

**NASKAH PUBLIKASI**

**PERBEDAAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI, PROTEIN DAN  
STATUS GIZI IBU HAMIL BERDASARKAN KEIKUTSERTAAN  
DALAM PROGRAM KELUARGA HARAPAN (PKH) DIDESA  
BOTO DAN DESA PLUMUTAN KECAMATAN BANCAK  
KABUPATEN SEMARANG**



**Diajukan Oleh :**

**NANIK ERNA HASTUTI**

**G2B216038**

**PROGRAM STUDI S1 GIZI  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATA DAN KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG  
TAHUN 2018**

**SKRIPSI**  
**PERBEDAAN TINGKAT KONSUMSI ENERGI DAN PROTEIN SERTA**  
**STATUS GIZI IBU HAMIL BERDASARKAN KEIKUTSERTAAN**  
**PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI DESA BOTO DAN DESA**  
**PLUMUTAN KECAMATAN BANCAK KABUPATEN SEMARANG**

Disusun Oleh

NANIK ERNA HASTUTI

G2B216038

Telah disetujui oleh :

Pembimbing 1/ utama

Dr. Ali Rosidi, SKM, Msi

NIK.28.6.1026.021

Tanggal 20 April 2018

Mengetahui

Ketua Program studi S1 Gizi

Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Semarang

(Ir. Agustin Syamsianah, M.Kes)

NIK.28.6.1026.015

## Abstrak

### **“Perbedaan Tingkat Konsumsi Energi, Protein dan Status Gizi Ibu Hamil berdasarkan Keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang”**

Nanik Erna Hastuti<sup>1</sup>, Ali Rosidi<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Program Studi S1 Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Semarang

Sejak tahun 2012 sampai dengan 2017 perkembangan penerima PKH terutama ibu hamil ini dalam hal status kesehatannya juga belum banyak berkembang. Bahkan banyak asumsi masyarakat dengan adanya bantuan bagi ibu hamil malah justru banyak anak-anak dari RTSM yang menikah muda agar bisa cepat hamil dan mendapatkan bantuan. Berdasarkan kondisi tersebut, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah program PKH yang dilaksanakan di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang dapat meningkatkan status kesehatan ibu hamil Trimester III yang ada. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat konsumsi energi dan protein serta status gizi ibu hamil berdasarkan keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.

Penelitian ini termasuk penelitian observasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Pendekatan ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya atau data berdasarkan fakta aktual tingkat konsumsi energi dan protein serta status gizi ibu hamil berdasarkan kepesertaan PKH di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan konsumsi energi dan protein antara peserta PKH dan non peserta PKH dengan  $p > 0,05$ . Sedangkan untuk status gizi menunjukkan ada perbedaan status gizi peserta PKH dan non peserta PKH dengan  $p = 0,01$ , dibawah  $p 0,05$ .

**Kata Kunci : Tingkat Konsumsi Energi, Protein dan Status Gizi Ibu Hamil Program Keluarga Harapan, Non Peserta PKH**

## Abstract

### **"Difference of Consumption Energy Level, Protein and Nutritional Status of Pregnant Women by Participation in Hope Family Program in Boto and Plumutan Village, Bancak District, Semarang Regency"**

Nanik Erna Hastuti<sup>1</sup>, Ali Rosidi<sup>2</sup>

1.2 Nutrition Studies Program S1 Faculty of Nursing and Health Sciences  
University of Muhammadiyah Semarang

Since 2012 until 2017 the development of PKH recipients, especially pregnant women in terms of health status is also not much developed. Even many people's assumptions with the help of pregnant women instead of many children from RTSM who married young in order to quickly get pregnant and get help. Based on these conditions, this study was conducted to determine whether PKH program implemented in Boto and Plumutan Village, Bancak District, Semarang Regency, can improve the health status of pregnant women of Trimester III. This study aims to determine the differences in energy and protein consumption levels and nutritional status of pregnant women based on participation in PKH in Boto and Plumutan Village, Bancak District, Semarang Regency.

This research includes observational research with Cross Sectional approach. This approach is used to see the relationship between variables with other variables or data based on actual facts of energy and protein consumption levels and nutritional status of pregnant women based on PKH membership in Boto and Plumutan Village, Bancak District, Semarang Regency.

