



Penyebab Kurang Energi Kronik Pada Ibu Hamil

Masryna Siagian¹, Johannes Bastira Ginting², Ermi Girsang³, Putranto Manalu^{2*}, Ellista Anatasia Sinaga¹, Indah Pratama Putri Marpaung¹

¹ Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi, dan Ilmu Kesehatan Universitas Prima Indonesia, Medan, Indonesia

² Departemen Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi, dan Ilmu Kesehatan Universitas Prima Indonesia, Medan, Indonesia

³ Departemen Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi, dan Ilmu Kesehatan Universitas Prima Indonesia, Medan, Indonesia

*Corresponding author : putrantomanalu@unprimdn.ac.id

Info Artikel : Diterima 6 Oktober 2023; Direvisi 6 Desember 2023; Disetujui 20 Oktober 2023; Publikasi 1 Maret 2024



ABSTRAK

Latar belakang: Kekurangan energi kronis menjadi bagian kasus kesehatan gizi yang berlangsung lama diakibatkan oleh kekurangan gizi yang dibuktikan dengan mengukur lingkaran lengan atas (LiLA). Studi ini berupaya mengidentifikasi determinan yang meningkatkan risiko KEK ibu hamil.

Metode: Penelitian ini merupakan studi observasional analitik dengan desain potong lintang. Subyek penelitian berjumlah 155 ibu hamil (*total sampling*). Data didapatkan secara langsung dari wawancara berdasarkan kuesioner. Data dianalisis dengan *Chi Square* dan regresi logistik berganda.

Hasil: Hasil penelitian ini memperlihatkan dari 155 ibu hamil terdapat 22 ibu hamil memiliki LiLA <23,5 cm dan 123 ibu hamil dengan LiLA >23,5 cm. Hasil uji *Chi-square* memperlihatkan faktor resiko yang berhubungan dengan KEK pada ibu hamil adalah pendapatan ($p=0,001$; $RP=5,188$; $CI\ 95\%=1,840-14,624$) dan dukungan keluarga ($p=0,004$; $RP=5,519$; $CI95\%=2,706-11,253$) sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan KEK pada ibu hamil adalah pengetahuan ($p=1$; $RP; 0,959$; $CI95\%=0,436-2,107$), paritas ($p=0,165$; $RP; 0,356$; $CI95\%=0,088-1,447$), dan usia ($p=1$; $RP; 0,690$; $CI95\%=0,103-4,621$). Variabel dominan yang memengaruhi terjadinya KEK pada ibu hamil adalah pendapatan

Simpulan: Kekurangan energi kronis berkaitan dengan pendapatan dan dukungan keluarga selama kehamilan. Ibu hamil yang memiliki pendapatan yang rendah akan mendapatkan asupan nutrisi yang terbatas selama masa kehamilan, selain ibu hamil harus mendapatkan pelayanan yang komprehensif dan terpadu serta mendapatkan perhatian khusus dan dukungan keluarga sebagai upaya pencegahan terjadinya KEK pada ibu hamil.

Kata kunci: faktor risiko, kekurangan energi kronis, ibu hamil

ABSTRACT

Title: Causes of Chronic Energy Deficiency Among Pregnant Women

Background: Chronic energy deficiency is a long-standing nutritional health condition caused by undernutrition as evidenced by measuring upper arm circumference (LiLA). This study sought to identify determinants that increase the risk of chronic energy deficiency among pregnant women.

Method: This study was an analytic observational study with a cross-sectional design. The study subjects totaled 155 pregnant women (*total sampling*). Data was collected directly by interviewing those surveyed using the questionnaire. Data were analyzed by *Chi Square* and multiple logistic regression

Result: The results of this study showed that out of 155 pregnant women there were 22 pregnant women with LiLA <23.5 cm and 123 pregnant women with LiLA >23.5 cm. *Chi-square* test results showed that the risk factors associated with SEZ in pregnant women were income ($p=0.001$; $RP=5.188$; $CI\ 95\%=1.840-14.624$) and family support ($p=0.004$; $RP=5.519$; $CI95\%=2.706-11.253$) while variables that were not associated with SEZ in pregnant women were knowledge ($p=1$; $RP; 0.959$; $CI95\%=0.436-2.107$), parity ($p=0.165$; $RP; 0.356$; $CI95\%=$



0.088-1.447), and age ($p=1$; RP ; 0.690; $CI95\%= 0.103-4.621$). The dominant variable affecting the occurrence of SEZ among pregnant women was income.

