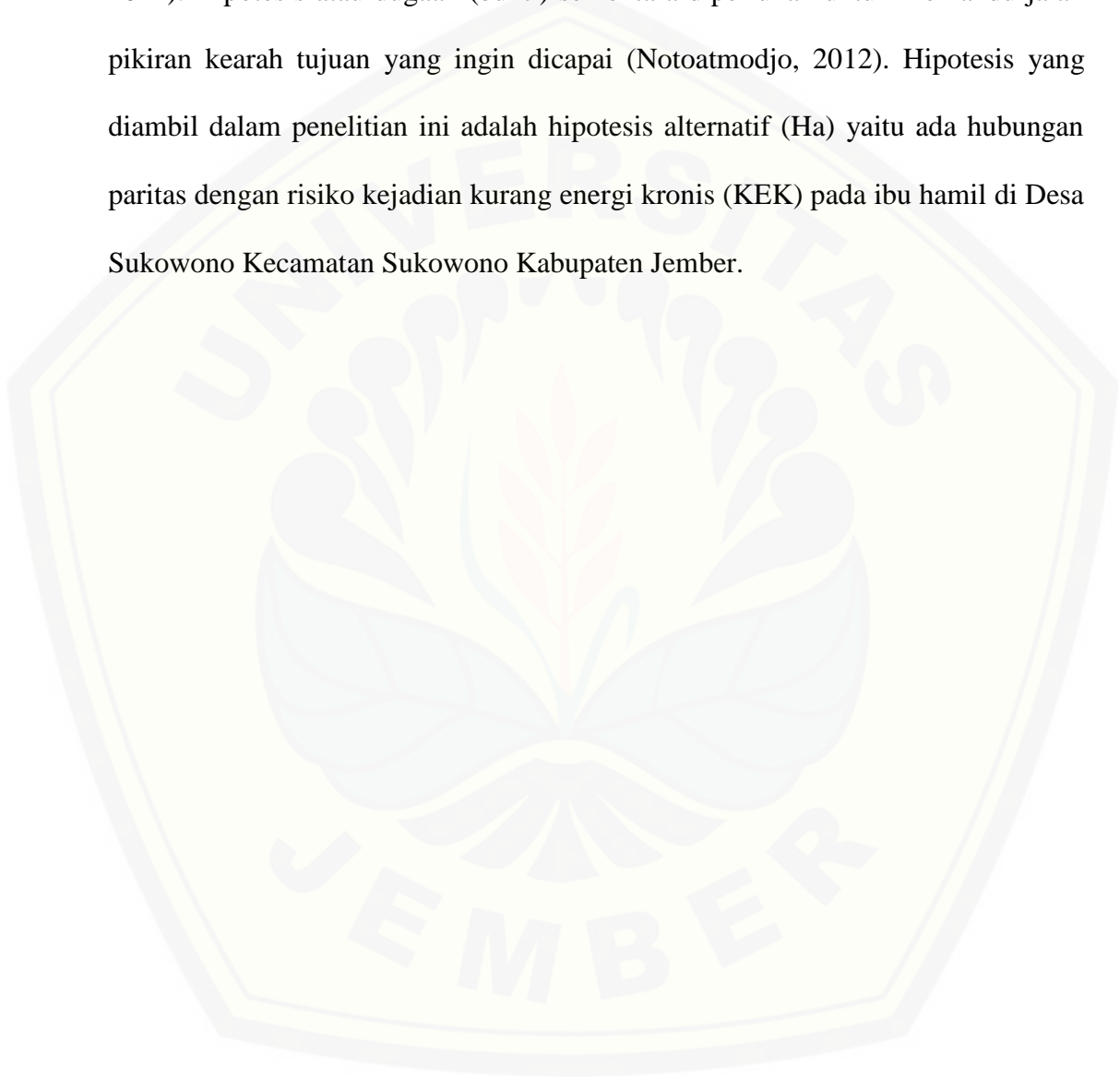
= Variabel diteliti



= Variabel tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2014). Hipotesis atau dugaan (bukti) sementara diperlukan untuk memandu jalan pikiran kearah tujuan yang ingin dicapai (Notoatmodjo, 2012). Hipotesis yang diambil dalam penelitian ini adalah hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada hubungan paritas dengan risiko kejadian kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui hubungan paritas dengan kejadian risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek melalui observasi dalam satu waktu (Notoadmodjo, 2012).

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012).

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil dengan usia kehamilan di trimester satu, dua, dan tiga di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember yaitu sebanyak 73 ibu hamil yang tersebar di delapan dusun.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah populasi yang akan diambil sebagai subyek atau obyek penelitian dan dianggap mewakili populasi (Notoatmodjo, dalam Setiadi, 2007). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014).

Sampel dari penelitian ini adalah ibu hamil dengan usia kehamilan trimester satu, dua dan tiga di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. Diketahui jumlah ibu hamil di Desa Sukowono di trimester satu, dua, dan tiga sebanyak 56 ibu hamil.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling merupakan teknik pengambilan sampel (Sugiyono, 2014). Teknik sampling adalah teknik yang dipergunakan untuk mengambil sampel dari populasi (Arikunto, dalam Setiadi, 2007).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah non *probability sampling* atau *non random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang /kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 2014). Pendekatan teknik pengambilan sampel

yang digunakan peneliti adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2011). Alasan pengambilan total sampling karena menurut Sugiyono (2011) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian. Kriteria dari *total sampling* ini adalah ibu hamil pada trimester satu, dua, dan tiga di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

4.2.4 Kriteria sampel

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. ibu hamil yang berdomisili di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember;
2. ibu hamil di trimester satu, dua, tiga;
3. bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

1. ibu hamil yang belum pernah melahirkan sebelumnya;
2. ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK);
3. ibu hamil yang tidak diketahui berat badannya sebelum kehamilan;

4. ibu hamil yang mengalami penyakit atau infeksi yang dapat mengganggu jalannya penelitian;
5. ibu hamil yang tidak bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan sejak bulan September 2015-Mei 2016. Waktu penelitian terhitung sejak penyusunan proposal sampai pengolahan data penelitian yaitu penyusunan proposal skripsi dari bulan September 2015 sampai bulan Februari 2016, penelitian dimulai bulan April 2016, dan penyusunan skripsi dari bulan April-Juni 2016.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan ciri-ciri yang diamati atau diukur dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008). Definisi operasional ini untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (alat ukur).

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Desain Operasional

No.	Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
1.	Variabel independen: Paritas	Paritas adalah jumlah berapa kali seorang wanita melahirkan anak dalam kondisi hidup.	Jumlah kelahiran hidup yang dialami seorang wanita	Lembar karakteristik responden.	Ordinal	1. 5 kelahiran (Grandmultipara) 2. 2-4 kelahiran (Multipara) 3. 1 kelahiran (Primipara) (Neeraja, 2006)
2.	Variabel dependen: Ibu hamil risiko kurang energi kronis	Ibu hamil risiko kurang energi kronis adalah ibu hamil dengan LILA <23,5 cm dan IMT 18,5 yang disebabkan karena ketidakseimbangan asupan energi dan protein.	Risiko kurang energy kronis bila LILA <23,5 cm dan IMT 18,5.	Pengukuran dengan menggunakan pita LILA lalu dilakukan pencatatan pada lembar karakteristik responden.	Ordinal	0. LILA <23,5 cm dan IMT 18,5 (Risiko KEK) 1. LILA >23,5 cm dan IMT 18,5 (Bukan risiko KEK) (Lubis, 2003)

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Menurut Chandra (2012), sumber data dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

a. Data primer

Data primer yaitu materi atau kumpulan fakta-fakta yang dikumpulkan sendiri oleh si peneliti pada saat berlangsungnya penelitian (Chandra, 2012). Data primer dapat diperoleh peneliti langsung dari responden. Data primer pada penelitian ini adalah data hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) pada ibu hamil dengan menggunakan pita LILA.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang berasal dari lingkungan sendiri seperti hasil penelitian sebelumnya atau data di rumah sakit, dan lain-lain (Chandra, 2012). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data mengenai ibu hamil dengan risiko KEK yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan data jumlah ibu hamil diperoleh dari Puskesmas Sukowono, dan data lembar karakteristik responden.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan wawancara dan observasi. Pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari dua tahap yaitu tahap perijinan dan tahap pelaksanaan, yaitu:

- a. tahap perijinan meliputi:
 1. peneliti mengajukan surat untuk mendapatkan surat ijin penelitian dari institusi pendidikan;
 2. studi pendahuluan diajukan kepada BAKESBANGPOL;
 3. studi pendahuluan diajukan ke Dinkes Kabupaten Jember untuk mendapatkan surat pengantar ke Puskesmas Sukowono;
 4. ijin penelitian diajukan kepada Puskesmas Sukowono.
- b. tahap pelaksanaan meliputi:
 1. peneliti mencantumkan data nama ibu hamil dalam lembar untuk memudahkan peneliti dalam melakukan pengumpulan data;
 2. peneliti menetapkan nama-nama ibu hamil yang terpilih menjadi sampel penelitian;
 3. peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta memberikan lembar *informed consent*;
 4. responden yang bersedia menandatangani *informed consent* dan diminta untuk mengisi lembar data yang berisi karakteristik responden;
 5. lembar dan karakteristik responden yang telah dilengkapi kemudian dikumpulkan kembali pada peneliti;
 6. peneliti mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), berat badan, dan tinggi badan secara bersamaan;

4.6.3 Alat Pengumpul Data

- a. Lembar data berisi karakteristik responden, kolom pertanyaan jumlah kelahiran yang dialami, dan hasil pengukuran Lingkar lengan Atas (LILA)
- Lembar data berisi karakteristik responden dan kolom pertanyaan jumlah kelahiran yang dialami digunakan untuk melakukan pengumpulan data pada variabel independen dan kolom hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) untuk melakukan pengumpulan data pada variabel dependen.

4.7 Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007).

4.7.1 *Editing*

Hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan dilakukan penyuntingan (*editing*) terlebih dahulu. Secara umum *editing* adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuisioner tersebut:

- a. semua pertanyaan sudah terisi secara lengkap;
- b. semua jawaban dan tulisan pada masing-masing pertanyaan cukup jelas terbaca;
- c. semua jawaban relevan dengan pertanyaan;

- d. semua jawaban pertanyaan-pertanyaan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lainnya.