The results showed that there was no difference of energy and protein consumption between PKH participants and non PKH participants with  $p > 0,05$ . While for nutritional status indicate there is difference of nutritional status of PKH and non PKH participants with  $p = 0,01$ , under  $p 0,05$ .

Keywords: Energy Consumption Level, Protein and Nutritional Status of Pregnant Women Family Hope Program, Non Participant PKH

## PENDAHULUAN

Kebutuhan gizi selama kehamilan meningkat untuk nutrisi tertentu. Untuk memenuhi tuntutan gizi yang tinggi selama kehamilan, seorang wanita harus hati-hati dalam membuat pilihan makanan. Kebutuhan energi bervariasi dengan perkembangan kehamilan. Dalam trimester pertama, wanita hamil tidak memerlukan energi tambahan, tetapi saat kehamilan berlanjut, kebutuhan energinya meningkat. Wanita hamil membutuhkan tambahan 340 kalori setiap hari selama trimester kedua dan tambahan 450 kalori setiap hari selama trimester ketiga (DeBruyne *et al.*, 2008).

Kualitas bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu sebelum dan selama mengandung. Apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum dan selama kehamilan akan menyebabkan bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Selain itu akan mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah terinfeksi, abortus dan sebagainya (Supariasa, 2002).

Kekurangan Energi Kronis (KEK) merupakan suatu keadaan dimana status gizi seseorang buruk disebabkan karena kurangnya konsumsi pangan sumber energi yang mengandung zat gizi makro yang berlangsung lama atau menahun (Rahmaniar *et al.*, 2011). Selanjutnya, Depkes (2002) menyatakan bahwa kurang energi kronis pada kehamilan telah banyak diketahui memberikan dampak negatif pada ibu hamil serta kepada janin yang dikandungnya. Salah satu dampak negatif yang sangat menonjol adalah risiko kematian ibu saat melahirkan dan bayi lahir dengan berat badan rendah.

Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai risiko yang lebih besar untuk

melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, pendarahan, dan pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan. Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam tekanan lingkungan yang baru, sehingga dapat berakibat pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Kekurangan gizi bisa terjadi akibat ketidaktahuan. Seseorang mudah akses pangannya bisa saja memilih makanan yang kurang atau tidak bergizi karena ketidaktahuannya. Tingkat pengetahuan gizi seseorang akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku dalam pemilihan makanan. Oleh karena itu, diperlukan pengetahuan ibu yang baik mengenai gizi dan kesehatan agar kebutuhan gizi selama hamil bisa terpenuhi (Mawaddah dan Hardinsyah, 2008).

Program Keluarga Harapan (PKH) di Kabupaten Semarang di wilayah Kecamatan Bancak telah masuk mulai tahun 2012. Namun program PKH tersebut sampai dengan saat ini belum menunjukkan perubahan yang signifikan terhadap status gizi ibu hamil. Penelitian yang dilakukan Sunardiyanto (2013) menunjukkan bahwa 21,6% penyebab terjadinya KEK dan kekurangan protein pada ibu hamil pada keluarga miskin adalah ketidakmampuan mencukupi gizi dikarenakan pendapatan yang sangat rendah dan tidak bisa mengakses ke pelayanan kesehatan.

Sejak tahun 2012 sampai dengan 2017 perkembangan penerima PKH terutama ibu hamil ini dalam hal status kesehatannya juga belum banyak berkembang. Bahkan banyak asumsi masyarakat dengan adanya bantuan bagi ibu hamil malah justru banyak anak-anak dari RTSM yang menikah muda agar bisa cepat hamil dan mendapatkan bantuan.

Berdasarkan kondisi tersebut, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah program PKH yang dilaksanakan di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang dapat meningkatkan status kesehatan ibu hamil Trimester III yang ada.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan tingkat konsumsi energi dan protein serta status gizi ibu hamil berdasarkan keikutsertaan dalam Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini termasuk penelitian observasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Pendekatan ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel satu dengan variable lainnya atau data berdasarkan fakta aktual tingkat konsumsi energi dan protein serta status gizi ibu hamil berdasarkan kepesertaan PKH di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang.