Conclusion: Chronic energy deficiency is related to income and family support during pregnancy. Pregnant women who have low income will get limited nutritional intake during pregnancy, in addition to pregnant women need to get comprehensive and integrated services and get special attention and family support as an effort to prevent chronic energy deficiency in pregnant women.

Keywords: risk factors, chronic energy deficiency, pregnant women

PENDAHULUAN

Kehamilan adalah proses fisiologis yang menjadi awal kehidupan bagi generasi berikutnya. Proses reproduksi yang sehat menjadi bagian terpenting bagi kehamilan seperti asupan energi, protein, karbohidrat, vitamin, mineral serta serat. Kekurangan gizi bagi kesehatan ibu dan anak bisa ditimbulkan karena tidak terpenuhinya zat gizi makro dan mikro¹. Kekurangan energi kronis menjadi bagian kasus kesehatan gizi yang telah berlangsung lama diakibatkan oleh kekurangan gizi yang dibuktikan dengan mengukur lingkaran lengan atas (LiLA). Dampaknya dapat menimbulkan gangguan kesehatan baik ibu dan anak, seperti menjurus bayi lahir dengan BBLR dan berisiko mengalami kematian saat persalinan, mengalami pendarahan, serta setelah melahirkan sulit sehingga menimbulkan gangguan kesehatan².

KEK di masa kehamilan bisa memunculkan efek dan penyakit baru kepada ibu seperti kekurangan darah, hemoragi, penambahan berat badan abnormal terakhir infeksi. Sementara itu, efek KEK masa proses kelahiran mampu membawa dampak persalinan yang berat dan lama, kelahiran pradini, perdarahan pasca persalinan, dan kelahiran melalui pembedahan yang condong naik. KEK pada ibu hamil mampu mengganggu perkembangan janin serta mampu memicu abortus, kematian neonatus, anomali kongenital, asfiksia intrapartum serta mengalami BBLR³.

Faktor resiko KEK pada tiap-tiap daerah pasti berbeda-beda dan bergantung pada karakter masyarakat, kebiasaan pemakaian, keadaan sosial, pendapatan, dan kultur masyarakat⁴. Banyak sekali yang menjadi faktor penyebab KEK pada saat kehamilan seperti, umur ibu, jarak kehamilan, jumlah anak yang dilahirkan, berat badan, riwayat pendidikan, pendapatan keluarga (Margiyati, 2018). Supariasa (2012) mengemukakan KEK disebabkan oleh tiga faktor, yang pertama faktor langsung (penyakit jangkitan dan ragam konsumsi) kemudian faktor tidak langsung seperti penghasilan keluarga, pendidikan, pekerjaan serta pengetahuan dan yang terakhir faktor biologis meliputi usia ibu dan kesenjangan kehamilan. Penanganan KEK pada ibu hamil bisa dilaksanakan seperti kegiatan konseling, melakukan kegiatan PMT mengkonsumsi makanan bergizi, olahraga, serta memeriksakan kehamilannya secara rutin⁷.

Secara global, prevalensi KEK ibu hamil sekitar 462 juta (Ayele et al., 2020). Data WHO (2017)

menunjukkan angka prevalensi global pada penyakit anemia dan KEK selama kehamilan berkisar antara 35% sampai 75% dan mengalami kenaikan yang signifikan pada trimester ketiga. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa proporsi KEK ibu hamil sebesar 17,3%. Sementara Laporan Rutin Kementerian Kesehatan (2020) menunjukkan terdapat 4.656.382 ibu hamil terdiagnosis LiLA dan 451.350 ibu hamil dengan LiLA kurang dari 23,5 cm¹⁰. Prevalensi KEK pada ibu hamil di Sumatera Utara berkisar 14,8% dan pada wanita tidak hamil sebesar 10,8%⁹. Di Kota Medan, prevalensi KEK pada wanita hamil sebesar 9,16% dan pada wanita tidak hamil 8,88%¹¹. Berdasarkan hasil laporan di Puskesmas Darussalam, diketahui pada tahun 2020 sebanyak 368 ibu hamil dan 6 ibu hamil mengalami KEK. Tahun 2021 ada 362 ibu hamil dan 9 orang terkena KEK. Kemudian pada bulan Januari-Juli 2022 terdapat 306 ibu hamil dan 4 orang yang mengalami KEK. Hal tersebut dilaporkan berdasarkan pengukuran LiLA yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Darussalam.