(Notoatmodjo, 2012).

Dalam penelitian ini pengisian lembar pengamatan mengenai status risiko KEK dilakukan oleh peneliti sendiri yang didapatkan langsung dari responden.

4.7.2 Coding

Setelah semua kuisisioner diedit atau disuntin, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2012). Pemberian *coding* dalam penelitian ini adalah variabel independen yaitu paritas, dan variabel dependen yaitu status Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil menurut pengukuran LILA.

- a. Variabel independen terbagi atas tiga kategori yaitu:

kode 1 : kelahiran grandemultipara;

kode 2 : kelahiran multipara;

kode 3 : kelahiran primipara.

- b. Variabel dependen terbagi atas dua kategori yaitu:

kode 0 : risiko KEK;

kode 1 : bukan risiko KEK.

4.7.3 Processing

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) dimasukkan kedalam program atau *software*. *Software* komputer ini bermacam-macam, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya. Dalam proses ini juga dituntut ketelitian dari orang yang melakukan *data entry* ini (Notoatmodjo, 2012).

4.7.4 Cleaning

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kealahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2012). Pembersihan data dilakukan dengan pengecekan kembali data yang sudah di *entry*.

4.8 Analisa Data

Data yang telah diolah dengan menggunakan program SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan kesimpulan dan keputusan (Setiadi, 2007). Analisa data dilakukan dengan tujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian, membuktikan hipotesis-hipotesis penelitian yang telah dirumuskan, memperoleh kesimpulan secara umum dari penelitian yang merupakan kontribusi dalam pengembangan ilmu yang bersangkutan

(Notoatmodjo, 2010). Analisis data yang digunakan pada penelitian ini meliputi analisis deskriptif dan analisis analitik.

4.8.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2012). Analisis deskriptif pada penelitian ini akan menyajikan tabel distribusi frekuensi untuk data karakteristik responden, variabel independen dan variabel dependen.

Karakteristik responden meliputi nama, usia, alamat, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Variabel independen yang terdapat pada penelitian ini adalah paritas yang pernah dialami oleh ibu hamil yang meliputi primipara, multipara dan grandemultipara. Variabel dependen yang terdapat pada penelitian ini adalah status gizi pada ibu hamil yang diukur menggunakan pita LILA yang meliputi status risiko KEK dan bukan risiko KEK.

4.8.2 Analisis Analitik

Penelitian ini menggunakan uji *chi-square* untuk menganalisis data. Setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel pada analisis deskriptif, maka untuk mengetahui hubungan antara dua variabel tersebut perlu dilakukan analisis analitik. Analisis analitik atau bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel yaitu mengetahui hubungan paritas dengan risiko kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil.

Tujuan dari digunakannya uji *chi-square* adalah untuk menguji perbedaan proporsi/persentase antara beberapa kelompok data. Dilihat dari segi datanya uji *chi-square* dapat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik dengan variabel kategorik. Nilai α yang digunakan adalah 0,05. Berdasarkan nilai p pada uji *chi-square*, H_0 diterima jika nilai $p > \alpha$ (Hastono, 2007).

4.9 Etika Penelitian

Notoatmodjo (2012) menyatakan responden penelitian kesehatan adalah manusia. Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti (subyek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut.

4.9.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent adalah pernyataan kesediaan dari responden penelitian untuk dengan jelas dan lengkap memberikan informasi atau data yang dibutuhkan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, sebelum peserta menjadi responden dilakukan pemberian informasi kepada responden mengenai tujuan penelitian. Responden yang bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian menandatangani lembar *informed consent* penelitian dan responden yang tidak bersedia mengikuti penelitian diperkenankan untuk tidak menandatangani lembar *informed consent* tersebut.

4.9.2 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Penelitian hendaknya memberikan manfaat khususnya bagi responden penelitian. Penelitian hendaknya meminimalkan kerugian atau kesalahan terhadap responden penelitian (Notoatmodjo, 2012). Penggunaan *anonymity* pada penelitian ini dilakukan dengan cara menggunakan kode dan alamat responden pada lembar observasi dan mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan sebagai responden.

4.9.3 *Confidentialy* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan adalah bukti jaminan bahwa setiap informasi yang berkaitan dengan responden penelitian tidak akan dilaporkan dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim peneliti (Notoatmodjo, 2012). Semua informasi yang telah diperoleh dari responden penelitian dijamin kerahasiaannya. Peneliti menggunakan *anonimity* yaitu berupa kode untuk mengganti identitas responden. Kuesioner yang telah terisi sebagai data primer penelitian hanya diketahui oleh pihak yang berkepentingan terhadap penelitian ini. Hanya data-data tertentu saja yang disajikan pada hasil penelitian.

4.9.4 *Beneficence* (Asas Kemanfaatan)

Penelitian hendaknya memberikan manfaat khususnya bagi responden penelitian. Penelitian hendaknya meminimalkan kerugian atau kesalahan terhadap responden penelitian (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini, hasil penelitian dilaporkan kepada pihak puskesmas sehingga nantinya ada tindak lanjut untuk menangani permasalahan kesehatan yang ada.

4.9.5 *Justice* (Keadilan)

Responden penelitian harus diperlakukan secara adil dalam hal beban dan manfaat dari partisipasi dalam penelitian. Peneliti harus menjunjung tinggi keadilan bagi semua responden dengan tidak membeda-bedakan responden yang satu dengan lainnya (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, peneliti memberlakukan adil atau sama untuk semua responden, atau dengan kata lain tidak melakukan diskriminasi baik status, haknya sebagai responden, manfaat yang diperoleh, keanonimitas, dan kerahasiaan dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati.

BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa hubungan paritas dengan kejadian risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

- a. Rata-rata usia ibu hamil adalah 27,3 tahun dengan usia terbanyak adalah 26 tahun, rata-rata usia menikah ibu hamil adalah 20,1 tahun dengan usia menikah terbanyak adalah 20 tahun, ibu hamil dengan usia kehamilan trimester 3 sebanyak 24 ibu hamil (42,9%), sebagian besar ibu hamil dikategorikan telah memenuhi pendidikan dengan tamatan SMA/ sederajat sebanyak 33 ibu hamil (58,9%), sebagian besar ibu hamil adalah tidak bekerja sebanyak 31 ibu hamil (55,4%), dan dengan pendapatan keluarga <Rp. 1.629.000,- sebanyak 51 orang (91,9%).
- b. Kategori paritas ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember sebagian besar adalah multipara sebanyak 33 ibu hamil (58,9%).

- c. Kategori gizi ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember sebagian besar adalah bukan risiko KEK sebanyak 50 ibu hamil (89,3%).
- d. Tidak terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian kurang energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember ($p\text{ value} = 0,384 > 0,05$ dan $odds\ ratio = 0,255$).

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil dan pembahasan penelitian ini yang berjudul hubungan paritas dengan kejadian risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

6.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini digunakan sebagai pengetahuan bahwa pentingnya membatasi jumlah paritas pada seorang wanita. Membatasi jumlah paritas pada seorang wanita dapat menghindarkan dari masalah kesehatan seperti misalnya masalah kesehatan gizi pada ibu hamil. Hasil penelitian yang telah diperoleh dapat dijadikan bahan dan acuan untuk mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk lebih

menyempurnakan pembahasan terkait risiko KEK dan juga perlu dilakukan perluasan wilayah penelitian sehingga hasil dari penelitian dapat lebih menggambarkan masalah yang ada.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai penambah pengetahuan bahwa mempertimbangkan jumlah paritas sangat penting. Paritas yang tinggi pada ibu hamil dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti misalnya risiko Kurang Energi Kronis (KEK). Berdasarkan hasil penelitian, seorang wanita diharapkan mempertimbangkan jumlah paritasnya, dengan demikian dapat menghindari masalah kesehatan terutama dalam hal masalah gizi pada ibu hamil.

6.2.3 Bagi Institusi Keperawatan

Perawat dapat mengaplikasikan perannya dalam melakukan peran perawat yaitu *educator*/pendidik dalam memberikan pendidikan mengenai pemenuhan status gizi ibu hamil dan juga pentingnya mempertimbangkan jumlah paritas yang dialami oleh seorang wanita. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan dalam pelaksanaan upaya kesehatan untuk menangani masalah-masalah kesehatan terutama pada ibu hamil. Selain itu, pemerintah dapat memberikan kebijakan pembangunan kesehatan khususnya dalam pemenuhan status gizi pada ibu hamil di Kabupaten Jember dengan membatasi jumlah paritas yang dialami oleh seorang wanita. Selain itu, sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi Dinas Kesehatan

Kabupaten Jember untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat tentang upaya peningkatan status gizi pada ibu hamil.

6.2.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan dan informasi kepada masyarakat dalam pentingnya memberikan pengetahuan dan informasi mengenai pentingnya mempertimbangkan jumlah paritas terkait dengan pemenuhan status gizi pada ibu hamil itu sendiri dan juga janin yang dikandungnya. Selain itu perlu adanya untuk menghentikan budaya pernikahan di usia muda dan faktor lainnya yang mungkin dapat menyebabkan masalah gizi terutama pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah. (2013). *Pemberdayaan Gizi Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Albulgis, Djamilah. (2008). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kurang energy kronis pada ibu hamil di Wilayah Puskesmas Jembatan Serong Kecamatan Pancoran Mas Depok Jawa Barat*. Jakarta: Perpustakaan Universitas Indonesia. [Serial Online] <http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/metadata-123472.pdf>
- Amurullah S. (2006). *Prosedur Pengukuran Lingkar Lengan Atas Pada Ibu Hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK). Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisman. (2010). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Ariyani, Dini, dkk. (2012). *Validitas Lingkar Lengan Atas Mendeteksi Risiko Kekurangan Energi Kronis pada Wanita Indonesia*. Jakarta: Departemen Gizi Kesmas FKM Universitas Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 7, No. 2. https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiisoKhy5nLahVMB04KHR2IBSAQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fjurnalkesmas.ui.ac.id%2Findex.php%2Fkesmas%2Farticle%2Fdownload%2F67%2F68&usg=AFQjCNEHDkiPM9nj4QLwiaXWA_qqpsU0WA&sig2=2IFBoPcliFZEfUigcLZAqg&bvm=bv.115339255,d.c2E
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Timur. (2011). *Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Provinsi Jawa Timur 2011-2015*. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Jawa Timur. [Serial Online]. <http://nuhfil.lecture.ub.ac.id/files/2012/12/rencana-aksi-pangan-dan-gizi-jawa-timur.pdf>
- Baliwati, Yayuk. (2004). *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Bobak. (2005). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.