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh ibu hamil yang tinggal di Desa Plumutan dan Desa Boto yang mendapat program PKH dan yang tidak mendapatkan program PKH yang berjumlah 62 orang di Desa Boto dan Desa Plumutan Kecamatan Bancak Kabupaten Semarang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini merupakan *purposive sampling*, yaitu sebagian dari anggota populasi menjadi sampel penelitian sesuai dengan kriteria inklusi. Sampel diperoleh sebanyak 21 orang dari Desa Boto dan 21 orang dari Desa Plumutan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan

Dalam penelitian ini data primer diperoleh dengan cara mengukur konsumsi energi, menggunakan metode recall 3 x 24 jam dan status gizi ibu hamil dengan mengukur LILA. Data kepesertaan PKH diperoleh dari Pendamping PKH Kecamatan Bancak.

Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik penelitian. Analisis bivariate digunakan untuk melihat ada tidaknya perbedaan tingkat konsumsi energy, protein dan status gizi ibu hamil peserta PKH dan Non Peserta PKH.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Umum Responden dan Sampel

Deskripsi responden dipergunakan untuk mengetahui karakteristik responden penelitian. Identifikasi responden yang diungkap dalam penelitian ini meliputi umur, pendidikan, dan pekerjaan. Deskripsi responden menurut karakteristik responden, selengkapnya dijelaskan sebagai berikut :

#### 4.1.1. Umur

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat dideskripsikan karakteristik responden berdasarkan usia sebagai berikut:

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

PH	Max	Min	Mean
IKUT PKH	24	35	29,57
TIDAK IKUT PKH	23	33	28,00

Dari tabel 4.2 diatas responden yang terbesar adalah responden yang berasal dari peserta PKH rata-rata berusia 29 tahun, umur terendah yang tidak ikut PKH adalah 23 tahun dan umur tertinggi yang tidak ikut PKH adalah 33 tahun sedangkan responden non PKH rata-rata berusia 28 tahun, sedangkan yang ikut PKH umur terendah adalah 24 tahun dan umur tertinggi adalah 35 tahun. Berdasarkan tabel 4.2 disimpulkan bahwa responden masih dalam berusia produktif dan tidak ada yang resiko tinggi.

#### 4.1.2. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil kuesioner diketahui bahwa tingkat pendidikan responden dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 4.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah (n)	Persentase (%)
SD	11	26,2
SMP	13	31,0
SMA	5	37,7
PT	3	7,1
Total	42	100,0

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa responden terbesar berpendidikan SMP sebanyak 31%.

#### 4.1.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Hasil kuesioner mengenai pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.4 Karakteristik Responden Berdasar Pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah (n)	Persentase (%)
IRT	19	45,2
Dagang	6	14,3
Tani	16	38,1
PNS	1	4,2
Total	42	100,0

4.1.4. Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga dengan prosentase sebesar 45,2%. Distribusi responden berdasarkan Tingkat Konsumsi Energi

Tabel 4.5 Karakteristik Responden berdasarkan tingkat kecukupan energi

PH	Min	Max	Mean
IKUT PKH	92,10	109,10	97,92
TIDAK IKUT PKH	92,10	109,10	97,92

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa tingkat konsumsi energi peserta PKH setara dengan non peserta PKH. Tingkat konsumsi Energi minimum yang ikut PKH 92,10, sedangkan tingkat konsumsi maksimum yang ikut PKH 109,10, sedangkan tingkat konsumsi energi minimum yang tidak ikut PKH 92,10 dan energi maksimum yang tidak ikut PKH 109,1. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tingkat konsumsi energi baik PKH maupun yang tidak PKH semuanya dalam batas normal. Konsumsi energi yang tidak seimbang akan menyebabkan keseimbangan positif dan negative. Kelebihan energi dari energi yang dikeluarkan akan diubah menjadi lemak tubuh sehingga berat badan berlebih, hal ini juga dipengaruhi oleh aktivitasnya. Sebaliknya asupan energi kurang dari yang dikeluarkan terjadi keseimbangan negative, akibatnya berat badan lebih rendah dari normal dan ideal.

Kurangnya asupan energi ini akan berdampak pada ketersediaan zat gizi lainnya seperti karbohidrat, protein, dan lemak yang merupakan sumber energi alternative. Apabila tubuh kekurangan energi maka karbohidrat, protein atau lemak akan mengalami perubahan untuk menjadi sumber energi. Sehingga fungsi utama dari ketiga zat gizi ini akan menurun. Apabila ini

berlangsung dalam waktu yang lama, maka akan terjadi perubahan berat badan dan kerusakan jaringan tubuh. Kekurangan Energi yang terus menerus akan menimbulkan gejala seperti daya tahan tubuh menurun, rentan terhadap penyakit dan daya kerja merosot (Kartasaputra, 2003).

