



PENAMBAHAN BERAT BADAN PADA IBU HAMIL KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) DI KAB BEKASI

Meliana Nursihhah

Program Studi Gizi, STIKes Khas Kempek Cirebon

Corresponding Author: Meliana Nursihhah. Program Studi Gizi, STIKes Khas Kempek Cirebon

Received 04 Agustus 2022 ; **Accepted** 12 Agustus 2022 ; **Online Published** 30 Oktober 2022

Abstrak

Salah satu upaya untuk mengatasi masalah Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil adalah program Pemberian Makanan Tambahan (PMT). Program tersebut bertujuan untuk menanggulangi masalah KEK ibu hamil serta tercapainya peningkatan status gizi yang baik pada ibu hamil.. Namun, hingga saat ini belum diketahui seberapa besar dampak yang dihasilkan dari program PMT terhadap ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronis. Desan penelitian Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian secara kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Berat badan ibu hamil bertambah pada usia kehamilan trimester 2 yaitu sebanyak 60 responden (88,2%). Rata-rata pengukuran berat badan awal pada ibu hamil adalah 43,83 dengan standar deviasi 5,86. Rata-rata pengukuran berat badan awal pada ibu hamil adalah 43,83 dengan standar deviasi 5,86. Sedangkan pada pengukuran terakhir didapat rata-rata 48,94 dengan standar deviasi 5,88. Terlihat nilai mean berbeda antara pengukuran awal dan terakhir adalah 5,11 dengan standar deviasi 0,02. Hasil uji statistik menggunakan metode paired sample t test didapatkan nilai probabilitas (p value) sebesar $p=0.000$ ($p<0.05$).

Keyword: berat badan, ibu hamil, KEK

Pendahuluan

Salah satu program yang dicanangkan pemerintah dalam dunia kesehatan di bidang gizi adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Salah satu sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak (Renstra,2015).

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional, pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat (Renstra,2015). Menurut data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 angka kematian ibu melahirkan di Indonesia adalah 228 per 100.000 bayi kelahiran hidup. Dibandingkan dengan kondisi

Negara Asia Tenggara yang lain, dengan rentang 30-200 per 100.000 kelahiran hidup, angka di Indonesia masih tinggi. Masalah gizi pada ibu hamil juga berdampak pada angka kematian bayi. Data SDKI tahun 2007 menunjukkan 34 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup. Program ini dimulai dengan memperhatikan status gizi pada ibu hamil, karena kehidupan anak dimulai sejak dalam kandungan ibu, jika seorang ibu asupan gizinya tidak baik maka akan mengalami kondisi Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin (Nurmadinisia, 2012). Kondisi KEK pada ibu hamil mempunyai dampak kesehatan terhadap ibu dan anak dalam kandungan, antarlain meningkatkan resiko bayi dengan berat lahir rendah (BBLR), keguguran, kelahiran prematur dan kematian (Sirojudin, 2007). Data BBLR tahun 2002 menunjukkan 14%, sedangkan prevalensi resiko KEK pada Wanita Usia Subur di Indonesia sebesar 13,6% (Riset Kesehatan Dasar,2007).

Elizabeth (2008) menyatakan bahwa, kenaikan berat badan selama kehamilan berkisar 11 kg – 12,5 kg atau 20 % dari berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan sekitar 0,5 kg pada trimester pertama dan 0,5 kg setiap minggu pada trimester berikutnya. Depkes RI (2006) menganjurkan kenaikan normal bagi ibu hamil sebesar 7-12 kg. Bertambahnya berat karena hasil konsepsi yaitu janin, plasenta, dan cairan omni. Selain itu alat-alat reproduksi ibu seperti rahim dan payudara membesar, volume darah bertambah selain lemak tubuh yang

meningkat. Penambahan berat badan ini sangat besar karena berat badan ibu sebelumnya sudah sangat kurang dan ini sudah harus di intervensi (berat badan ideal) sejak pertama kali diketahui hamil atau pada trimester pertama kehamilan sampai benar-benar mencapai berat badan ideal sebelum hamil, apabila sudah masuk pada trimester ke dua kehamilan, perhatian pada penambahan berat badan ideal sebelum hamil sudah tidak akan berpengaruh, karena tubuh justru akan memfasilitasi keberadaan janin, dengan persediaan berat badan yang kurang, tubuh ibu tidak akan mampu memfasilitasi keberadaan janin. Disinilah sering terjadi keguguran, jika tidak terjadi keguguran dan kehamilan terus berlangsung faktor-faktor resiko kesakitan, kecacatan dan kematian ibu dan janinnya masih sering ditemukan (Arali, 2008).