Hasil studi awal pada Maret 2022 terhadap tujuh ibu hamil yang diwawancarai dan diperiksa LiLA oleh peneliti ditemukan satu kasus KEK pada ibu hamil dengan LiLA kurang dari 23,5 cm. Bersumber pada hasil Survey awal yang dilakukan diketahui bahwa yang menjadi faktor penyebab KEK yang dialami ibu hamil adalah pendapatan, pola makan ibu yang tidak baik, dan dukungan keluarga. Hasil wawancara menunjukkan ada ibu hamil yang tidak memperhatikan dengan pola makannya, mereka hanya makan sesuai selera saja kadang juga tidak makan/hanya ngemil. Dan terdapat ibu hamil dengan pendapatan <2.500.000 dengan pekerjaan suami yaitu kuli bangunan dan wiraswasta. Pada ibu hamil juga kurang mendapatkan dukungan keluarga dimana terdapat suami yang kurang peduli seperti tidak ingin tau tentang kesehatan dan memberitahu ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya.

Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa jarak kehamilan, pendapatan, dukungan keluarga, asupan gizi, dan PHBS berhubungan dengan terjadinya KEK pada ibu hamil¹². Studi Triatmaja (2017) melaporkan kasus KEK ibu hamil sebesar 23,9%, umur berhubungan dengan kejadian KEK. Penelitian Lestari (2022) membuktikan bahwa variabel asupan nutrisi paritas, pendidikan, serta pekerjaan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian KEK. Hasil penelitian lain menyebutkan pendapatan keluarga yang

rendah, paritas serta jarak kehamilan memiliki hubungan dengan kejadian KEK (Hidayati & Wardani, 2020). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap infeksi TBC, ibu hamil yang memiliki infeksi TBC memiliki resiko sebesar 6,77 kali lebih besar terkena KEK (Mustafa et al., 2021). Tujuan dari studi ini adalah untuk menganalisis faktor risiko KEK seperti pendapatan, pengetahuan, paritas, umur, dan dukungan keluarga.

MATERI DAN METODE

Studi ini berupa survei analitik dengan menggunakan desain *cross sectional*. Riset dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Darussalam Medan pada bulan Oktober hingga September 2022. Populasi pada riset ini seluruh ibu hamil yang di Kelurahan Sei Putih Barat wilayah kerja Puskesmas Darussalam Medan tahun 2022 berjumlah 155 ibu hamil. Keseluruhan ibu hamil pada populasi dilibatkan dalam pengumpulan data (*total sampling*).

Data primer diperoleh dengan cara menanyakan secara langsung kepada responden melalui kuesioner yang didalamnya terdapat pertanyaan-pertanyaan meliputi pendapatan, pengetahuan, paritas, umur, pola makan dan dukungan keluarga. Data pendapatan keluarga diperoleh dari hasil wawancara terhadap ibu hamil yang dikelompokkan berdasarkan SK Gubsu Nomor .188.44/746/KPTS/2021 menetapkan bahwa Upah Minimum Provinsi (UMP) Sumatera Utara pada 2022 sebesar Rp 2.522.609.94. merupakan upah terendah dan diberikan kode 0 apabila responden memiliki penghasilan perbulan kurang dari Rp 2.522.609, 94 dan kode 1 apabila responden memiliki penghasilan perbulan sebesar Rp 2.522.609, 94 atau lebih dari Rp 2.522.609, 94. Pengetahuan ibu diukur dengan mengajukan 12 pertanyaan yang berfokus pada informasi yang diketahui ibu mengenai kurang energi kronis selama kehamilan. Pola makan ibu hamil diukur dengan menggunakan kuesioner *Food Frequency Questionnaire* (FFQ) ¹⁶. Dukungan keluarga diukur dengan menggunakan angket yang berisi 9 pertanyaan. Untuk mengukur risiko KEK diperoleh dengan pengukuran LiLA.

Data kemudian dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Analisis data bivariat menggunakan uji *Chi-Square* sedangkan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik biner.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia, tingkat pendidikan, pendapatan, jumlah anak, usia kehamilan, penyakit infeksi, dan ukuran LiLA dengan jumlah responden sebanyak 155 responden ibu hamil. Pada tabel 1 terlihat bahwa sebanyak 66,5% responden pada penelitian ini adalah ibu hamil berusia 20-30 tahun, kemudian 32,2 % responden yang berusia >30 tahun dan sisanya 1,3% responden berusia <20 tahun.