- Bulechek, Butcher, *et al.* (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Missouri: ELSEVIER MOSBY.
- Chandra, (2006). *Pengaruh Sosio Demografi, Riwayat Persalinan dan Status Gizi Ibu terhadap Kejadian BBLR, Studi Kasus di RSIA Sri Ratu Medan*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara.
- Chandra, Budiman. (2012). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Departemen Pendidikan Nasional. (2008). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional.
- Depkes RI. (2001). *Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Persalinan, dan nifas*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan, Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. (1994). *Pedoman penggunaan alat ukur lingkaran lengan atas (LILA) pada wanita usia subur*. Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan, Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. (1994). *Petunjuk teknis penanganan rujukan wanita usia subur risiko kurang energi kronis di puskesmas*. Jakarta: Depkes.
- Fallah. (2004). *Analisis situasi gizi dan kesehatan masyarakat*. Jakarta : LIPI.
- FAO Corporate Document Repository. (Tanpa tahun). *Body Mass Index, A Measure of Chronic Energy Deficiency in Adults*. Roma: Agriculture and consumer Protection. [Serial Online].
<http://www.fao.org/docrep/t1970e/t1970e07.htm>
- Guyton and Hall. (2002). *BukuAjar Fisiologi Kedokteran Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Handayani. (2012). *Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Puskesmas Liang Anggang Kota Banjarbaru Kalimantan Selatan*. Jakarta: Universitas Indonesia. [Serial Online].
http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20315087-S_Sri%20Kumala%20Handayani.pdf
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Analisa Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

- Husaini. (2003). *Metode Penelitian Sosial*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Ismail. (2014). *Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Limba B kec. Kota Selatan Kota Gorontalo*. Gorontalo: Universitas Negeri Gorontalo.
- Istiani & Rusilanti. (2013). *Gizi Terapan*. Bandung: Rosdakarya.
- Kartasapoetra. (2008). *Ilmu Gizi, Korelasi Gizi, Kesehatan, dan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Kartikasari. (2011). *Hubungan Pendidikan, Paritas, dan Pekerjaan Ibu dengan Status Gizi Ibu hamil Trimester III Dipuskesmas Bangetayu Kecamatan Genuk Kota Semarang Tahun 2011*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. [Serial Online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2012.pdf>
- Kementerian Kesehatan Indonesia. (2010). *Pedoman Penilaian Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)*. Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Ibu. [Serial Online]. <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2013/08/Pedoman-PWS-KIA.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. [Serial Online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf>
- Kusmiyati, Yuni dkk. (2008). *Perawatan Ibu Hamil*. Yogyakarta; Fitramaya.
- Leveno, Kenneth J. (2009). *Obsetri Williams*. Jakarta: EGC. <https://books.google.co.id/books?id=mPwa0ARtMtIC&pg=PA40&dq=paritas+adalah&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwipisbdgeLKAhUPH44KHxOWCuYQ6AEIGjAA#v=onepage&q=paritas%20adalah&f=false>
- Lubis, Zulhaida. (2003). *Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya terhadap Bayi yang Dilahirkan*. Semarang: IKM-UNNES. [Serial Online].

Lusiana, Novita, dkk. (2015). *Buku Ajar Metode Penelitian Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish. [Serial Online]. [https://books.google.co.id/books?id=IEPoCAAAQBAJ&pg=PA110&lpg=PA110&dq=kekurangan+energi+kronis+\(KEK\)+pada+ibu+hamil+menjadi+penyebab+utama+terjadinya+pendarahan+dan+infeksi+yang+merupakan+faktor+kematian+utama+ibu.&source=bl&ots=aKcPf343tp&sig=CkrfaSzTbo nYqkBDiJUvzv6XHPY&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwivrLWH6ZbLAhUOV04KHdLIDboQ6AEIJjAC#v=onepage&q=kekurangan%20energi%20kronis%20\(KEK\)%20pada%20ibu%20hamil%20menjadi%20penyebab%20utama%20terjadinya%20pendarahan%20dan%20infeksi%20yang%20merupakan%20faktor%20kematian%20utama%20ibu.&f=false](https://books.google.co.id/books?id=IEPoCAAAQBAJ&pg=PA110&lpg=PA110&dq=kekurangan+energi+kronis+(KEK)+pada+ibu+hamil+menjadi+penyebab+utama+terjadinya+pendarahan+dan+infeksi+yang+merupakan+faktor+kematian+utama+ibu.&source=bl&ots=aKcPf343tp&sig=CkrfaSzTbo nYqkBDiJUvzv6XHPY&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwivrLWH6ZbLAhUOV04KHdLIDboQ6AEIJjAC#v=onepage&q=kekurangan%20energi%20kronis%20(KEK)%20pada%20ibu%20hamil%20menjadi%20penyebab%20utama%20terjadinya%20pendarahan%20dan%20infeksi%20yang%20merupakan%20faktor%20kematian%20utama%20ibu.&f=false)

Madanijah, S. (2004). *Pendidikan Gizi dalam Pengantar Pengadaan Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.

Manuaba, I. G. B. (2004). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC. [Serial Online] [Diakses Pada 1 Januari 2016]. <https://books.google.co.id/books?id=o7rIQ70xKjYC&pg=PR4&dq=Manuaba+1998&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjsz-9jIrKAhWIA44KHQDvCQMO6AEIKTAC#v=onepage&q=Manuaba%201998&f=false>

Marbun, Uliarta. (2013). *Hubungan Antara Kadar HB Selama Kehamilan dan Paritas dengan Berat bayi Lahir Rendah di Puskesmas Batua Tahun 2011 Vol. 3 Nomor 5 Tahun 2013 ISSN: 2302-1721*. Makasar: STIKES Nani Hasanuddin Makassar. [Serial Online] [Diakses pada 1 Januari 2016]. <http://library.stikesnh.ac.id/files/disk1/9/e-library%20stikes%20nani%20hasanuddin--uliartamar-401-1-35131071-1.pdf>

Mardiatur, Yani, dkk. (2015). *Hubungan Riwayat Ante Natal Care (Anc) dan Tingkat Konsumsi Fe (Zat Besi) Dengan Kejadian Kek Ibu Hamil di Provinsi Nusa Tenggara Barat Dan Di Daerah Istimewa Jogjakarta (Analisis Lanjut Data Riset Kesehatan Dasar 2013)*. Mataram: Politeknik Kesehatan mataram. Vol. 18 No. 3 Juli 2015: 221–228. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/viewFile/4542/4098>

Mayasari, Tri Agustin, dkk. (2014). *Kejadian Kurang Energi Kronis Pada Ibu Hamil Berdasarkan Umur, Paritas, dan Pendidikan*. Akademi Kebidanan Griya Husada. [SerialOnline]

<http://jurnal-griyahasuda.com/awal/images/files/KEJADIAN%20KURANG%20ENERGI%20KRONIS%20PADA%20IBU%20HAMIL%20BERDASARKAN%20UMUR,%20PARITAS,%20DAN%20PENDIDIKAN.pdf>

Muliarini, P. (2010). *Pola Makan Dan Gaya Hidup Sehat Selama Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Mulyaningrum. (2009). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Provinsi Jakarta*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/124263-S-5638-Faktor-faktor%20yang-HA.pdf>

Neeraja, Kurudi Padmanabaiah. (2006). *Textbook of growth and Development for Nursing Students*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publisher. https://books.google.co.id/books?id=-tikEsd0clwC&pg=PA61&dq=grande+multipara&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwis0a_YxtrKAhXLj44KHdxoDjQQ6AEITTAI#v=onepage&q=grande%20multipara&f=false

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nurhayati, Candra. (2012). *Model Prediksi Berat Lahir bayi Berdasarkan Pertambahan Berat Badan Ibu Selama Kehamilan dan Faktor Lain di Puskesmas Wonosari II Kabupaten klaten Tahun 2010-2011*. [Skripsi]. [Serial Online]. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20355500-S-Candra%20Nurhayati.pdf>

Nurjanah & Septiani. (2013). *Hubungan Jarak Kelahiran dan Jumlah Balita dengan Status Gizi di RW 07 Wilayah Keja Puskesmas Cijerah Kota Bandung*. Cimahi: Stikes Jenderal A. Yani. *Jurnal Keperawatan Anak* Vol. 1 no. 2, November 2013; 120-126. [Serial Online]. https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi6_IX-xbbNAhULNY8KHRazDuQQFggjMAE&url=http%3A%2F%2Fjurnal.unimus.ac.id%2Findex.php%2FJKA%2Farticle%2Fdownload%2F970%2F1019&usg=AFQjCNGF39wxwjfiHLYJzYrL77Nj9NZvzA&bvm=bv.124817099,d.c2I

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Oxon & Forte. (2010). *Ilmu Kebidanan: Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Yogyakarta: ANDI Yogyakarta.
<https://books.google.co.id/books?id=SsWCb5m-sUMC&pg=PA58&dq=paritas+adalah+kelahiran&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwi06r3ygeLKAhXEC04KHUUCAVUQ6AEIOjAF#v=onepage&q=paritas%20adalah%20kelahiran&f=false>
- Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI). (2009). *Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga*. Jakarta: Kompas Media Nusantara. [Serial Online].
<https://books.google.co.id/books?id=AiT3PZRDFV4C&pg=PA98&dq=kurang+energi+kronis+indeks+masa+tubuh&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiNwL252MLLAhXDJ6YKHDfEIDFsQ6AEIHTAA#v=onepage&q=kurang%20energi%20kronis%20indeks%20masa%20tubuh&f=false>
- Prakarsa Policy Review. (2013). Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun. Jakarta: Prakarsa Policy Review. [Serial Online].
http://theprakarsa.org/new/ck_uploads/files/Prakarsa%20Policy_Oktober_R ev3-1.pdf
- Prawirohardjo, Sarwono. (2008). *Ilmu Kandungan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Proverawati & Asfuah. (2009). *Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- RISKESDAS. (2013). *Kesehatan Ibu*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. [Serial Online] [Diakses pada tanggal 7 Januari 2016].
<http://www.kesehatanibu.depkes.go.id/archives/678>
- Sandjaja. (2009). Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu hamil di Indonesia. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan. *Gizi Indon* 2009, 32(2):128-138. [Serial Online].
http://ejournal.persagi.org/go/index.php/Gizi_Indon/article/viewFile/76/73
- Sellers, Pauline Mc Call. (2007). *Midwifery*. Lansdowne: JUTA.
<https://books.google.co.id/books?id=juggPqjWhhYC&pg=PA1239&dq=grande+multipara+adalah&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwj-gdKBjuLKAhWHGY4KHSu5DroQ6AEIJjAC#v=onepage&q=grande%20multipara%20adalah&f=false>

- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Simarmata M. (2008). *Hubungan Pola Konsumsi, Ketersediaan Pangan, Pengetahuan Gizi dan Status Kesehatan Dengan Kejadian KEK Pada Ibu Hamil di Kabupaten Simalungun*. Medan: Universitas Sumatera Utara. [Tesis].
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6724/3/09E00164.pdf.txt>
- Soetjiningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC.
- Sophia. (2009). *Kebutuhan Gizi Ibu Hamil*. Jakarta: Medica store.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistyoningsih, Hariyani. (2011). *Gizi Untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sulistyorini & Dewi. (2015). *Gerakan Sayang Ibu Dan Bayi (GESIB) Sebagai Solusi Masalah Kurang Energi Kalori (KEK) Pada Ibu Hamil di Kecamatan Jelbuk Kabupaten Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Sulistyawati, Ari. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada ibu nifas*. Yogyakarta: CV Andi Offset
- Supariasa, dkk. (2002). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC.
- Supariasa IND, Bakri A, Hajar I. (2012). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Surasih, H. (2005). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keadaan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil di Kabupaten Banjarnegara*. Semarang: IKM Universitas Negeri Semarang. [Serial Online]
<http://lib.unnes.ac.id/690/1/1261.pdf>
- Susiyanti. (2012). *Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Gizi Ibu Hamil dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) di Wilayah Kerja*

- Puskesmas Banyumas tahun 2012*. Purwokerto: Stikes Harapan Bangsa. [Serial Online].
<http://repository.shb.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=shb--susiyantini-222>
- Taharudin. (2012). *Tentang Paritas dan Jarak kehamilan*. [Serial Online].
<http://taharuddin.com/tentang-paritas-dan-jarak-kehamilan>.
- Walgito. (2001). *Psikologi Sosial*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Waryono. (2010). *Gizi Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Rihama.
- Wiknjosastro, Hanifa. (2002). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina
- World Review of Nutrition and Dietetics. (2015). *Nutrition For Primary Care Provider*. Germany: KARGER125. [Serial Online].
<https://books.google.co.id/books?id=mhGkBQAAQBAJ&pg=PT76&dq=chronic+energy+deficiency+in+pregnancy&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjvLmd8ZfLAhUDkI4KHfHSBekQ6AEIPTAH#v=onepage&q&f=false>
- Zaenab, R., Joeharno. 2008. *Beberapa Faktor Risiko Kejadian BBLR di Rumah Sakit Al-Fatah Ambon Periode Januari-Desember Tahun 2006*. [Serial Online] <file://localhost/G:/berat-badan-lahir-rendah-bblr.html>



LAMPIRAN

Lampiran A: Lembar *Informed*

Kode responden:

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ria Novitasari
NIM : 122310101022
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jln. Kenanga VI no. 108 Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kaliwates Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Ria Novitasari
NIM 122310101022

Lampiran B: Lembar *Consent*

Kode responden:

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Ria novitasari

NIM : 122310101022

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Paritas dengan Kejadian Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada subyek penelitian. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu sebagai kepentingan ilmiah untuk menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subyek penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember,

2016

()
Nama terang dan tanda tangan

Lampiran C: Lembar Data Karakteristik Responden

Tanggal wawancara:

Kode responden:

1. Karakteristik Ibu Hamil

- a. Nama :
- b. Tempat/tanggal lahir :
- c. Umur : tahun
- d. Umur menikah :
- e. Usia kehamilan :
- 1) Trimester 1 (0-3 bulan atau 0-12 minggu)
 - 2) Trimester 2 (4-6 bulan atau 12-28 minggu)
 - 3) Trimester 3 (7-9 bulan atau 28-40 minggu)
- f. Alamat :

2. Karakteristik Keluarga

- a. Identitas Suami :
- Pendidikan :
- 1) Tamat SD/ sederajat
 - 2) Tamat SMP/ sederajat
 - 3) Tamat SMA/ sederajat
 - 4) Tamat PT
- Pekerjaan :
- 1) Pegawai Negeri
 - 2) Pegawai Swasta
 - 3) Petani/ Buruh tani
 - 4) Wiraswasta/ Pedagang
 - 5) Tidak bekerja
 - 6) Lain-lain, sebutkan.....
- Pendapatan :
- 1) < Rp1.629.000,-
 - 2) > Rp1.629.000,-
- b. Identitas istri :
- Pendidikan :
- 1) Tamat SD/ sederajat
 - 2) Tamat SMP/ sederajat
 - 3) Tamat SMA/ sederajat
 - 4) Tamat PT
- Pekerjaan :
- 1) Pegawai Negeri
 - 4) Wiraswasta/ Pedagang

- 2) Pegawai Swasta
- 3) Petani/ Buruh tani
- 5) Tidak bekerja
- 6) Lain-lain, sebutkan.....

Pendapatan :

- 1) < Rp1.629.000,-
- 2) > Rp1.629.000,-

3. Paritas

a. Jumlah kelahiran hidup yang pernah dialami:

- 1) 1 kelahiran
- 2) 2-4 kelahiran
- 3) 5 kelahiran

b. Jarak kehamilan:

- 1) < 2 tahun
- 2) 2 tahun

c. Penggunaan alat kontrasepsi:

- 1) Tidak menggunakan alat kontrasepsi
- 2) Pil
- 3) Suntik
- 4) IUD/Spiral
- 5) Kondom

4. Status Gizi Ibu Hamil

Lingkar Lengan Atas : cm
Berat badan sebelum hamil : kg
Berat badan saat hamil : kg
Tinggi Badan : cm
Kadar Hb : g/100 cc

5. Keikutsertaan dalam Penyuluhan Masa Kehamilan

Keikutsertaan dalam penyuluhan gizi ibu hamil:

1. Pernah
2. Belum pernah

Lampiran D: Kartu Skor Poedji Rochjati

KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	IV Trwulan			
				I	II	III 1	III 2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a. tekan tang/vakum	4			
		b. un dirogoh	4				
		c. diberi nfuse/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Lampiran E: Hasil dan Analisi Data

a. Usia Ibu Hamil

Statistics

Usia

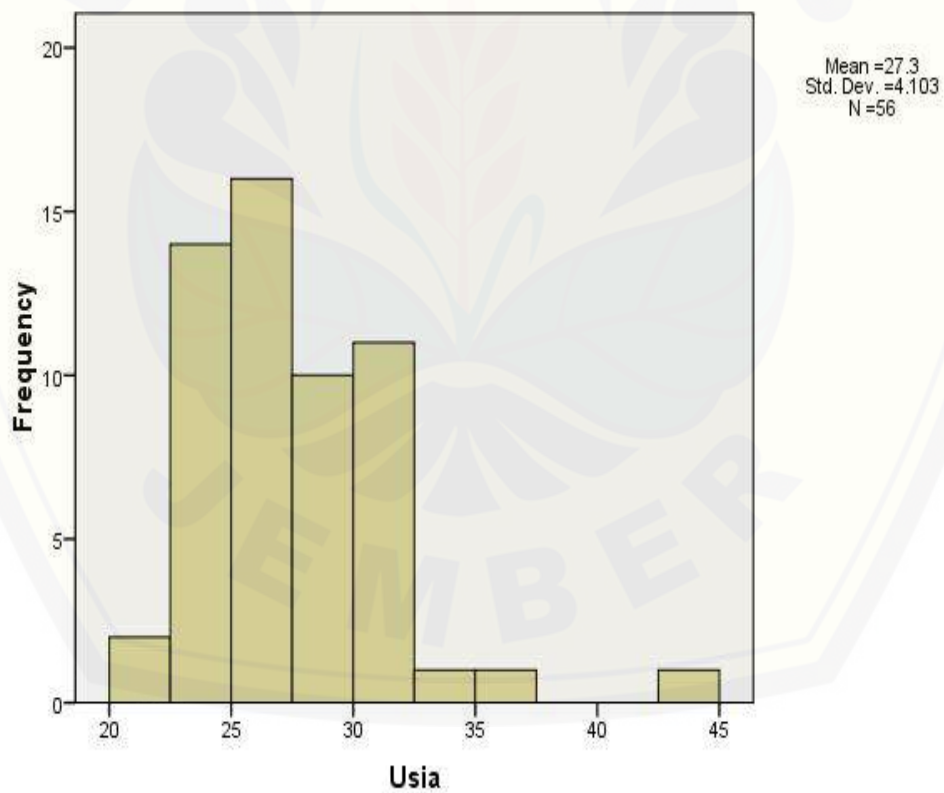
N	Valid	56
	Missing	0
Mean		27.30
Median		26.50
Mode		26
Std. Deviation		4.103
Minimum		20
Maximum		44

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	2	3.6	3.6	3.6
	23	7	12.5	12.5	16.1
	24	7	12.5	12.5	28.6
	25	1	1.8	1.8	30.4
	26	11	19.6	19.6	50.0
	27	4	7.1	7.1	57.1
	28	5	8.9	8.9	66.1
	29	5	8.9	8.9	75.0
	30	4	7.1	7.1	82.1

31	2	3.6	3.6	85.7
32	5	8.9	8.9	94.6
33	1	1.8	1.8	96.4
37	1	1.8	1.8	98.2
44	1	1.8	1.8	100.0
Total	56	100.0	100.0	