Desain Penelitian.

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian secara kuantitatif dengan pendekatan cross sectional

Hasil Penelitian dan Pembahasan.

Penelitian dilakukan di setiap Puskesmas yang ada di Kabupaten Bekasi sebanyak 25 puskesmas dengan jumlah ibu hamil sebanyak 84 orang.

Penambahan berat badan ibu hamil yang optimal umumnya terjadi pada usia kehamilan 13-20 minggu atau Trimester 2, hal ini dikarenakan ibu biasanya akan merasa lebih baik pada Trimester 2, saat itulah energi ibu

hamil biasanya kembali. Adapun tambahan kalori dan protein yang dibutuhkan bagi ibu hamil sesuai Angka Kecukupan Gizi adalah Trimester I (Energi=100 kkal, Protein=17 gr), Trimester 2 (Energi=300 kkal, Protein=17 gr), Trimester 3 (Energi=100 kkal, Protein=17 gr). Kecukupan energi juga merupakan problem gizi pada wanita hamil di Indonesia dan Negara berkembang lainnya. Besarnya prevalensi kurang energi kronis (KEK) di Indonesia

sebesar 41% (Depkes 2003) dan di Negara berkembang rata-rata konsumsi hanya dua per tiga dari rekomendasi yang dianjurkan (Mora dan Nestel, 2000). Mengingat dampak kurang gizi yang sangat luas, maka perlu upaya penanggulangan gizi ibu hamil. Berikut gambaran proporsi karakteristik ibu hamil yang mendapatkan PMT di Puskesmas Kabupaten Bekasi :

**berdasarkan usia kehamilan dan penambahan berat badan ibu hamil
KEK di Kabupaten Bekasi.**

No	Usia Kehamilan (Trimester)	Penambahan Berat badan				Total	
		Bertambah		Tidak Bertambah		n	%
		n	%	n	%	n	%
1	Trimester I	11	100,0	0	0,0	11	100
2	Trimester 2	60	88,2	8	11,8	68	100
3	Trimester 3	3	60,0	2	40,0	5	100
Total		74	88,1	10	11,9	84	100

Berdasarkan hasil analisis , total responden pada usia kehamilan trimester 1 sebanyak 11 responden dan semuanya terjadi penambahan berat badan 100%. Pada awal kehamilan trimester 1 akan terjadi peningkatan metabolisme, perubahan hormonal dan juga sistem organ mulai dibentuk dan dimulai berfungsi. Bagi ibu hamil periode ini merupakan masa penyesuaian baik secara fisik maupun emosi. Ibu hamil umumnya akan mengalami perasaan ingin muntah, mual, merasa lelah yang dikenal dengan morning sickness, walaupun kejadian ini dapat terjadi tidak hanya di pagi hari.

Pada kehamilan trimester pertama pertumbuhan janin lambat, mulai trimester dua dan seterusnya, pertumbuhan janin terjadi dengan laju lebih cepat. Sejak menginjak

bulan keempat, umumnya ibu hamil sudah bebas dari gangguan morning sickness, sehingga ibu merasakan nafsu makan kembali. Sekalipun demikian pada trimester ini harus memperhatikan komposisi maka yang dikonsumsi (Musbikin, 2014). Pada usia kehamilan trimester 2 dengan total responden 68, ada sebanyak 60 responden (88,2%) yang berat badannya bertambah, dan 8 responden (11,8%) berat badannya tidak bertambah. Kebutuhan gizi akan terus meningkat, terutama setelah memasuki kehamilan trimester kedua. Sebab pada saat itu, pertumbuhan janin berlangsung sangat cepat. Hal lain yang perlu diperhatikan meskipun nafsu makan meningkat, tetaplah berpegang pada pola makan dengan gizi seimbang. Status gizi ibu hamil yang baik selama proses kehamilan,