Tabel 1. Karakteristik Ibu Hamil (n=155)

| Karakteristik | Jumlah | |
|------------------|--------|------|
| | n | % |
| Usia | | |
| < 20 tahun | 2 | 1,3 |
| 20-30 tahun | 103 | 66,5 |
| > 30 tahun | 50 | 32,2 |
| Pendidikan | | |
| SD | 7 | 4,5 |
| SMP | 28 | 18,1 |
| SMA | 75 | 48,4 |
| Perguruan Tinggi | 45 | 29 |
| Jumlah anak | | |
| < 3 anak | 107 | 69 |
| 3 anak | 37 | 23,9 |
| > 3 anak | 11 | 7,1 |
| Usia Kehamilan | | |
| Trimester 1 | 20 | 12,9 |
| Trimester 2 | 80 | 51,6 |
| Trimester 3 | 55 | 35,5 |
| Penyakit Infeksi | | |
| Ada | 42 | 27,1 |
| Tidak ada | 113 | 72,9 |
| LiLA | | |
| <23.5 cm | 22 | 14,2 |
| >23.5 cm | 123 | 85,8 |

Pada tingkat pendidikan sebagian besar responden 48,4% berada pada tingkat pendidikan SMA. Terdapat 29% responden berpendidikan tinggi, 18,1% berpendidikan SMP, dan 4,5% berpendidikan SD. Responden yang memiliki jumlah anak <3 mempunyai jumlah yang lebih banyak sebesar 69% dibandingkan dengan responden yang memiliki anak 3 (23,9%) dan >3 (7,1%). Sebagian besar usia kehamilan responden yaitu pada trimester 2 sebesar 51,6%, kemudian pada trimester 1 (12,9%) dan trimester 3 (35,5%). Responden yang tidak memiliki penyakit infeksi lebih banyak 72,9% dibandingkan dengan responden yang memiliki penyakit infeksi 27,1%. Dari pengukuran LiLA sebagian besar (85,8%) responden memiliki ukuran LiLA >23,5 cm.

Pada tabel 2 diketahui bahwa dari 155 responden yang diteliti didapat ada sebanyak 53,5% responden yang memiliki pendapatan $\geq 2.522.609,94$ dan 46,5% responden yang memiliki pendapatan $< 2.522.609,94$. Pada variabel pengetahuan, 58,1% responden memiliki pengetahuan baik, sedangkan 41,9% memiliki pengetahuan kurang baik. Pada variabel paritas didapat responden dengan kategori berisiko 21,9% dan kategori tidak berisiko 78,1%.

Dari variabel yang diteliti diketahui bahwa usia responden yang termasuk dalam kategori berisiko sebanyak 10 orang (6,5%) dan usia responden yang tidak berisiko sebanyak 145 orang (93,5%). Kemudian pada variabel pola makan, mayoritas ibu hamil memilih pola makan yang baik 82 orang (52,9%) dan sisanya 73 ibu hamil (47,1%) memiliki pola makan

tidak baik. Ditinjau dari variabel dukungan keluarga, sebagian besar responden (96,1%) mendapat dukungan keluarga baik, sedangkan 6 responden (3,9%) tidak. Dari segi kejadian KEK, terdapat 22 ibu hamil yang mengalami KEK dan 133 ibu hamil yang tidak mengalami KEK.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian

| Variabel | Jumlah | |
|--------------------------|--------|------|
| | n | % |
| Pendapatan | | |
| <UMP (<2.522.609, 94) | 72 | 46,5 |
| ≥UMP (≥2.522.609, 94) | 83 | 53,5 |
| Pengetahuan | | |
| Kurang | 0 | 0 |
| Cukup | 65 | 41,9 |
| Baik | 90 | 58,1 |
| Paritas | | |
| Berisiko (>3) | 34 | 21,9 |
| Tidak Berisiko (<3) | 121 | 78,1 |
| Umur | | |
| Berisiko (<20 dan >35) | 10 | 6,5 |
| Tidak Berisiko (20-35) | 145 | 93,5 |
| Dukungan Keluarga | | |
| Kurang Baik | 6 | 3,9 |
| Baik | 149 | 96,1 |
| Kejadian KEK | | |
| KEK | 22 | 14,2 |
| Tidak KEK | 133 | 85,8 |

Hasil tabulasi silang variabel pendapatan dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil menunjukkan bahwa terdapat 72 ibu hamil yang berpenghasilan <UMP (46,5%) dari mayoritas ibu hamil yang mengalami KEK sebanyak 18 orang (11,6%), dan sebagian kecil ibu hamil yang normal atau tidak mengalami KEK sebanyak 54 orang (34,8%) (lihat Tabel 3). Responden dengan pendapatan ≥UMP sebanyak 83 orang (53,5%), dengan ibu hamil yang mengalami KEK sebagian kecil sebanyak 4 orang (2,5%) dan sebagian besar ibu hamil sebanyak 79 orang (51%) dengan status normal atau tidak mengalami KEK. Dengan *p-value* sebesar 0,001 dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan antara variabel pendapatan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. responden yang berpenghasilan rendah memiliki risiko tinggi mengalami KEK 5,188 kali lebih besar dibandingkan responden yang berpenghasilan tinggi (5,188; CI95% 1.840-14.624).