Masih banyaknya ibu yang memiliki asupan energy yang kurang akan berdampak negative bagi dirinya dan janin yang nanti yang akan dikandungnya, mengingat protein sebagai pembangun struktur jaringan tubuh, dan berperan penting pada saat konsepsi nanti. Kejadian KEK ini berhubungan dengan jumlah asupan energi yang sangat kurang. Kejadian KEK ini menggambarkan keadaan akibat kekurangan energi atau ketidakseimbangan asupan energi untuk memenuhi kebutuhan tubuh yang berlangsung dalam waktu yang lama (Supariasa, 2001).

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa tingkat kecukupan energi peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta non PKH. Namun setelah diujikan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan konsumsi energi peserta PKH dengan non peserta PKH dengan  $p = 0,660$  ( $p > 0,005$ ).

#### 4.2.5 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Konsumsi Protein

Tabel 4.6 Distribusi Responden berdasarkan tingkat konsumsi protein

PH	Min	Max	Mean
IKUT PKH	92,80	96,49	96,03
TIDAK IKUT PKH	92,80	101,60	98,59

Berdasar tabel 4.6 diketahui bahwa dalam konsumsi protein Non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Tingkat konsumsi protein yang ikut PKH 92,80 dan konsumsi maksimum yang ikut PKH 96,49, sedangkan tingkat konsumsi protein yang tidak ikut PKH minimum 92,80 maksimum 101,60. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tingkat konsumsi protein dalam batas normal. Protein memiliki fungsi yang sangat penting dalam tubuh manusia, protein merupakan sumber energi setelah glikogen, protein juga menjadi katalis bagi reaksi biokimia dalam tubuh. Selain itu protein digunakan sebagai penyusun struktur sel dan jaringan. Untuk itu individu harus mendapatkan asupan protein yang cukup, karena kekurangan protein akan berdampak buruk pada seorang individu, utamanya pada ibu prakonsepsi. Apalagi jika kondisi ini berlangsung dalam jangka waktu yang lama.

Kekurangan Energi dan protein yang terus menerus akan menimbulkan gejala seperti daya tahan tubuh menurun, rentan terhadap penyakit dan daya kerja merosot (Kartasapotra, 2003). Kekurangan protein juga dapat menyebabkan gangguan pada transportasi zat-zat gizi. Apabila asupan protein berlebih protein akan mengalami *deaminase*, kemudian nitrogen dikeluarkan dari tubuh dan sisa-sisa ikatan karbon akan diubah menjadi lemak dan disimpan dalam tubuh. Oleh karena itu konsumsi protein secara berlebihan dapat menyebabkan kegemukan (Almatsier, 2004)

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa tingkat konsumsi protein non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Namun apabila dilihat dari hasil uji beda diketahui tidak terdapat perbedaan konsumsi energi antara peserta PKH dengan non

peserta PKH dengan nilai  $p = 0,227$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini sejalan dengan pernyataan Astrini 2001

#### 4.2.6 .Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi

Tabel 4.7 Distribusi Responden berdasarkan Status Gizi

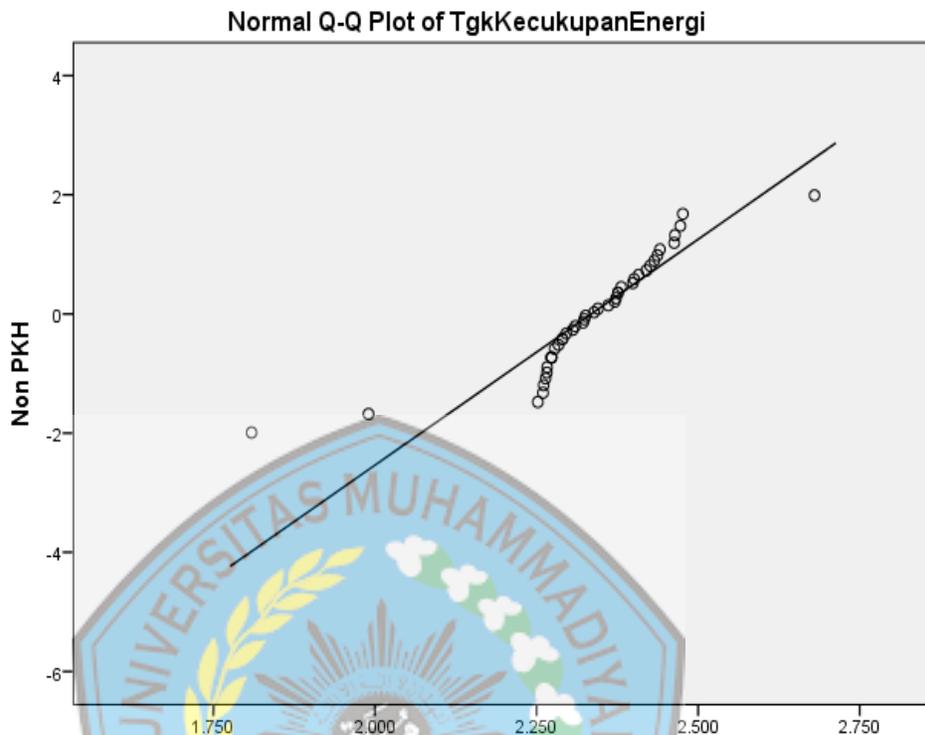
PH	Min	Max	Mean
IKUT PKH	24	35	29,57
TIDAK IKUT PKH	23	33	28