Histogram



b. Usia Menikah

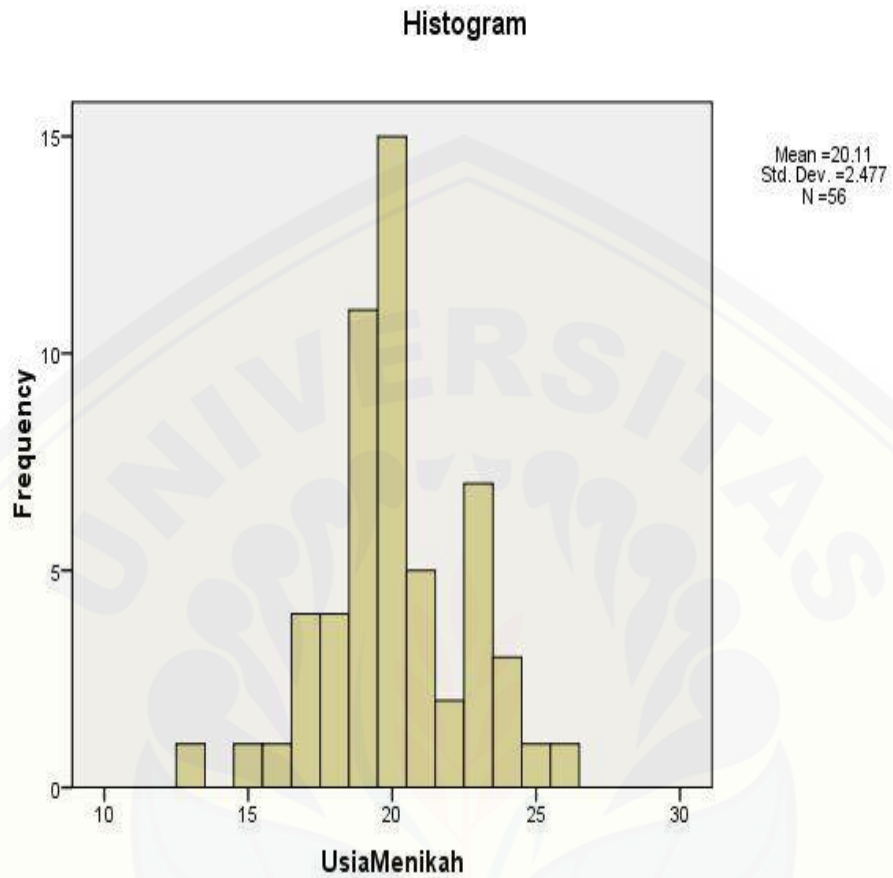
Statistics

UsiaMenikah

N	Valid	56
	Missing	0
Mean		20.11
Median		20.00
Mode		20
Std. Deviation		2.477
Minimum		13
Maximum		26

UsiaMenikah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	1	1.8	1.8	1.8
	15	1	1.8	1.8	3.6
	16	1	1.8	1.8	5.4
	17	4	7.1	7.1	12.5
	18	4	7.1	7.1	19.6
	19	11	19.6	19.6	39.3
	20	15	26.8	26.8	66.1
	21	5	8.9	8.9	75.0
	22	2	3.6	3.6	78.6
	23	7	12.5	12.5	91.1
	24	3	5.4	5.4	96.4
	25	1	1.8	1.8	98.2
	26	1	1.8	1.8	100.0
Total		56	100.0	100.0	



c. Usia Kehamilan

Statistics

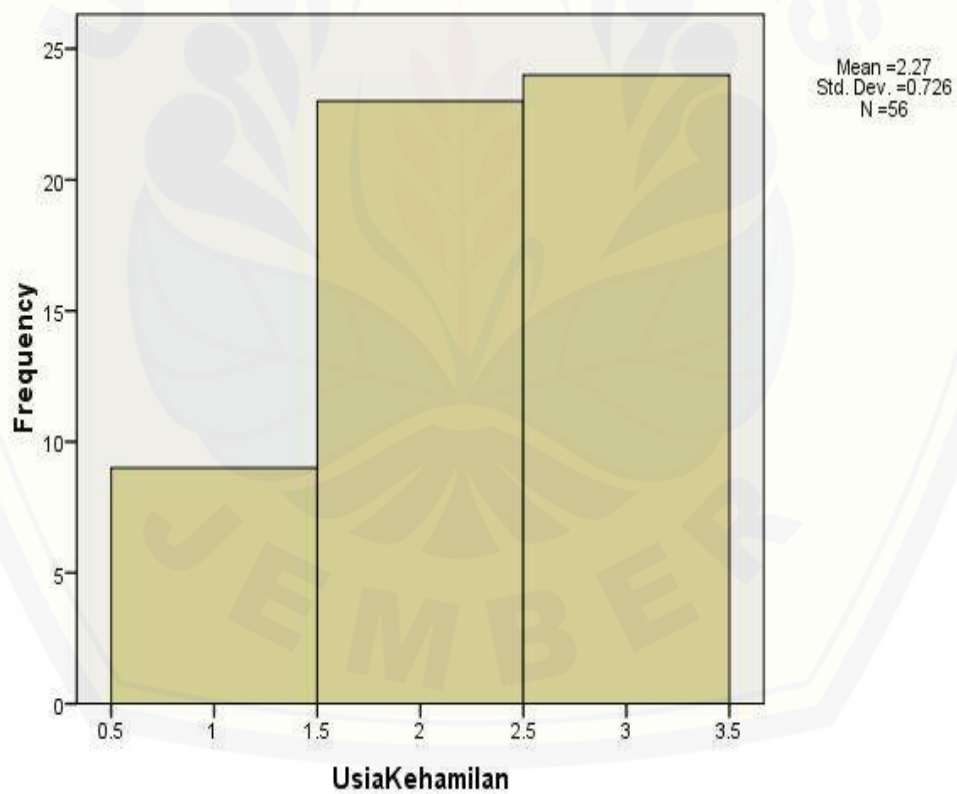
UsiaKehamilan

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		3

UsiaKehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trimester 1	9	16.1	16.1	16.1
	Trimester 2	23	41.1	41.1	57.1
	Trimester 3	24	42.9	42.9	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Histogram



d. Pendidikan

Statistics

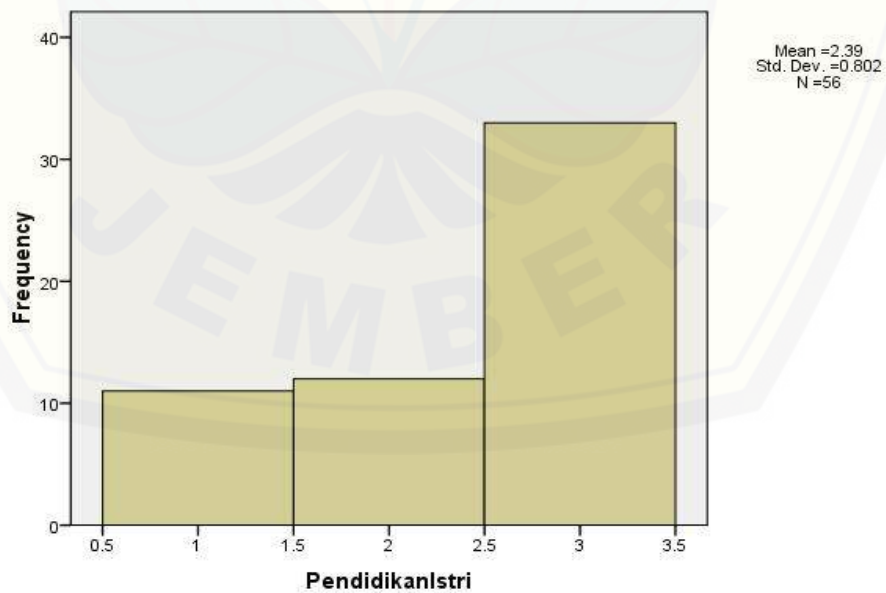
PendidikanIstri

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		3

PendidikanIstri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SD/Sederajat	11	19.6	19.6	19.6
	Tamat SMP/Sederajat	12	21.4	21.4	41.1
	Tamat SMA/Sederajat	33	58.9	58.9	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Histogram



e. Pekerjaan

Statistics

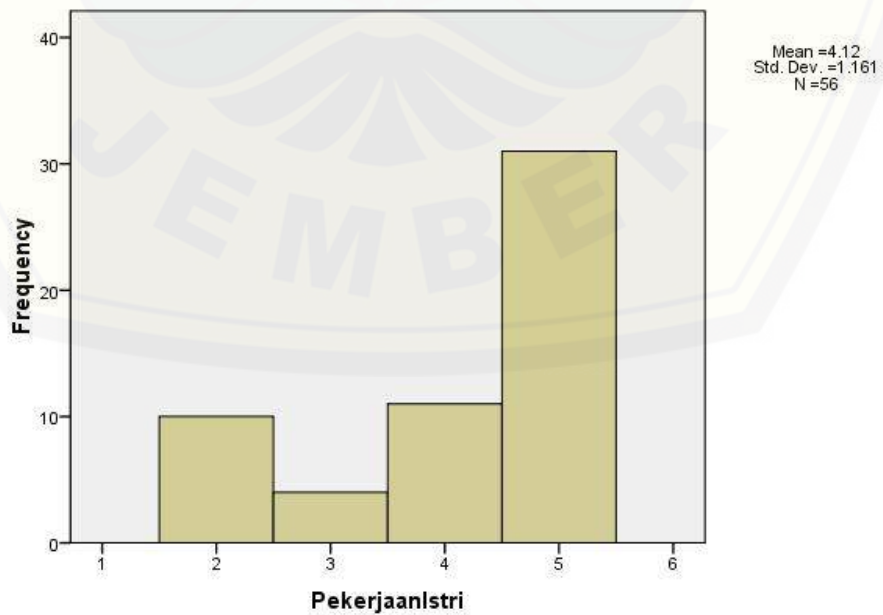
PekerjaanIstri

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		5

PekerjaanIstri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pegawai Swasta	10	17.9	17.9	17.9
	Petani/Buruh tani	4	7.1	7.1	25.0
	Wiraswasta/Pedagang	11	19.6	19.6	44.6
	Tidak Bekerja	31	55.4	55.4	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Histogram