Responden dengan pendapatan tinggi tetapi mengalami KEK dapat disebabkan karena berbagai alasan, termasuk kurangnya informasi atau dukungan dari keluarga dan suami mereka. sehingga ibu hamil tidak tahu dan tidak peduli akan kesehatan kehamilannya. Ibu dengan penghasilan rendah akan membutuhkan asupan nutrisi yang lebih sedikit selama masa kehamilan. Oleh karena itu, ibu dengan

pendapatan rendah lebih cenderung mengurangi kualitas asupan makanannya, seperti jumlah protein, karbohidrat, dan lemak yang dikonsumsi dari sumber makanan.¹⁷ Kekurangan energi kronis lebih sering terjadi pada wanita hamil yang keluarganya berpenghasilan lebih sedikit.¹⁸

Temuan ini konsisten dengan beberapa studi sebelumnya (Najwa et al., 2020; Gulo, 2019; Yulianti Nur; Aida, Asrinawaty, 2022). Tetapi berbeda dengan temuan yang dilakukan oleh Amalia (2020). Menurut peneliti, responden dengan pendapatan rendah memiliki keterbatasan dalam memilih makanan maupun hal yang dapat menunjang dalam pencegahan KEK pada ibu hamil berbeda dengan responden yang memiliki pendapatan tinggi, mereka lebih memilih makanan maupun hal dalam mencegah terjadinya KEK agar ibu hamil dan janin tetap sehat. Hal ini juga dipengaruhi oleh status pekerjaan mereka di mana terdapat beberapa ibu hamil yang pekerjaannya sebagai petani, asisten rumah tangga dan ada yang tidak bekerja.

Responden yang berpengetahuan cukup sebanyak 65 ibu hamil (41,9%), sebagian kecil ibu hamil (5,8%) mengalami KEK dan sebagian besar ibu hamil (36,1%) tidak mengalami KEK atau normal selama kehamilannya. Sebanyak 90 ibu hamil (58,1%) memiliki pengetahuan baik dimana sebanyak 77 (50,7%) responden yang mengikuti survei menyatakan tidak mengalami KEK, sedangkan sisanya 13 orang menyatakan mengalami KEK. Dari hasil pengujian statistik diperoleh nilai *p-value* 1 ($p > 0,05$). Dapat dikatakan tidak terdapat hubungan antara variabel pengetahuan dengan kejadian KEK pada ibu hamil. Meskipun pengetahuan baik merupakan faktor protektif terhadap kejadian KEK pada ibu hamil, pengetahuan ibu hamil dengan variabel pengetahuan bukan merupakan faktor risiko KEK pada ibu hamil.

Responden yang berpengetahuan baik tetapi mengalami KEK. Hal itu disebabkan oleh beberapa faktor seperti pendapatannya yang rendah sehingga untuk memenuhi kebutuhan pola makan ibu tidak mampu serta kurangnya dukungan keluarga maupun suami untuk memberikan motivasi kepada ibu hamil. Ibu hamil yang sadar akan kebutuhan gizinya menginspirasi mereka untuk selalu makan makanan seimbang dan berusaha menghindari KEK. Secara umum, tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang; tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi kemampuan responden dalam memahami informasi. Kemampuan seseorang untuk mempelajari dan memahami informasi meningkat seiring dengan tingkat pendidikannya, yang juga meningkatkan jumlah pengetahuan yang dimilikinya.²² Temuan ini konsisten dengan beberapa studi sebelumnya²³. Namun berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh¹⁷; (Dafiu et al., 2017) Hal ini dimungkinkan sebagai hasil dari upaya mereka yang terus-menerus untuk memenuhi kebutuhan gizi mereka sebelum dan sesudah kehamilan.

Dari 155 responden, sebanyak 34 (21,9%) ibu hamil termasuk dalam kategori paritas berisiko, termasuk 32 (20,6%) ibu hamil yang tidak mengalami KEK dan minoritas 2 (1,3%) mengalami KEK. Kemudian, terdapat 121 ibu hamil dengan kategori paritas tidak berisiko, dengan 20 di antaranya (12,9%)

mengalami KEK sedangkan sebagian besar (65,2%) ibu hamil normal atau tidak mengalami KEK. Adapun hasil analisis data menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai $p=0,165$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara variabel paritas dengan KEK pada ibu hamil.