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden non PKH memiliki status gizi lebih baik dibandingkan dengan peserta PKH. Umur minimum yang ikut PKH 24 tahun, umur maksimum yang ikut PKH 35 tahun, rata-rata umur yang ikut PKH adalah umur 29 tahun. Sedangkan umur minimum yang tidak ikut PKH adalah 23 tahun umur maksimum yang tidak ikut PKH 33 tahun dengan rata-rata umur 28 tahun. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ibu hamil yang ikut PKH maupun yang tidak ikut PKH tidak ada yang resiko tinggi. KEK pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain : anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh KEK terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (prematum), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. KEK 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). Bila BBLR bayi mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan anak. Untuk mencegah resiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan wanita usia subur sudah harus mempunyai gizi yang baik, misalnya dengan LILA tidak kurang dari 23,5 cm. Apabila LILA ibu sebelum hamil kurang dari angka tersebut, sebaiknya kehamilan ditunda sehingga tidak beresiko melahirkan BBLR.

Tabel 4.7 menunjukkan status gizi Non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Hasil uji beda juga menunjukkan terdapat perbedaan status gizi peserta PKH dengan non peserta PKH dengan nilai  $p = 0,01$  ( $p < 0,05$ )

7. Perbedaan tingkat Kecukupan Energi Peserta PKH dan Non Peserta PKH



Gambar 4.3

#### Perbedaan Konsumsi Energi Peserta PKH dan Non PKH

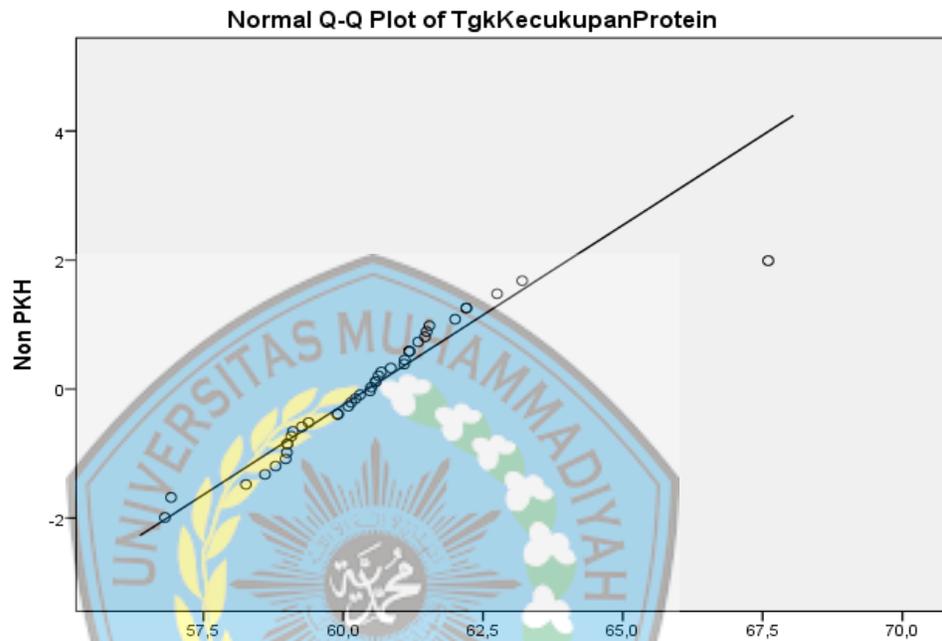
Berdasarkan Gambar 4.4 menunjukkan bahwa tingkat kecukupan energi peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta non PKH. Namun setelah diujikan menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan konsumsi energi peserta PKH dengan non peserta PKH dengan  $p = 0,660$  ( $p > 0,005$ ).

