

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Program Keluarga Harapan**

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah sebuah kebijakan program yang dirumuskan oleh Pemerintah untuk mengatasi masalah kemiskinan penduduk di Indonesia. Secara umum, konsep kebijakan hampir selalu dikaitkan dengan keputusan tetap yang bersifat konsisten dan merupakan pengulangan tingkah laku dari yang membuat dan dari mereka yang mematuhi keputusan tersebut (Sarman, 2000).

Menurut Friedrich sebagaimana dalam Leo Agustino (2008), kebijakan adalah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan, terutama dalam kaitan adanya peran fungsional Pemerintah di ranah publik sebagai pelayan masyarakat.

Merujuk pada Nugroho (2004), untuk menyelesaikan permasalahan yang berkembang di masyarakat diperlukan kebijakan sebagai realisasi dari fungsi dan tugas negara serta dalam rangka mencapai tujuan pembangunan. Dengan kata lain, kebijakan (dalam konteks peran Pemerintah sebagai pemangku otoritas publik) dibutuhkan untuk memecahkan masalah yang ada di ranah publik. Dan untuk itu dibutuhkan bukan hanya perumusan (rencana) program, tetapi juga implementasi program guna mencapai tujuan yang telah direncanakan. Oleh karena itu suatu kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atas tujuan yang diinginkan (Tachjan, 2006).

Implementasi kebijakan merupakan suatu upaya untuk mencapai tujuan dengan sarana dan dalam urutan waktu tertentu. Padahal implementasi kebijakan program itu baru dapat dimulai apabila tujuan-tujuan kebijakan telah ditetapkan, program-program aksi telah dibuat, dan dana untuk mendukung pelaksanaan

program aksi telah dialokasikan untuk pencapaian tujuan kebijakan tersebut (Wibawa, 2004). Dalam konteks model PKH, strategi dasarnya adalah bagaimana memberikan perlindungan sosial bagi RTSM. Merujuk pada ADB (2003) konsep perlindungan sosial dimaksudkan sebagai seperangkat kebijakan kesejahteraan sosial yang dirancang untuk mengurangi kemiskinan dan kerentanan (*vulnerability*) melalui perluasan pasar kerja yang efisien, pengurangan risiko-risiko kehidupan yang senantiasa mengancam manusia, serta penguatan kapasitas masyarakat dalam melindungi dirinya dari berbagai bahaya dan gangguan yang dapat menyebabkan terganggunya atau hilangnya pendapatan.

Namun, menurut Norton (2001) perlindungan sosial merupakan kebijakan yang ditujukan kepada kelompok masyarakat yang mengalami keadaan yang rentan baik secara absolut atau kerentanan yang paling miskin. Selain itu dapat ditujukan kepada kelompok masyarakat yang tidak miskin untuk perlindungan dalam menghadapi guncangan dan peristiwa siklus kehidupan. Karena itu kebijakan perlindungan sosial mestinya dilaksanakan dengan prinsip-prinsip:

- a. Responsif terhadap realitas kebutuhan dan kondisi kehidupan kelompok sasaran;
- b. Terjangkau dalam konteks perencanaan anggaran jangka pendek dan panjang;
- c. Berkelanjutan, baik secara finansial dan politik;
- d. Adanya kelembagaan dalam struktur pemerintahan yang berkelanjutan maupun kelembagaan di tingkat implementasi terutama di struktur masyarakat sipil;
- e. Dibangun dengan prinsip memanfaatkan kemampuan individu, rumah tangga dan komunitas serta menghindari penciptaan ketergantungan dan stigma dan;
- f. Mampu menanggapi skenario yang berubah cepat dan munculnya tantangan baru;

Di Indonesia sejak tahun 2004 telah diterbitkan undang-undang terkait perlindungan sosial, yaitu UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan

Sosial Nasional. Dalam sistem jaminan sosial ini diakui bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, Negara mengembangkan sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, yang terdiri jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Sedangkan undang undang Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial lebih banyak mengatur perlunya keberadaan Tenaga Kesejahteraan Sosial.