f. Pendapatan

Statistics

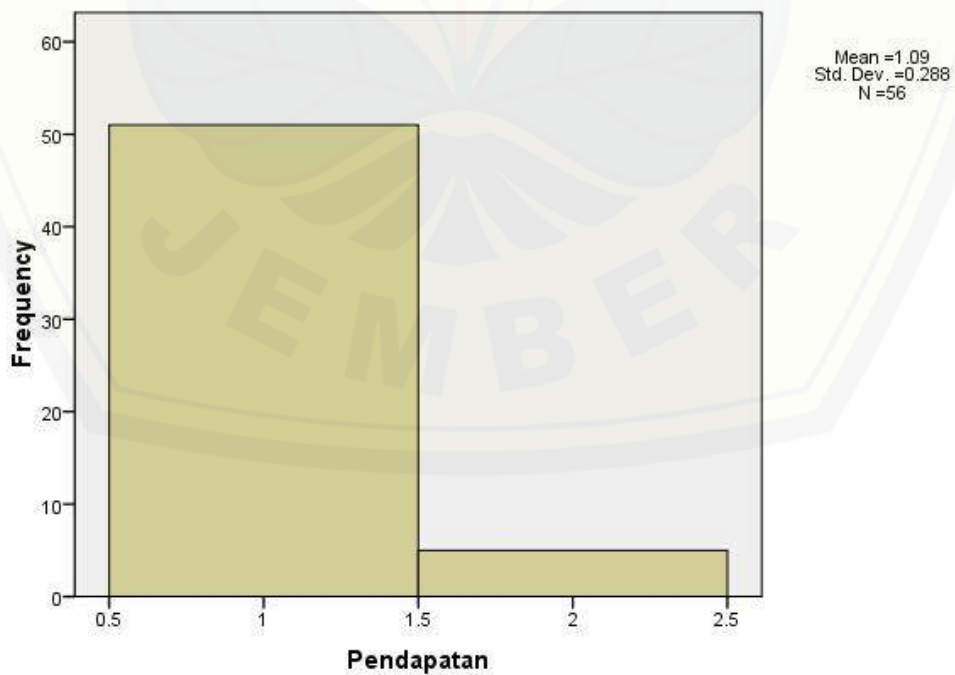
Pendapatan

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		1

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<Rp. 1.629.000,-	51	91.1	91.1	91.1
	>Rp. 1.629.000,-	5	8.9	8.9	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Histogram



g. Penyuluhan Gizi Ibu Hamil

Statistics

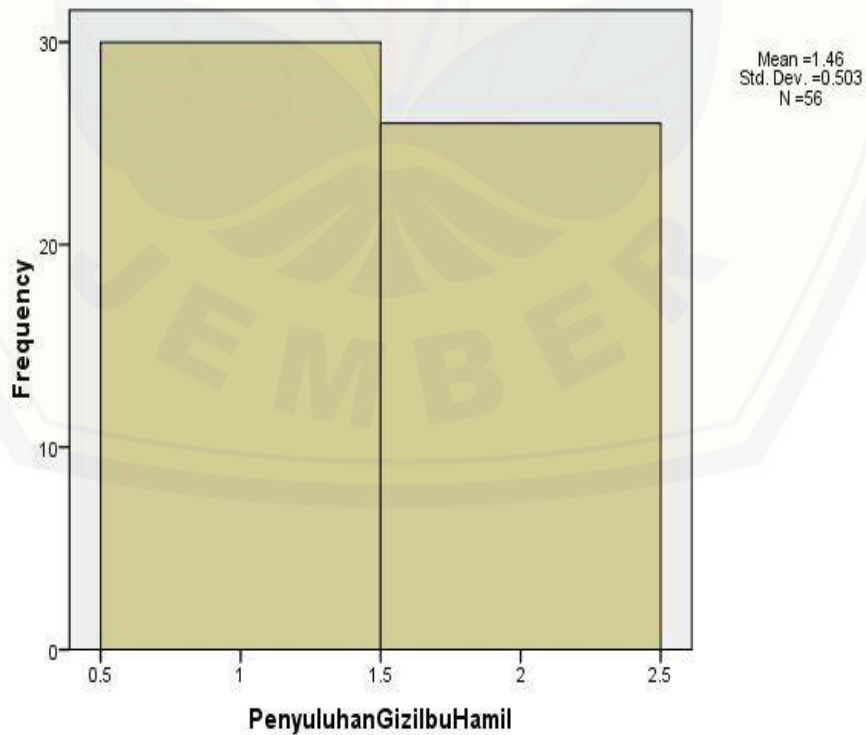
PenyuluhanGizilbuHamil

N	Valid	56
	Missing	0

PenyuluhanGizilbuHamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pernah	30	53.6	53.6	53.6
	Belum Pernah	26	46.4	46.4	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Histogram



h. Paritas Ibu Hamil

Statistics

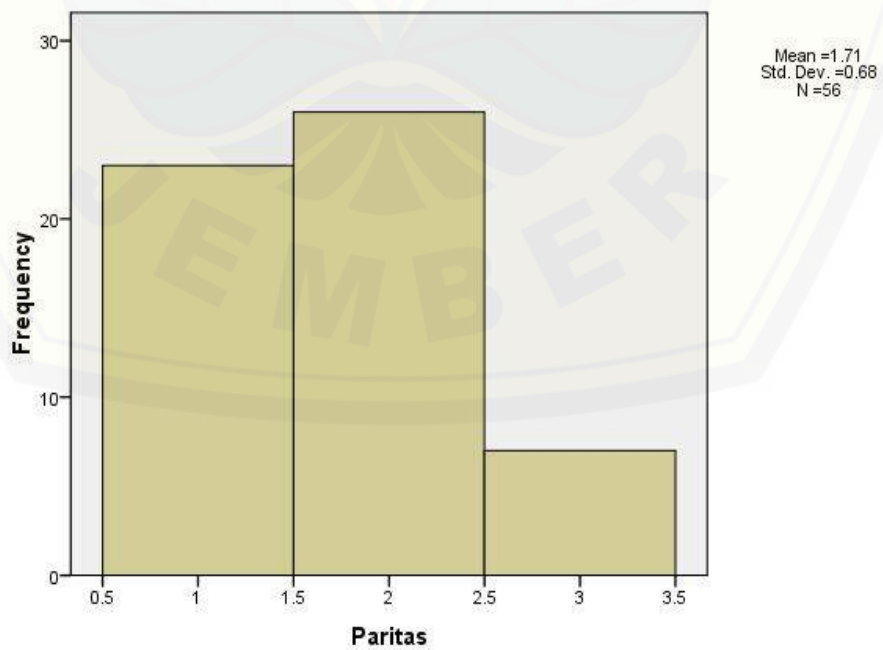
Paritas

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		2

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	23	41.1	41.1	41.1
	Multipara	26	46.4	46.4	87.5
	Grandemultipara	7	12.5	12.5	100.0
Total		56	100.0	100.0	

Histogram



Paritas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Primipara	23	41,1	41,1	41,1
Valid Multipara	33	58,9	58,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	

i. Kategori Gizi

Statistics

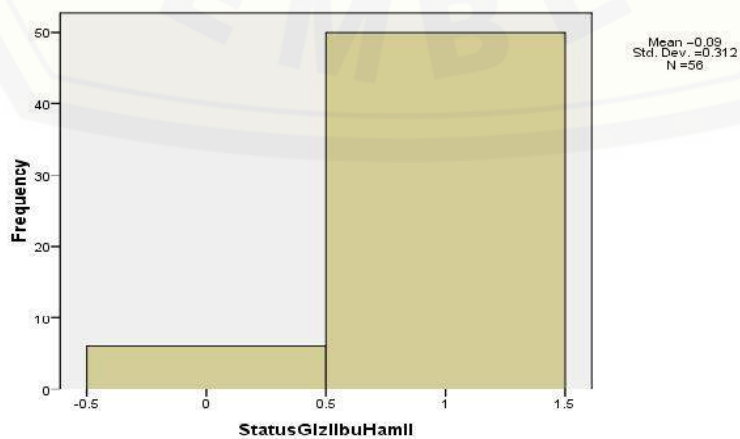
StatusGizilbuHamil

N	Valid	56
	Missing	0
Mode		1

StatusGizilbuHamil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Risiko KEK	6	10.7	10.7	10.7
Valid Bukan risiko KEK	50	89.3	89.3	100.0
Total	56	100.0	100.0	

Histogram



j. Penggunaan Alat Kontrasepsi

Statistics

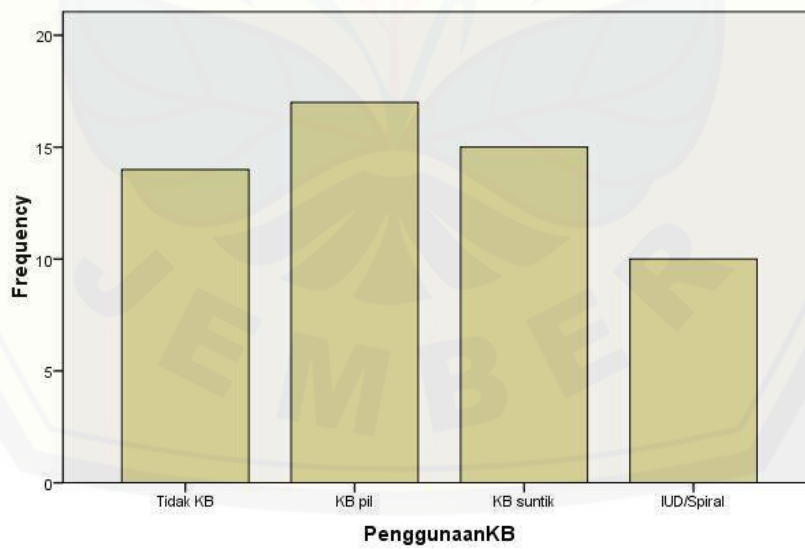
PenggunaanKB

N	Valid	56
	Missing	0

PenggunaanKB

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak KB	14	25.0	25.0	25.0
KB pil	17	30.4	30.4	55.4
KB suntik	15	26.8	26.8	82.1
IUD/Spiral	10	17.9	17.9	100.0
Total	56	100.0	100.0	