Pemilihan makanan dan kebiasaan diet dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap terhadap makanan dan praktek-praktek pengetahuan tentang nutrisi melandasi pemilihan makanan. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai asosiasi yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa

studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktik nutrisi bertambah baik. Usaha-usaha untuk memilih makanan yang bernilai nutrisi makin meningkat, ibu-ibu rumah tangga yang mempunyai pengetahuan nutrisi akan memilih makanan yang lebih bergizi dari pada yang kurang bergizi. (Joyomartono, 2004: 98)

Sehubungan dengan pangan yang biasanya dipandang pantas untuk dimakan, dijumpai banyak pola pantangan, tahayul dan larangan pada beragam kebudayaan dan daerah yang berlainan. Suatu pantangan yang berdasarkan agama (islam) disebut haram hukumnya dan individu yang melanggar pantangan tersebut berdosa. Hal ini disebabkan karena makanan dan minuman yang dipantang mengganggu kesehatan dan jasmani atau rohani bagi pemakannya atau peminumnya. Sedangkan pantangan atau larangan yang berdasarkan kepercayaan umumnya mengandung perlambang atau nasihat-nasihat yang dianggap baik dan tidak baik yang lambat-laun menjadi kebiasaan (adat), terlebih dalam suatu masyarakat yang masih sederhana. Tiga kelompok masyarakat yang biasanya mempunyai pantangan makan yaitu anak kecil, ibu hamil dan ibu menyusui. (Baliwati, 2004: 72).

## 8. Perbedaan Tingkat Konsumsi Protein peserta PKH dan Non Peserta PKH



Gambar 4.4

Perbedaan Konsumsi Protein Peserta PKH dan Non Peserta PKH

Gambar 4.5 menunjukkan bahwa tingkat konsumsi protein non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Namun apabila dilihat dari hasil uji beda diketahui tidak terdapat perbedaan konsumsi energi antara peserta PKH dengan non peserta PKH dengan nilai  $p = 0,227$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini sejalan dengan pernyataan Astrini (2001), bahwa banyak faktor yang mempengaruhi status gizi pada ibu hamil, antara lain adalah faktor social budaya, sosial ekonomi, pengetahuan ibu hamil dan penyakit pada ibu hamil. Tingginya prosentase responden dengan tingkat pengetahuan kurang baik dapat disebabkan ibu kurang mendapat penjelasan tentang

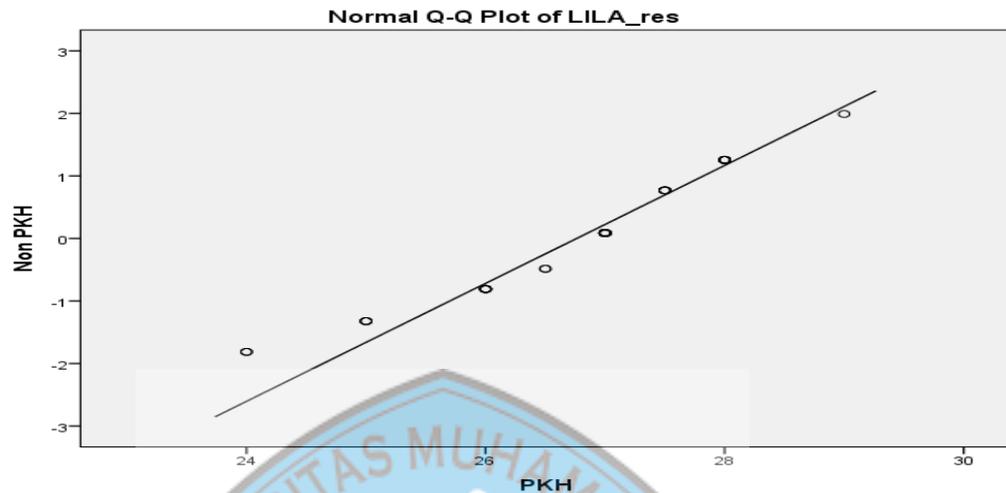
faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi ibu hamil. Dalam konseling tentang gizi seimbang pada kehamilan, seringkali bidan tidak menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi ibu hamil, tetapi lebih menekankan tentang jenis dan cara pemenuhan gizi seimbang pada kehamilan. Menurut FKM UI (2007), salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi ibu hamil adalah pengetahuan gizi, kurangnya pengetahuan dan salah persepsi tentang kebutuhan pangan dan nilai pangan juga dapat mempengaruhi status gizi seseorang.