PKH adalah sebuah model perlindungan sosial berbasis keluarga. Secara konseptual PKH termasuk dalam kategori bantuan sosial (*social assistance*), yakni program jaminan sosial (*social security*) yang berbentuk tunjangan uang, barang, atau pelayanan kesejahteraan yang umumnya diberikan kepada keluarga rentan yang tidak memiliki penghasilan yang layak bagi kemanusiaan. Keluarga miskin, pengangguran, anak-anak, penyandang cacat, lanjut usia, orang dengan kecacatan fisik dan mental, kaum minoritas, yatim-piatu, kepala keluarga tunggal, pengungsi, dan korban konflik sosial adalah beberapa contoh kelompok sasaran bantuan sosial (Kemensos, 2013).

Dalam pelaksanaan perlindungan sosial berbasis keluarga, sesuai kebijakan pemerintah, termasuk bagian dari program penanggulangan kemiskinan. Program ditujukan kepada kelompok program bantuan sosial terpadu berbasis keluarga. Program ini merupakan kebijakan perlindungan sosial dalam rangka pemenuhan, hak dasar. Pengurangan beban hidup, dan perbaikan kualitas hidup masyarakat miskin (Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010).

Melalui Inpres Nomor 3 Tahun 2010, Presiden mengintruksikan kepada segenap Menteri, Pimpinan Lembaga Non Departemen dan Kepala Daerah untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan sesuai tugas, fungsi dan kewenangan masing-masing, untuk memfokuskan antara lain percepatan program penanggulangan kemiskinan berbasis keluarga. PKH merupakan program perlindungan sosial melalui pemberian uang tunai kepada RTSM, yang selanjutnya

kepada mereka diwajibkan untuk melakukan pemanfaatan fasilitas kesehatan dan pendidikan.

Program Keluarga Harapan adalah suatu program penanggulangan kemiskinan yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan namun dalam pembahasan ini penulis membatasi hanya Program Keluarga Harapan di bidang kesehatan (Kemensos, 2013).

Sasaran atau penerima bantuan PKH di bidang kesehatan adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yaitu Ibu rumah tangga dari keluarga yang terpilih melalui mekanisme pemilihan sesuai kriteria yang ditetapkan yaitu Ibu hamil, ibu nifas, memiliki bayi dan balita. Dalam layanan kesehatan peserta PKH menerima bantuan uang tunai dan menerima pelayanan kesehatan (ibu, bayi, balita) di Puskesmas, Posyandu dan lain-lain (Kemensos, 2013).

Program keluarga Harapan (PKH) merupakan suatu program penanggulangan kemiskinan. Kedudukan PKH merupakan bagian dari program-program penanggulangan kemiskinan lainnya. PKH berada di bawah koordinasi Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan (TKPK), baik di Pusat maupun di daerah. Struktur organisasi PKH terdiri dari Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Pusat, Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten/kota, dan Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kecamatan. UPPKH Kecamatan melaporkan setiap bulan kepada UPPKH Kabupaten/kota, yang nantinya akan dilaporkan kepada UPPKH Pusat yang berada di Jakarta (Kemensos, 2013).

PKH merupakan program lintas Kementerian dan Lembaga, aktor utamanya adalah dari Dinas Sosial, kemudian dibantu oleh BPS, Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, PT. Pos Indonesia, Departemen Komunikasi dan Informasi, Kantor PKH kecamatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan Masyarakat. Dengan demikian, PKH membuka peluang terjadinya sinergi antara program yang mengintervensi sisi pelayanan (*supply*) dan Rumah Tangga Sangat Miskin

(*demand*) dengan tetap mengoptimalkan desentralisasi, koordinasi antar sektor, koordinasi antar tingkat pemerintahan, serta antar pemangku kepentingan (*stakeholder*) (Kemensos, 2013).