harus mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg. yaitu pada trimester pertama kenaikan kurang lebih dari 1 kg, sedangkan pada trimester kedua kurang lebih 3 kg dan pada trimester ketiga kurang lebih mencapai 6 kg. Sedangkan, pada usia kehamilan trimester 3 dengan total 5 responden, yang berat badannya bertambah sebanyak 3 responden (60%), dan yang berat badannya tidak bertambah sebanyak 2 responden (40%). 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 hamil 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. Beberapa penelitian membuktikan bahwa pengaruh gizi kurang terhadap kejadian BBLR cukup besar pada ibu hamil, apalagi kondisi gizi ibu sebelum hamil buruk. Masalah gizi kurang pada ibu hamil ini dapat dilihat dari prevalensi Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan kejadian anemia. Untuk memperkecil resiko BBLR diperlukan upaya mempertahankan kondisi gizi yang baik pada ibu hamil. Upaya yang dilakukan berupa pengaturan konsumsi makanan, pemantauan pertambahan berat badan, pemeriksaan kadar Hb, dan pengukuran LILA sebelum atau saat hamil. Kondisi Ibu Hamil sangat berbeda dengan kondisi sehari-hari normal. Ibu hamil membutuhkan peningkatan zat gizi karena meningkatnya metabolisme energi dan support untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil butuh penambahan semua zat gizi,

hanya yang seringkali terabaikan biasanya energi protein dan beberapa mineral, misal zat besi dan kalsium. 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. Sehingga kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. Kebutuhan gizi akan terus meningkat, terutama setelah memasuki kehamilan trimester kedua. Sebab pada saat itu, pertumbuhan janin berlangsung sangat cepat. Hal lain yang perlu diperhatikan meskipun nafsu makan meningkat, tetaplah berpegang pada pola makan dengan gizi seimbang. Status gizi ibu hamil yang baik selama proses kehamilan, harus mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12 kg. yaitu pada trimester pertama kenaikan kurang lebih dari 1 kg, sedangkan pada trimester kedua kurang lebih 3 kg dan pada trimester ketiga kurang lebih mencapai 6 kg. Kenaikan berat badan ibu hamil dapat dipakai sebagai indeks untuk menentukan status gizi wanita hamil, karena terdapat kesamaan dalam jumlah kenaikan berat badan dan berat badan diwaktu hamil pada semua ibu hamil. Waktu yang tepat untuk melaksanakan program suplementasi gizi ibu hamil adalah trimester II dan III dimana pertumbuhan janin berjalan cepat. Suplementasi gizi memberikan dampak untuk menurunkan angka bayi berat lahir rendah (BBLR).

Kebutuhan energi pada trimester I meningkat secara minimal. Kemudian sepanjang trimester II dan III kebutuhan energi terus meningkat sampai akhir kehamilan. Energi tambahan selama trimester II diperlukan untuk pemekaran jaringan ibu seperti penambahan volume darah, pertumbuhan uterus, dan payudara, serta penumpukan lemak. Selama trimester III energi tambahan digunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta. Karena banyaknya perbedaan kebutuhan energi selama hamil, maka WHO menganjurkan jumlah tambahan sebesar 150

Kkal sehari pada trimester I, 350 Kkal sehari pada trimester II dan III. Di Kanada, penambahan untuk trimester I sebesar 100 Kkal dan 300 Kkal untuk trimester II dan III. Sementara di Indonesia berdasarkan Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi ditentukan angka 285 Kkal perhari selama kehamilan. Angka ini tentunya tidak termasuk penambahan akibat perubahan temperatur ruangan, kegiatan fisik, dan pertumbuhan. Patokan ini berlaku bagi mereka yang tidak merubah kegiatan fisik selama hamil.

penambahan berat badan di trimester kedua

No	Variabel	Mean (kg)	SD	SE	P-Value	n
1	Pengukuran Awal sebelum diberikan PMT	43,83	5,86	0,640	0,00	84
2	Pengukuran terakhir setelah diberikan PMT	48,94	5,88	0,642	0,000	84

Rata-rata pengukuran berat badan awal pada ibu hamil adalah 43,83 dengan standar deviasi 5,86. Sedangkan pada pengukuran terakhir didapat rata-rata 48,94 dengan standar deviasi 5,88. Terlihat nilai mean berbeda antara pengukuran awal dan terakhir adalah 5,11 dengan standar deviasi 0,02. Hasil uji statistik menggunakan metode paired sample t test didapatkan nilai probabilitas (p value) sebesar $p=0.000$ ($p<0.05$), maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara penambahan berat badan pada pengukuran awal sebelum diberikan PMT dan pengukuran terakhir setelah diberikan PMT.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Taslim (2010) ibu hamil kurang energi kronis yang menerima PMT yang mengandung kurang lebih

600-700 kkal dan 15-20 g protein setiap hari selama 3 bulan berturut-turut, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rata-rata berat badan sesudah 3 bulan intervensi secara bermakna. Pengaturan makan ibu hamil akan mempengaruhi kecukupan zat gizi dan status gizi ibu hamil. Hal ini didukung oleh studi Kohor yang dilakukan oleh P Lagiou, dkk yang menunjukkan adanya hubungan antara pengaturan asupan energi dengan peningkatan berat badan ibu hamil pada akhir trimester II ($p=0,006$). Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh L M Sacco yang menunjukkan adanya hubungan antara pengaturan asupan energi dan protein terhadap kecukupan zat gizi pada ibu hamil.