PenggunaanKB



k. Kadar Hemoglobin

Statistics

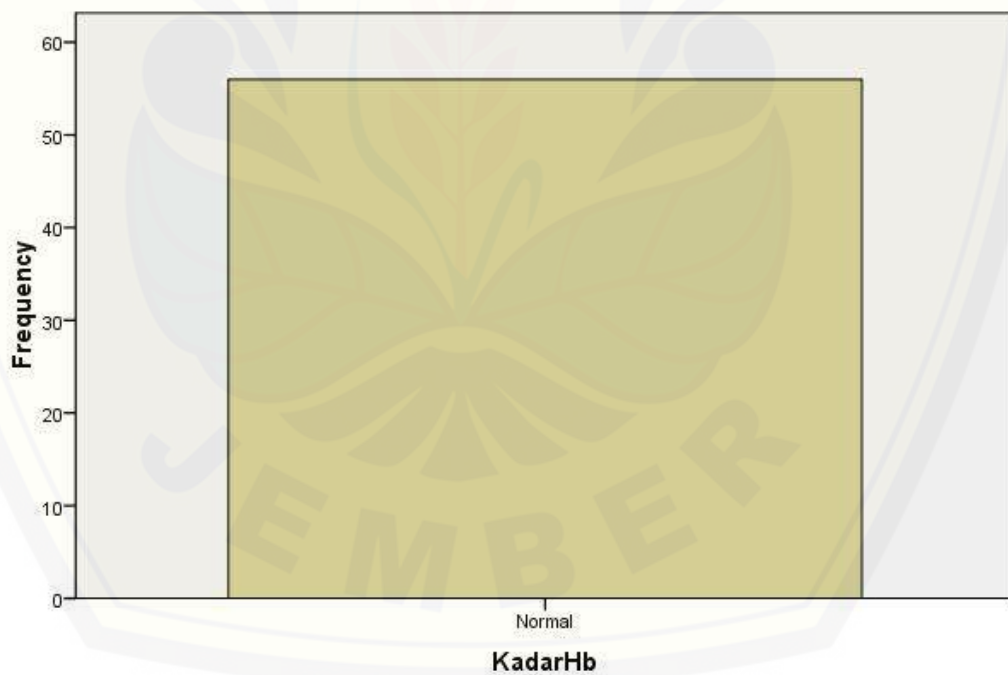
KadarHb

N	Valid	56
	Missing	0

KadarHb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	56	100.0	100.0	100.0

KadarHb



1. Jarak Kelahiran

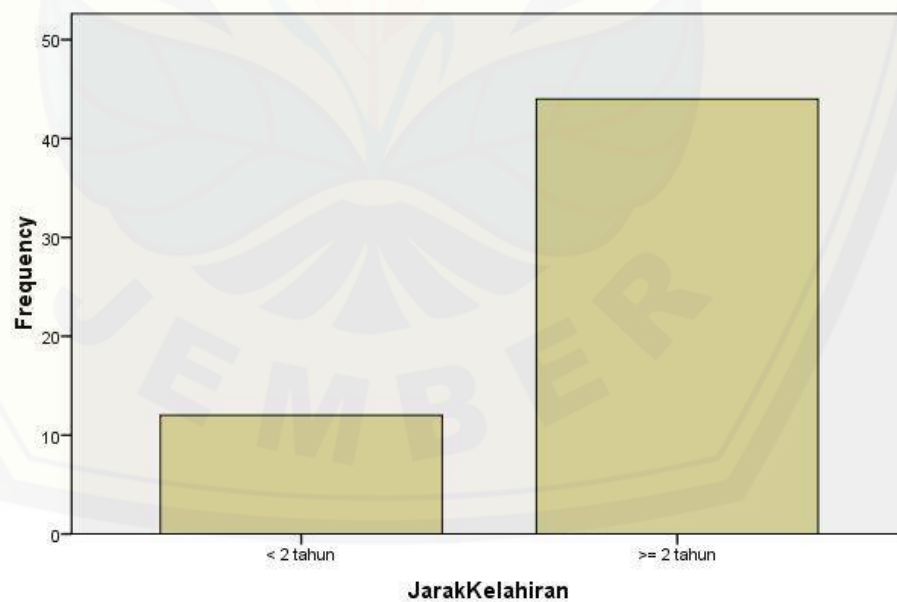
Statistics

JarakKelahiran

N	Valid	56
	Missing	0

JarakKelahiran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 tahun	12	21.4	21.4	21.4
	>= 2 tahun	44	78.6	78.6	100.0
Total		56	100.0	100.0	

JarakKelahiran

m. Kartu Skor Poedji Rochjati

Statistics

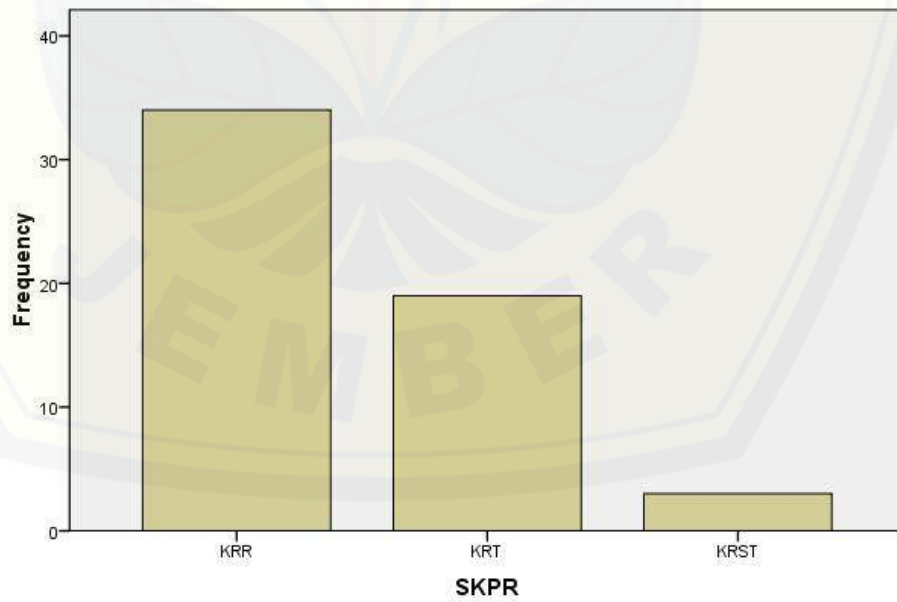
SKPR

N	Valid	56
	Missing	0

SKPR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KRR	34	60.7	60.7	60.7
	KRT	19	33.9	33.9	94.6
	KRST	3	5.4	5.4	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

SKPR



n. Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK)

Paritas * StatusGizilbuHamil Crosstabulation

		StatusGizilbuHamil		Total	
		Risiko KEK	Bukan risiko KEK		
Paritas	Primipara	Count	1	22	23
		% within Paritas	4,3%	95,7%	100,0%
	Multipara	Count	5	28	33
		% within Paritas	15,2%	84,8%	100,0%
Total		Count	6	50	56
		% within Paritas	10,7%	89,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,654 ^a	1	,198	,384	,202	
Continuity Correction ^b	,717	1	,397			
Likelihood Ratio	1,837	1	,175	,240	,202	
Fisher's Exact Test				,384	,202	
Linear-by-Linear Association	1,624 ^c	1	,203	,384	,202	,168
N of Valid Cases	56					

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,46.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1,274.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Primipara / Multipara)	,255	,028	2,340
For cohort StatusGizilbuHamil = Risiko KEK	,287	,036	2,297
For cohort StatusGizilbuHamil = Bukan risiko KEK	1,127	,953	1,334
N of Valid Cases	56		

Lampiran F: Surat Ijin

1. Surat Ijin Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 2790 /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 25 September 2015
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ria Novitasari
N I M : 122310101022
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil
lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lailin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember

di -

JEMBER

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1467/314/2015

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan :
- Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 25 September 2015 Nomor : 2790/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Studi Pendahuluan.

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Ria Novitasari 122310101022
- Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
- Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan Skripsi berjudul : "Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil".
- Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- Tanggal : 01-10-2015 s/d 10-11-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 01-10-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid Kajian Strategis & Politik


 Drs. SLAMET WJOKO, M.Si.
 Pembina
 19631222 198606 1 004

- Tembusan :
- Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 1 Oktober 2015

Nomor : 440 / 2533 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Yankes Dinas
Kesehatan Kab. Jember
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1467/314/2015, Tanggal 1 Oktober 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Ria Novitasari
NIM : 122310101022
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan "Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil"
Waktu Pelaksanaan : 1 Oktober 2015 s/d 10 Nopember 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM

Pembina Utama Muda

NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 1 Oktober 2015

Nomor : 440 / 23335 /414/ 2015
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
 Yth.Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Sukowono
 Kabupaten Jember
 di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1467/314/2015, Tanggal 1 Oktober 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Ria Novitasari
 NIM : 122310101022
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan "Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil"
 Waktu Pelaksanaan : 1 Oktober 2015 s/d 10 Nopember 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER**



dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19570202-198211 1 002

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : dr. Andy Maulana A.
NIP : 19820302 201001 1 013
Pangkat/Gol : Penata Muda Tingkat 1 / III B
Jabatan : Plt. Kepala Puskesmas Sukowono

Menyatakan bahwa:

Nama : Ria Novitasari
NIM : 122310101022
Jabatan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
Keterangan : Telah benar-benar melaksanakan Studi Pendahuluan dengan judul "Hubungan Paritas dengan Kejadian Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil"
Kriteria : Kecamatan Sukowono terdiri dari 12 desa dimana jumlah ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) sebanyak 208 ibu hamil.

Dengan ini surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana diperlukan.

Jember, 27 November 2015
Kepala Puskesmas Sukowono



dr. Andy Maulana A.