Di dalam program PKH ada kewajiban (*condinationalities*) yang harus dilaksanakan oleh Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) peserta PKH terkait upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia. Kewajiban berkaitan dengan upaya peningkatan status kesehatan ibu hamil, ibu nifas, memiliki bayi dan balita dari keluarga rumah tangga sangat miskin. Kewajiban yang harus dilaksanakan adalah (Kemensos, 2013):

1. Bagi ibu rumah tangga sangat miskin yang dalam keadaan hamil pada waktu pendaftaran diwajibkan untuk datang ke puskesmas dan mengikuti pelayanan pemeriksaan kesehatan ibu hamil sesuai dengan protokol Departemen Kesehatan;
2. Bagi rumah tangga sangat miskin yang mempunyai anak 0 – 6 tahun wajib membawa anaknya ke Puskesmas untuk mengikuti pelayanan kesehatan anak sesuai protokol Departemen Kesehatan;
3. RTSM wajib mematuhi komitmen untuk mengunjungi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati.

Persyaratan peserta PKH di bidang kesehatan antara lain :

1. Bagi peserta PKH yang mempunyai kartu Jamkesmas, dapat menggunakan kartu Jamkesmasnya.
2. Bagi Peserta PKH yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH asli dan menyerahkan *fotocopy* kartu PKH.
3. Bagi anggota peserta PKH yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas, dapat diberikan pelayanan kesehatan dengan membawa *foto copy* kartu PKH, *foto copy* kartu KK dan *foto copy* KTP (bagi yang sudah berhak mempunyai KTP).

Besar bantuan peserta PKH di bidang kesehatan antara lain (Kemensos, 2013):

1. Bantuan kesehatan untuk ibu hamil/nifas, bayi, balita Rp.800.000

2. Besar bantuan berkisar Rp. 600.000 s/d Rp.2.200.000 / tahun tergantung kondisi keluarga dan kepatuhan keluarga dalam memenuhikewajiban.

Dengan adanya perbedaan komposisi anggota keluarga RTSM, maka besar bantuan yang diterima setiap RTSM akan bervariasi. Apabila besar bantuan yang diterima RTSM melebihi batas maksimum yang ditetapkan maka untuk dapat menjadi peserta PKH seluruh anggota RTSM yang memenuhi persyaratan harus mengikuti ketentuan PKH. Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam tiga bulan, maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang dengan rincian sebagai berikut (Kemensos, 2013):

1. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam satu bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.50.000,-
2. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam dua bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.100.000,-
3. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp.150.000,-
4. Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam tiga bulan berturut-turut, maka tidak akan menerima bantuan dalam satu periode pembayaran.

Pelaksanaan PKH secara benar akan dapat memberdayakan keluarga sangat miskin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan sehingga akan berdampak pada peningkatan status kesehatan yang akhirnya dapat meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Tujuan PKH adalah membantu mengurangi kemiskinan dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai sumber daya manusia pada kelompok masyarakat sangat miskin. Tujuan dalam jangka pendeknya bantuan ini adalah membantu mengurangi beban pengeluaran rumah tangga sangat miskin. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah dengan mensyaratkan keluarga penerima untuk menyekolahkan anaknya, melakukan imunisasi balita, memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dan perbaikan gizi dengan harapan akan memutus rantai kemiskinan antar generasi.

PKH diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesejahteraan sosial yang bermartabat sehingga tercipta kemandirian lokal penyandang masalah kesejahteraan sosial, dapat meningkatkan pendayagunaan sumber daya dan potensi aparatur (struktural dan fungsional) dengan dukungan sarana dan prasarana yang memadai untuk mampu memberikan pelayanan dibidang kesejahteraan sosial yang cepat, berkualitas dan memuaskan serta meningkatkan koordinasi dan partisipasi sosial masyarakat/*stakeholders* khususnya Lembaga Sosial masyarakat pemerhati di bidang kesejahteraan sosial masyarakat.