Tabel 3. Hasil Uji *Chi Square*

| Variabel | Kejadian KEK Kehamilan | | | | Total | | pvalue | RP CI 95% |
|--------------------------|------------------------|------|-----------|------|-------|------|--------|-------------------------|
| | KEK | | Tidak KEK | | N | % | | |
| | n | % | n | % | | | | |
| Pendapatan | | | | | | | | |
| <UMP | 18 | 11,6 | 54 | 34,8 | 72 | 46,5 | 0,001 | 5,188 (1,840-14,624) |
| ≥UMP | 4 | 2,5 | 79 | 51 | 83 | 53,5 | | |
| Pengetahuan | | | | | | | | |
| Cukup | 9 | 5,8 | 56 | 36,1 | 65 | 41,9 | 1 | 0,959 (0,436-2,107) |
| Baik | 13 | 8,4 | 77 | 49,7 | 90 | 58,1 | | |
| Paritas | | | | | | | | |
| Berisiko | 2 | 1,3 | 32 | 20,6 | 34 | 21,9 | 0,165 | 0,356 (0,088-1,447) |
| Tidak Berisiko | 20 | 12,9 | 101 | 65,2 | 121 | 78,1 | | |
| Usia | | | | | | | | |
| Berisiko | 1 | 0,6 | 9 | 5,8 | 10 | 6,5 | 1 | 0,690 (0,103-4,621) |
| Tidak Berisiko | 21 | 13,5 | 124 | 80 | 145 | 93,5 | | |
| Dukungan Keluarga | | | | | | | | |
| Kurang Baik | 4 | 2,6 | 2 | 1,3 | 6 | 3,9 | 0,004 | 5,519 (2,706-11,253) |
| Baik | 18 | 11,6 | 131 | 84,5 | 149 | 96,1 | | |

Ibu memiliki pola makan yang baik yang dapat mendukung kesehatan ibu hamil dalam mencegah KEK. Ibu hamil dengan paritas paling rentan mengalami kekurangan energi kronis. Paritas yang tinggi akan mempengaruhi berbagai masalah kesehatan baik ibu maupun bayi baru lahir.²⁴ Paritas paling banyak yaitu pada kategori tidak berisiko karena mayoritas responden melahirkan dengan jumlah paritas <3 kali. Sedangkan paritas berisiko yaitu responden dengan paritas >3 kali dimana hal ini dapat mengakibatkan keadaan yang menghambat kemampuan ibu dan janin untuk berkembang selama kehamilan. Dapat dikatakan bahwa paritas yang lebih dari empat rentan terhadap gangguan masalah kesehatan.²⁵ Temuan ini berbeda dengan penelitian yang telah diteliti oleh^{26,25} dan dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian KEK di UPTD Puskesmas Situ.

Responden yang memiliki usia berisiko sebanyak 10 orang (6,5%) di mana mayoritas ibu hamil tidak mengalami KEK sebanyak 9 orang (5,8%) dan sisanya 1 orang yang mengalami KEK. Responden yang memiliki usia tidak berisiko sebanyak 145 orang diantaranya minoritas ibu hamil sebanyak 21 orang (13,5%) yang mengalami KEK dan mayoritas ibu hamil sebanyak 124 (80%) yang tidak mengalami KEK atau normal. Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara variabel usia dengan KEK pada ibu hamil. Ada dua kelompok wanita usia subur: berisiko dan tidak berisiko. Usia tidak berisiko

antara 20 dan 35 tahun, dan berisiko jika lebih dari 35 tahun. Kualitas janin atau anak berkurang saat melahirkan dini atau terlambat, dan kesehatan ibu juga terganggu. Kompetensi makan dapat berkembang antara janin dan ibu saat ibu masih terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau masih dalam masa pertumbuhan.²⁷ Temuan ini konsisten dengan temuan yang dilakukan oleh^{21,27}. Namun berbeda dengan hasil penelitian oleh^{17,28}.