Kesimpulan

Berat badan ibu hamil bertambah pada usia kehamilan trimester 2 yaitu sebanyak 60 responden (88,2%). Rata-rata pengukuran berat badan awal pada ibu hamil adalah 43,83 dengan standar deviasi 5,86. Rata-rata pengukuran berat badan awal pada ibu hamil adalah 43,83 dengan standar deviasi 5,86. Sedangkan pada pengukuran terakhir didapat rata-rata 48,94 dengan standar deviasi 5,88. Terlihat nilai mean berbeda antara pengukuran awal dan terakhir adalah 5,11 dengan standar deviasi 0,02. Hasil uji statistik menggunakan metode paired sample t test didapatkan nilai probabilitas (p value) sebesar $p=0.000$ ($p<0.05$),

DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Djaeni, 2000, Ilmu Gizi (Untuk Mahasiswa dan Profesi), Dian Rakyat, Jakarta.
- Agustian, Efrinita (2010). Hubungan Antara Asupan Protein dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil di Kecamatan Jebres Surakarta, karya tulis ilmiah. Program Studi DIV Kebidanan Fakultas Kedokteran. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Almatsier, 2007, Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama.
- Arali, 2008, Buku Ajar Gizi, Jakarta, EGC
- Arisman. 2009. Gizi Dalam Daur Keidupan. Yogyakarta : Muha Medika
- Azwar A., 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Azwar Saifudin, 2007, Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya, Jogjakarta, Pustaka Pelajar
- Baliwati, Y.F, Ali dan Dwiriani, C.M, 2006. Pengantar Pangan dan Gizi. Penebar Swadaya. Jakarta
- Chinue, C. 2009. Kekurangan Energi Kronis (KEK). <http://chinue.wordpress.com/2009/03/14/> Makalah KEK. Diakses pada tanggal 3 Februari 2016
- Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat, FKM U.I 2010. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Raja Grafindo Persada : Jakarta
- Depkes RI. (2006). Pemberian Makanan Pendamping ASI lokal. Jakarta Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi, 2011. Kerangka Acuan Kerja (KAK/TOR) Pekerjaan Pengadaan Pemberian Makanan Tambahan Ibu Hamil Keluarga Miskin. Bekasi.
- Irmayanti, 2007, Kebutuhan Gizi Ibu Hamil, Yogyakarta, Khasanah Ilmu-ilmu Terapan. kedokteran EGC, Jakarta
- Kemenkes RI, 2012. Pedoman Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan pemulihan
- Kementerian Kesehatan, RI 2010. Pedoman Gizi Ibu Hamil dan Pengembangan Makanan Tambahan Ibu Hamil Berbasis Pangan. Kementerian Kesehatan Jakarta.

Lubis.Z.2003.Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi yang Dahirkan.Tesis. Fakultas Pertanian. IPB Bogor

M. Rustam. Mph. Prof. Dr. 1998. Sinopsis Obstetri dan patologi,jilid 1 edisi 2, Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta

M. Rustam. Mph. Prof. Dr. 2001. Sinopsis Obstetri dan patologi,jilid 1 edisi 2, Mac Kenzie, James, 2007, Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar, EGC, Jakarta.

Ningrum, Fatma Setya. 2006. Tesis. Analisis hubungan fungsi manajemen oleh tenaga pelaksana gizi dengan tingkat keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal. Universitas Diponegoro. Semarang

Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta

Proverawati. 2009. Buku Ajar Gizi Untuk Kebidanan. Jogyakarta : Muha Medika

Pudjiadi, 2007, Ilmu Gizi Klinis pada Anak, Jakarta, Balai Penerbit FKUI.

Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas,Tahun 2010

Sarwono, 2007, Buku Acuan Nasional Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta,YBP-SP.

Syofianti, Haflina. 2007. Tesis. Pengaruh Risiko Kekurangan Energi Kronis pada Ibu Hamil terhadap Berat Bayi Lahir Rendah: Analisis Data Kohort Ibu di Kabupaten Sawahlunto-Sijunjung. FKM UI

Weni. 2010. Gizi Ibu Hamil. Jogyakarta : Muha Medika