Program Keluarga Harapan (PKH) di bidang kesehatan mensyaratkan peserta PKH yaitu ibu hamil, ibu nifas, dan anak usia kurang dari enam tahun untuk melakukan kunjungan rutin ke berbagai sarana kesehatan. Oleh karena itu, program ini secara langsung akan mendukung pencapaian target program kesehatan. Adapun proses pelayanan kesehatan PKH antara lain (Kemensos, 2013):

1. Menghadiri pertemuan awal

Perwakilan puskesmas akan diundang untuk menghadiri acara pertemuan awal dengan seluruh calon peserta PKH. Dalam pertemuan ini petugas puskesmas berkewajiban mengklarifikasi status pemberian pelayanan kesehatan dengan calon peserta PKH, khususnya bagi peserta yang datanya tidak tercatat dalam register. Kemudian, petugas menjelaskan tata cara mendapatkan pelayanan kesehatan serta tempat-tempat pelayanan kesehatan terdekat yang bisa dimanfaatkan oleh peserta PKH.

2. Sosialisasi

Pemahaman program oleh semua pihak, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung, merupakan kunci kesuksesan Program PKH. Untuk itu disusun strategi komunikasi dan sosialisasi PKH yang komprehensif dan melalui pendekatan multi pihak. Strategi komunikasi dan sosialisasi ini tidak hanya memfokuskan pada aspek implementasi dan keberhasilan pelaksanaan program PKH, tetapi juga aspek pengembangan kebijakan, khususnya dalam membangun dukungan dan komitmen untuk melembagakan PKH dalam bentuk Sistem Jaminan Sosial.

### 3. Memberi Pelayanan Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada semua peserta PKH. Dalam memberikan pelayanan, petugas kesehatan harus mengacu kepada ketentuan dan pedoman pelayanan kesehatan yang berlaku.

4. Pencairan dana PKH Kota Bandar Lampung dilakukan di Kantor Pos. Dalam pelaksanaannya Kantor Pos dapat membayarkan di lokasi-lokasi yang telah ditunjuk untuk lebih memudahkan warga penerima PKH untuk mencairkan dananya, khususnya warga di lokasi yang terpencil/jauh dari KantorPos.

### 5. Memverifikasi Komitmen Peserta PKH

Pembayaran bantuan komponen kesehatan pada tahap berikutnya diberikan atas dasar verifikasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas. Jika peserta PKH memenuhi komitmennya (yaitu mengunjungi fasilitas kesehatan yang sudah ditetapkan sesuai jadwal kunjungan) maka peserta PKH akan menerima bantuan tunai sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## 2.2. Tingkat Konsumsi Energi dan Protein

Manusia membutuhkan makanan untuk kelangsungan hidupnya. Makanan merupakan sumber energi untuk menunjang semua kegiatan atau aktifitas manusia. Manusia yang kurang makanan akan lemah baik daya kegiatan, pekerjaan fisik atau daya pemikirannya karena kurangnya zat-zat makanan yang diterima tubuhnya yang dapat menghasilkan energi. Seseorang tidak dapat menghasilkan energi yang melebihi dari apa yang diperoleh dari makanan kecuali jika meminjam atau menggunakan cadangan energi dalam tubuh, namun kebiasaan meminjam ini akan dapat mengakibatkan keadaan yang gawat, yaitu kekurangan gizi khususnya energi (Suhardjo, 2003).

Kebijaksanaan pangan dalam pembangunan jangka panjang I telah berhasil membawa Indonesia berswasembada beras dan memberi peluang untuk pengembangan produksi bahan pangan lainnya. Upaya ini berhasil meningkatkan ketersediaan energi dari 2035 Kal pada tahun 1968 menjadi 2701 Kal pada tahun

1990. Angka ini sudah melebihi angka kecukupan rata-rata yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 332/Menkes/SK/IV/1994 tanggal 16 April 1994 berdasarkan rekomendasi Widyakarya Pangan dan Gizi 1993 yaitu 2150 Kal.

Ketersediaan protein yang telah melebihi kebutuhan rata-rata penduduk di tingkat nasional, namun karena distribusi pendapatan yang belum merata, menimbulkan belum semua rumah tangga terpenuhi kecukupan pangannya. Masalah lain adalah ketersediaan pangan yang cukup di tingkat rumah tangga ternyata belum menjamin tercukupinya kebutuhan gizi setiap anggota keluarga terutama wanita dan anak-anak., yang disebabkan oleh tingkat kemampuan ekonomi, ketidak mengertian, serta pengaruh adat, kebiasaan dan kebudayaan.