Berdasarkan hasil analisis didapatkan 6 ibu hamil (3,9%) dengan dukungan keluarga yang kurang baik, sebagian besar (2,6%) mengalami KEK sebanyak 4 orang, dan sebagian kecil (1,3%) responden normal atau tidak mengalami KEK. Kemudian, 149 responden (96,1%) melaporkan memiliki dukungan keluarga yang baik, dimana 18 responden (11,6%) yang menyatakan mengalami KEK dan 131 responden (84,5%) yang menyatakan berstatus normal atau tidak mengalami KEK. Dari hasil uji *Chi Square* didapatkan nilai p sebesar 0,004 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan KEK pada wanita hamil. Menurut hasil analisis, didapatkan risiko KEK 5.519 kali lebih tinggi pada ibu hamil dengan dukungan keluarga yang tidak baik dibandingkan ibu hamil dengan dukungan keluarga yang baik (RP = 5.519; CI95% = 2.706-11.253).

Kemampuan ibu dalam menerima dorongan dan dukungan berupa informasi tentang kebutuhan gizi untuk kehamilan maupun dari keluarga yang sangat berperan dalam hal ini. Ada responden yang

mengalami KEK meskipun memiliki dukungan keluarga yang kuat. Ibu hamil diketahui memiliki kebiasaan makan yang buruk karena pendapatannya yang rendah, sehingga sulit bagi mereka untuk menjaga pola makan yang sehat. Perilaku keluarga seperti keramahan, tanggap, perhatian, kenyamanan komunikasi keluarga, serta dorongan dan ajakan untuk mencegah KEK pada ibu hamil juga dapat berdampak pada peran dan dukungan seseorang di masyarakat.

Dukungan keluarga meliputi keyakinan, sikap, perilaku, dan penerimaan terhadap anggota keluarga. Pembinaan perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Temuan ini konsisten dengan penelitian yang dilakukan oleh¹².

Selanjutnya, peneliti menggunakan regresi logistik berganda dengan menyertakan variabel pendapatan, paritas, dan dukungan keluarga. Analisis multivariat ini dilakukan dengan dua tahap.

Tabel 4. Hasil Uji Regresi

| Variabel | B | Wald | p | Exp (B) | 95%CI | | |
|---------------|-------------------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|
| | | | | | Lower | Upper | |
| Step 1 | Pendapatan | 1,795 | 8,605 | 0,003 | 6,019 | 1,814 | 19,969 |
| | Paritas | -0,982 | 1,519 | 0,218 | 0,374 | 0,078 | 1,786 |
| | Dukungan Keluarga | 2,800 | 6,847 | 0,009 | 16,448 | 2,019 | 133,974 |
| Step 2 | Pendapatan | 1,834 | 9,128 | 0,003 | 6,259 | 1,905 | 20,568 |
| | Dukungan Keluarga | 2,745 | 6,817 | 0,009 | 15,567 | 1,983 | 122,218 |

Hasil uji menunjukkan bahwa terdapat dua variabel penelitian yang signifikan terhadap kejadian KEK pada ibu hamil yaitu variabel pendapatan dan dukungan keluarga. Variabel pendapatan memiliki peluang sebesar 6,259 kali terhadap terjadinya KEK pada ibu hamil. Sedangkan variabel dukungan keluarga memiliki peluang sebesar 15,567 kali memengaruhi terhadap terjadinya KEK pada ibu hamil. Dengan nilai p sebesar 0,003 maka pendapatan merupakan variabel yang paling dominan terhadap kejadian KEK pada ibu hamil.

SIMPULAN

Variabel pendapatan menjadi variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian KEK pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki pendapatan yang rendah akan mendapatkan asupan nutrisi yang terbatas selama masa kehamilan, selain itu juga dapat mengakibatkan berkurangnya mutu asupan gizinya (protein, vitamin, dan karbohidrat). Ibu hamil harus mendapatkan pelayanan yang komprehensif dan terpadu serta mendapatkan perhatian khusus dan dukungan keluarga sebagai upaya pencegahan terjadinya KEK pada ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

1. Damayanti D, Pritasari, Tri Nugraheni. Ilmu Gizi Dalam Daur Kehidupan. 2017. 1–292 p.
2. Kemenkes RI. Laporan Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2017. Kementerian Kesehatan. Jakarta; 2018.
3. Waryono. Gizi Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Rihama; 2010.
4. Triatmaja NT. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Kurang Energi Kronis (KEK) Ibu Hamil Di Kabupaten Kediri. J Wiyata. 2017;4(2):137.
5. Margiyati, Martina BE. Determinan Kekurangan Energi Kronis Pada Ibu Hamil Di Puskesmas

Srandakan Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2018. J Ilmu Kebidanan. 2019;5(2):96–105.