NIP 19820302 201001 1 013

2. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1076/UN25.1.14/LT/2016 Jember, 31 Maret 2016
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ria Novitasari
N I M : 122310101022
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember
lokasi : Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,
Ns. Lantir Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
 e-Mail : penelitian.lmlit@unej.ac.id

Nomor : *475* /UN25.3.1/LT/2016
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
 Penelitian

08 April 2016

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik
 Pemerintah Kabupaten Jember
 di -

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Nomor : 1076/UN25.1.14/LT/2016 tanggal 31 Maret 2016, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Ria Novitasari/122310101022
 Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat / HP : Jl. Kenanga VI Jember/Hp. 089681992566
 Judul Penelitian : Hubungan Paritas Dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis
 (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono
 Kabupaten Jember
 Lokasi Penelitian : Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember
 Lama Penelitian : Satu bulan (08 April 2016 – 08 Mei 2016)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa
 yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



a.n Ketua
 Sekretaris,

Dr. Zainuri, M.Si
 NIP196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Dekan PSIK
 Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/625/314/2016

Tentang

PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 08 April 2016 Nomor : 473/UN25.3.1/LT/2016 perihal Ijin Melaksanakan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Ria Novitasari 122310101022
 Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kenanga VI Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Paritas Dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kec. Sukowono Kab. Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember
 Tanggal : 08-04-2016 s/d 08-05-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 12-04-2016

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis & Politik



Tembusan :

- Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember
 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 08 April 2016

Nomor : 440 / 11675 / 414 / 2016
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Sukowono
 di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/625/314/2016, Tanggal 12 April 2016, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Ria Novitasari
 NIM : 122310101022
 Alamat : Jl. Kenanga VI Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian Berjudul : "Hubungan Paritas Dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kec. Sukowono Kab. Jember"
 Waktu Pelaksanaan : 08 April 2016 s/d 08 Mei 2016

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER**

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN DAERAH
PUSKESMAS SUKOWONO
JLN. A. YANI NO.102 TELP. (0331) 566168 SUKOWONO JEMBER

Sukowono, 23 April 2016

Nomor	: 440/28 / 414.42/ 2016	Kepada
Sifat	: Penting	Yth. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Lampiran	: -	Universitas Jember
Perihal	: Pemberitahuan Selesai Penelitian	di Jember

Menindak lanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor : 072/430/314/2016, tertanggal 08 April 2016 perihal Ijin Penelitian , maka dengan ini kami memberitahukan bahwa :

Nama : Ria Novitasari
NIM : 122310101022
Fakultas : Prodi S1 Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kenanga VI Jember
Judul Penelitian : Hubungan Paritas Dengan Kejadian Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Puskesmas Sukowono Kabupaten Jember

Bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitiannya terhitung mulai tanggal 08 April 2016 s/d 23 April 2016 di wilayah kerja Puskesmas Sukowono.

Demikian surat pemberitahuan dari kami untuk diketahui dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Puskesmas Sukowono
DINAS KESEHATAN
UPT. PUSKESMAS
SUKOWONO
* Dr. ANDY MAULANA A
NIP. 19820302 201001 1 013

Lampiran G: Dokumentasi

Gambar 1. Kegiatan pengukuran lingkaran lengan atas pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember oleh Ria Novitasari mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Kegiatan pengisian identitas, *informed consent* dan lembar karakteristik responden pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember oleh Ria Novitasari mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 3. Kegiatan pengisian identitas, *informed consent* dan lembar karakteristik responden pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember oleh Ria Novitasari mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 4. Kegiatan persetujuan *informed consent* pada ibu hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember oleh Ria Novitasari mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember




H. Lembar Bimbingan Skripsi





**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama mahasiswa : Ria Novitasari
 NIM : 122310101022
 Judul Skripsi : Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

DPU: Ns.Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
9 September 2015	Upload file draf latar belakang	-	J K
9 September 2015	Penetapan judul dan pembimbing (DPU dan DPA)	-	
16 September 2015	Perkenalan, kontrak untuk konsultasi, konsultasi judul	ACC judul, perlu perbaikan dengan menambahkan penjelasan terkait judul, disarankan untuk melakukan studi pendahuluan	J K
25 September 2015	Mencetak surat ijin studi pendahuluan, surat tugas pembimbing, dan melakukan studi pendahuluan	-	
1 Desember 2015	Konsultasi bab 1	Perbaiki pada bab 1, perlu ditambahkan fisiologis dan metabolisme kehamilan, serta pelajari mengenai status gizi ibu hamil	J K
28 Desember 2015	Konsultasi bab 2	Perlu ditambahkan mengenai konsep ibu hamil dan kehamilan itu sendiri, pelajari mengenai biomolekuler	
6 Januari 2016	Konsultasi bab 1 dan 2	Perlu ditambahkan data mengenai jumlah dan perbandingan risiko KEK,	J K










		lanjutkan bab 3 dan 4	
11 Januari 2016	Konsultasi bab 1 sampai 4	Perlu dilakukan perbaikan di bab 1,3, dan 4	
29 Januari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	Revisi pada latar belakang	
9 Februari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	ACC seminar proposal	
13 Februari 2016	Upload file proposal final	-	
13 Februari 2016	Persetujuan proposal final	-	
15 Februari 2016	Penetapan penguji oleh kombi	-	
18 Februari 2016	Cetak surat tugas penguji	-	
23 Februari 2016	Cetak berita acara seminar proposal dan pelaksanaan seminar proposal	-	
8 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	Data ibu hamil KEK dimasukkan ke dalam ibu hamil risiko KEK, konsultasikan dengan DPU terkait penggunaan populasi ibu hamil, lebih spesifik mengenai metabolisme kebutuhan gizi ibu hamil, jangan hanya berfokus pada Fe	
15 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4	Lebih spesifik terkait kriteria eksklusi dan perbedaan antara risiko KEK dan KEK, disarankan untuk menggunakan ibu hamil di trimester 1, 2, dan 3	
15 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	Lebih spesifik terkait kriteria eksklusi dan perbedaan antara risiko KEK dan KEK, coba dikonsultasikan dengan penguji 2 untuk mencari perbedaan antara risiko KEK dan KEK	
16 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 2	Coba lakukan pengukuran LILA dan IMT pada WUS dan ibu hamil untuk mencari	










		perbedaan risiko KEK dan KEK serta mencari hubungan antara IMT dan LILA	
21 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 2	Disarankan untuk menggunakan ibu hamil di trimester 1, 2, dan 3, ACC penelitian, lakukan konsultasi pada penguji 1	
30 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	ACC penelitian	
1 April 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4	Boleh menggunakan total sampling ataupun mengambil sejumlah sample, pertimbangkan dengan waktu dan tenaga	
4 April 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4	ACC penelitian	
8 April 2016	Cetak surat ijin penelitian	-	
17 April 2016	Pelaksanaan penelitian	-	
9 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Perlu pertimbangan mengenai penggunaan uji	
11 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Cari penggunaan uji yang tepat	
17 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Analisis syarat penggunaan uji	
18 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Tambahkan penjelasan terkait faktor penyebab selain paritas, perjelas dengan memberikan pembahasan	
25 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Tambahkan penjelasan terkait hasil tidak ada hubungan yang signifikan dan jurnal pendukung	
10 Juni 2016	Konsultasi hasil penelitian	ACC ujian sidang skripsi	
11 Juni 2016	Upload file tugas akhir	Persetujuan tugas akhir	
15 Juni 2016	Cetak berita acara ujian tugas akhir dan pelaksanaan ujian sidang skripsi	-	








**KARTU BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama mahasiswa : Ria Novitasari
 NIM : 122310101022
 Judul Skripsi : Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember

DPA: Ns. Peni Perdani Juliningrum, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
9 September 2015	Upload file draf latar belakang	-	
9 September 2015	Penetapan judul dan pembimbing (DPU dan DPA)	-	
22 September 2015	Perkenalan, kontrak untuk konsultasi, konsultasi judul	ACC judul, fokuskan bab 1 sampai 3 pada DPU, melakukan konsultasi ke DPA untuk bab 4.	
25 September 2015	Mencetak surat ijin studi pendahuluan, surat tugas pembimbing, dan melakukan studi pendahuluan	-	
13 Januari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	Perlu lebih spesifik mengenai kriteria inklusi dan eksklusi	
18 Januari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	Perlu perbaikan di bab 4 mengenai desain penelitian	
20 Januari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan	4Perlu konsultasi dengan DPU terkait sample dan populasi	
1 Februari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	Disarankan untuk menggunakan ibu hamil trimester 3 sebagai populasi	
10 Februari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	Perlu perbaikan di kerangka konsep dan kerangka teori	

12 Februari 2016	Konsultasi bab 1, 2, 3, dan 4	ACC seminar proposal	
15 Februari 2016	Penetapan penguji oleh kombi	-	
18 Februari 2016	Cetak surat tugas penguji	-	
23 Februari 2016	Cetak berita acara seminar proposal dan pelaksanaan seminar proposal	-	
7 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4	Pertajam lagi pada proses metabolisme, disarankan untuk menggunakan ibu hamil di trimester 3	
8 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	Data ibu hamil KEK dimasukkan ke dalam ibu hamil risiko KEK, konsultasikan dengan DPU terkait penggunaan populasi ibu hamil, lebih spesifik mengenai metabolisme kebutuhan gizi ibu hamil, jangan hanya berfokus pada Fe	
15 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	Lebih spesifik terkait kriteria eksklusi dan perbedaan antara risiko KEK dan KEK, coba dikonsultasikan dengan penguji 2 untuk mencari perbedaan antara risiko KEK dan KEK	
16 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 2	Coba lakukan pengukuran LILA dan IMT pada WUS dan ibu hamil untuk mencari perbedaan risiko KEK dan KEK serta mencari hubungan antara IMT dan LILA, disarankan untuk menggunakan ibu hamil di trimester 1, 2, dan 3	
21 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 2	Disarankan untuk menggunakan ibu hamil di trimester 1, 2, dan 3, ACC penelitian, lakukan konsultasi pada penguji 1	

30 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4 dengan penguji 1	ACC penelitian	
30 Maret 2016	Konsultasi revisi bab 1, 2, 3, dan 4	ACC penelitian	
8 April 2016	Cetak surat ijin penelitian	-	
17 April 2016	Pelaksanaan penelitian	-	
28 April 2016	Konsultasi hasil penelitian	Ditambahkan mengenai perubahan jumlah sampel di bab 5, ditambahkan dengan hasil penelitian yang mendukung	
4 Mei 2016	Konsultasi hasil penelitian	Ditambahkan mengenai jurnal pendukung	
10 Juni 2016	Konsultasi hasil penelitian	ACC ujian sidang skripsi	
15 Juni 2016	Cetak berita acara ujian tugas akhir dan pelaksanaan ujian sidang skripsi	-	