Ketersediaan pangan dalam rumah tangga yang dipakai dalam pengukuran mengacu pada pangan yang cukup dan tersedia dalam jumlah yang dapat memenuhi kebutuhan konsumsi rumah tangga . Penentuan jangka waktu ketersediaan makanan pokok di pedesaan biasanya dilihat dengan mempertimbangkan jarak antara musim tanam dengan musim tanam berikutnya (Suhardjo, 2003).

Ketersediaan pangan yang mengacu pada jarak waktu antara satu musim panen dengan musim panen berikutnya hanya berlaku pada rumah tangga dengan sektor pertanian sebagian sumber mata pencaharian pokok. Ukuran ketersediaan makanan pokok tersebut memiliki kelemahan jika diterapkan pada rumah tangga yang memiliki sumber penghasilan dari sektor non-pertanian (Suhardjo, 2003)

Stabilitas ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga diukur berdasarkan kecukupan ketersediaan pangan dan frekuensi makan anggota rumah tangga dalam sehari. Satu rumah tangga dikatakan memiliki stabilitas ketersediaan pangan jika mempunyai persediaan pangan diatas *culting point* (240 hari untuk Provinsi Lampung dan 360 hari untuk Provinsi NTT) dan anggota rumah tangga dapat makan 3 (tiga) kali sehari sesuai dengan kebiasaan makan penduduk di daerah tersebut, dengan asumsi bahwa di daerah tertentu masyarakat mempunyai kebiasaan makan 3 (tiga) kali sehari, frekuensi makan sebenarnya dapat

menggambarkan keberlanjutan ketersediaan pangan dalam rumah tangga. Dalam satu rumah tangga salah satu cara untuk mempertahankan ketersediaan pangan dalam jangka waktu tertentu adalah dengan mengurangi frekuensi makan atau mengkombinasikan bahan makanan pokok (misal beras dengan ubi kayu).

## **2.3. Status Gizi Ibu Hamil**

### **2.3.1. Pengertian Gizi Ibu Hamil**

Gizi adalah suatu proses penggunaan makanan yang dikonsumsi secara normal oleh suatu organisme melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ serta menghasilkan energi.

Gizi ibu hamil adalah makanan atau zat-zat gizi (baik makro maupun mikro) yang dibutuhkan oleh seorang ibu hamil baik pada trimester I, trimester II dan trimester III serta harus cukup jumlah, mutu yang dapat dipenuhi dari kebutuhan makan sehari-hari sehingga janin yang dikandungnya dapat tumbuh dengan baik serta tidak mengalami gangguan dan masalah.

### **2.2.2. Kebutuhan gizi ibu hamil**

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan selama kehamilan yaitu diantaranya kebutuhan selama hamil yang berbeda-beda untuk setiap individu dan juga dipengaruhi oleh riwayat kesehatan dan status gizi sebelumnya, kekurangan asupan pada salah satu zat akan mengakibatkan kebutuhan terhadap sesuatu nutrisi terganggu dan kebutuhan nutrisi tidak konstan selama kehamilan.

#### **1) Energi**

Menurut Kristiyanasari (2010) kebutuhan energi untuk kehamilan yang normal perlu tambahan kira-kira sebanyak kurang lebih 300 kalori setiap hari selama hamil. Sumber energi yang lain antara lain: nasi, roti, ubi, mie, jagung, kentang, tepung.

## 2) Protein

Protein digunakan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan janin, protein memiliki peranan penting selama kehamilan terjadi peningkatan yang signifikan yaitu 68%. Total protein fetal yang diperlukan selama masa gestasi berkisar antara 350-450 g, pada trimester pertama kurang dari 6 gram tiap hari sampai trimester kedua. Pada saat memasuki trimester akhir, pertumbuhan janin sangat cepat sehingga membutuhkan protein dalam jumlah yang besar 10 gram perhari atau diperkirakan 2g/kg/hari.