6. Supariasa IDN. Pendidikan & Konsultasi Gizi. Jakarta: EGC; 2012.
7. Bahar H, Liana F, Apriani AR, Fauzi EA. Menyusun dan Mengembangkan Materi Penyuluhan Kesehatan. Guepedia; 2020.
8. Ayele E, Gebreayezgi G, Mariye T, Bahrey D, Aregawi G, Kidanemariam G. Prevalence of Undernutrition and Associated Factors among Pregnant Women in a Public General Hospital, Tigray, Northern Ethiopia: A Cross-Sectional Study Design. J Nutr Metab. 2020;2020.
9. Riskesdas. Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. 2018.
10. Kementerian Kesehatan. Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2020. Kementerian Kesehatan; 2021. 1–224 p.
11. Riskesdas. Laporan Provinsi Sumatera Utara. 2018.
12. Novitasari YD, Wahyudi F, Nugraheni A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekurangan energi kronik (KEK) ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Rowosari Semarang. J Kedokt Diponegoro. 2019;8(1):562–71.
13. Lestari O, Zulkarnain, Najmah, Nurlaili, Yuliana I. Determinan faktor langsung dan tidak langsung penyebab kekurangan energi kronik pada ibu hamil beresiko. J Kesehat. 2022;12(Supplementary 2).
14. Hidayati F, Wardani PK. Faktor yang mempengaruhi kejadian kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil di Desa Sukajaya Lempasing Kecamatan Teluk Pandan Kabupaten Pesawaran Tahun 2020. J Matern Aisyah. 2020;3(2):151–8.
15. Mustafa H, Nurjana MA, Widjaja J, Wdayati AN.

- Faktor Risiko Dominan Mempengaruhi Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Indonesia Tahun 2018. *Bul Penelit Kesehat.* 2021;49(2):105–12.
16. Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilisation of food-frequency questionnaires – a review. *Public Health Nutr.* 2002 Aug 2;5(4):567–87.
 17. Priska MPG. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Puskesmas Non Rawat Inap Moro'o Kabupaten Nias Barat Tahun 2019. Skripsi. Institut Kesehatan Helvetia; 2019.
 18. Yunita N, Ariyati M. Hubungan Pola Makan dan Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Kertak Hanyar Relation. *J Kesehat Indones.* 2021;11(2):2–7.
 19. Najwa H, Marlinae L, Panghiyangan R, Noor MS. Risk Factors of Chronic Energy Deficiency in Pregnant Women in The Working Area of Sungai Jingah Public Health Center Banjarmasin 2019. *Indian J Public Heal Res Dev.* 2020;11(6):1284–9.
 20. Yulianti Nur; Aida, Asrinawaty EE. Hubungan Pengetahuan, Umur Dan Pendapatan Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Alalak Selatan Tahun 2022. *J Ilmu Kesehat Masy.* 2022;4(1):1–10.
 21. Amalia F. Hubungan Usia, Pendapatan Keluarga, dan Pengeluaran Pangan dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Kota Makassar Tahun 2020. Universitas Hasanuddin Makasar; 2020.
 22. Sriningsih I. Faktor demografi, pengetahuan ibu tentang Air Susu Ibu dan pemberian ASI eksklusif. *J Kesehat Masy.* 2011;6(2):100–6.
 23. Maskur SU, Budiman B, Lestari A. The Relationship between Knowledge and Dietary Habit with Incidence Chronic Energy Deficiency in the Pregnant Women in the Working Area Talise City of Palu. *Int J Heal Econ Soc Sci.* 2021;3(1):19–27.
 24. Anggraini Y. Pengaruh Demografi dan Sosioekonomi pada Kejadian Kekurangan Energi Kronik Ibu Hamil di Kota Metro Provinsi Lampung. *J Kesehat.* 2013;4(2):401–7.
 25. Faozi BF. Hubungan Paritas Dengan Kejadian Kurang Energi Kronis. *J Ilmu Keperawatan Sebel April.* 2022;4(1):18–23.
 26. Marjan AQ, Aprilia AH, Fatmawati I. Analisis Determinan Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah Gunung Sindur, Bogor. *J Kesehat Terpadu.* 2021;12(1):39–47.
 27. Fadilah A. Hubungan pola makan, jarak kehamilan, dan usia menikah dengan kekurangan energi kronis (KEK) pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Tongauna Utara Tahun 2021. Poltekkes Kemenkes Kendari; 2021.
 28. Ike Trinadewi Wahyuni, Mariyani Mariyani. Relationship of Age with the Event of Chronic Energy Lack For Pregnant Mothers. *Int J Heal Sci.* 2022;2(3):119–23.