Menurut WHO (didalam buku Kristiyanasari, 2010) tambahan protein untuk ibu hamil adalah 0,75 gram/kg berat badan, secara keseluruhan jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil yaitu kurang lebih 20 gram setiap hari. Sumber protein yang lain dapat diperoleh dari : daging, ikan, telur, ayam, kacang-kacangan, tahu dan tempe.

## 3) Zat besi

Kebutuhan Fe atau Zat Besi, jumlah Fe pada bayi baru lahir kira-kira 300 mg dan jumlah yang diperlukan ibu untuk mencegah anemia akibat meningkatnya volume darah adalah 500 mg. Selama kehamilan seorang ibu hamil menyimpan zat besi kurang lebih 1.000 mg termasuk untuk keperluan janin, plasenta dan hemoglobin ibu sendiri. Seorang ibu hamil perlu tambahan zat gizi rata-rata 20 mg perhari. Sedangkan kebutuhan sebelum hamil atau pada kondisi normal rata-rata 26 mg per hari (umur 20 – 45 tahun), tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena mengandung tannin atau pitat yang menghambat penyerapan zat besi. Zat besi dapat diperoleh dari : daging, hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun pepaya dan daun katuk.

## 4) Asam Folat.

Minimal pemberian suplemen asam folat dimulai dari 2 bulan sebelum konsepsi dan berlanjut hingga 3 bulan pertama kehamilan, dosis

pemberian asam folat untuk preventif adalah 500 mikrogram atau 0,5-0,8 mg. Sedangkan untuk kelompok dengan faktor resiko adalah 4 mg/hr, sumber asam folat ada di dalam sereal, kacang-kacangan, sayuran hijau, jamur, kuning telur, jeruk, pisang dan lainnya.

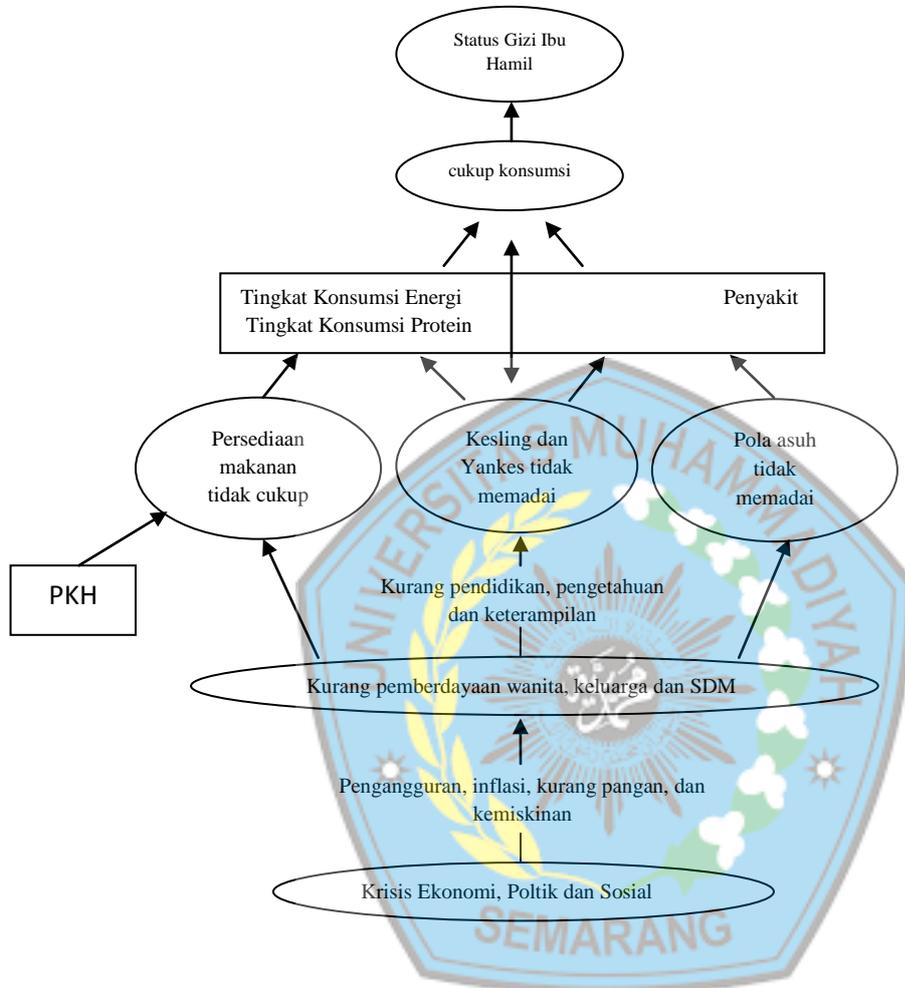
#### 5) Kalsium

Kalsium diperlukan untuk pertumbuhan tulang dan gigi janin, serta melindungi ibu hamil dari osteoporosis. Jika kebutuhan kalsium ibu hamil tidak tercukupi, maka kekurangan kalsium akan diambil dari tulang ibu. Sumber kalsium yang lain adalah sayuran hijau dan kacang-kacangan, janin mengumpulkan kalsium dari ibunya sekitar 25-30 mg/hari atau kebutuhan kalsium ibu hamil 500-1000 mg/hari.

#### 2.2.3. Manfaat bagi ibu hamil dan janin

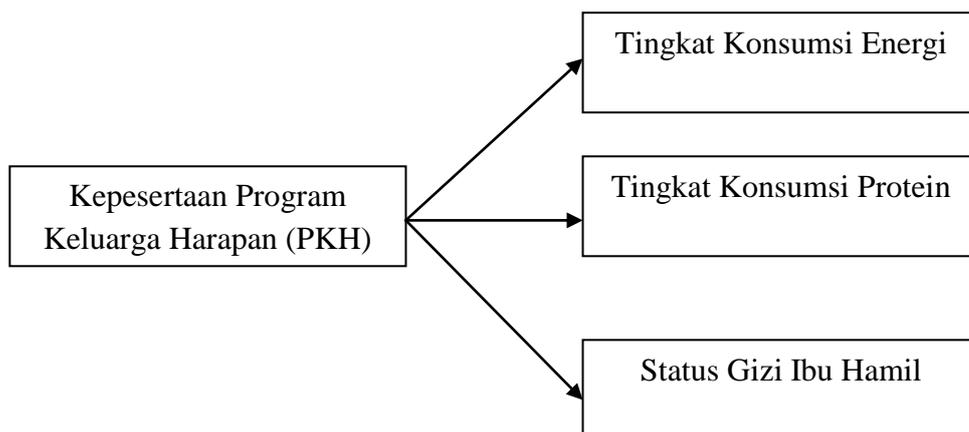
Kebutuhan gizi ibu hamil akan berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan alat-alat tubuh bayi. Makanan yang terlalu sedikit atau makanan yang salah dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Kebiasaan makanan pada ibu hamil dapat mempengaruhi jalannya kehamilan (berupa komplikasi seperti anemia), ketidaknyamanan (rasa letih, mual dipagi hari), masa persiapan kelahiran dan persalinan (pada umumnya ibu yang dietnya baik, jarang mengalami kesulitan/persalinan yang terlalu dini), emosinya (diet yang baik dapat memperlunak perubahan suasana hati) dan pemulihan pasca lahir (tubuh yang bergizi baik akan lebih cepat pulih).

### 2.2.3. Kerangka Teori



Gambar 2.1

### 2.2.4. Kerangka Konsep



Gambar 2.2  
Kerangka Konsep

#### **2.2.4.Hipotesis**

- 2.2.4.1. Terdapat perbedaan tingkat konsumsi energi berdasarkan keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.
- 2.2.4.2. Terdapat perbedaan tingkat konsumsi protein berdasarkan keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.
- 2.2.4.3. Terdapat perbedaan status gizi ibu hamil berdasarkan keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.