Menurut FKM UI 2007, Tingkat pendidikan diperoleh seseorang dari bangku sekolah dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin tinggi pengetahuan tentang kesehatan terutama dalam upaya pencegahan kekurangan gizi pada ibu hamil pada masa kehamilannya. Hal ini berbeda dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoadmodjo (2003), apabila pekerjaan ibu berat maka asupan gizi yang dikonsumsi juga lebih banyak begitu juga sebaliknya, sehingga asupan gizi ibu hamil akan mempengaruhi status gizi ibu selama kehamilan. Selain itu, pekerjaan ibu akan berpengaruh pada jumlah pendapatan ibu yang akan mempengaruhi asupan gizi ibu selama kehamilan, dimana ibu yang mempunyai pendapatan lebih tinggi bisa mengkonsumsi makanan yang lebih bervariasi dan bergizi, sehingga akan mempengaruhi status gizi ibu hamil. Hal ini berbeda dengan pendapat Proverawati (2009) yang mengatakan bahwa umur seorang ibu berkaitan dengan perkembangan alat-alat reproduksinya. Umur reproduksi yang sehat dan aman adalah 20-35 tahun. Kehamilan kurang dari 20 tahun secara biologi belum optimal, emosinya cenderung labil, mentalnya belum matang sehingga mudah mengalami keguguran yang mengakibatkan kurangnya perhatian

terhadap pemenuhan kebutuhan zat-zat gizi selama kehamilan. Sedangkan kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun terkait dengan kemunduran fungsi organ yang menyebabkan harus bekerja maksimal sehingga memerlukan tambahan energi yang cukup selain itu juga terkait penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit.

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). Dalam kehidupan sehari-hari pendapatan erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu (Mulyanto Sumardi dan Hans Pieter Evers, 1984). UMR ( Upah Minimum Regional Kabupaten Jepara Tahun 2009 Perkapita Rp 702.000,00 ).

## 9. Perbedaan Status Gizi Peserta PKH dan Non Peserta PKH



Gambar 4.5  
Perbedaan Status Gizi Peserta PKH dan Non PKH

Gambar 4.5 menunjukkan status gizi Non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Hasil uji beda juga menunjukkan terdapat perbedaan status gizi peserta PKH dengan non peserta PKH dengan nilai  $p = 0,01$  ( $p < 0,05$ ).

Hal ini sejalan dengan pendapat Sjahmien Moehji (2002: 6) yang menyatakan bahwa pengetahuan tentang kandungan zat gizi dalam berbagai bahan makanan, kegunaan makanan bagi kesehatan keluarga dapat membantu ibu memilih bahan makanan yang harganya tidak begitu mahal akan tetapi nilai gizinya begitu tinggi. Salah satu penyebab munculnya gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang gizi atau kurangnya pengetahuan tentang gizi dalam kehidupan sehari-hari.

## **KESIMPULAN**

1. Tingkat konsumsi energi peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan non peserta PKH. Perbedaan tersebut sangat kecil, sehingga berdasarkan hasil uji beda menunjukkan tidak ada perbedaan konsumsi energi peserta PKH dan Non peserta PKH.
2. Tingkat konsumsi protein non peserta PKH lebih tinggi dibandingkan dengan peserta PKH. Perbedaan tersebut sangat kecil, sehingga berdasarkan hasil uji beda menunjukkan tidak ada perbedaan konsumsi protein peserta PKH dan Non peserta PKH.
3. Dalam hal status gizi ibu non peserta PKH memiliki nilai yang lebih baik dibandingkan dengan peserta PKH. Hasil uji beda juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan status gizi ibu non peserta PKH dengan peserta PKH

## **SARAN**

Hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan terutama dalam memberikan pengetahuan mengenai arti pentingnya konsumsi energy, protein dan status gizi selama masa kehamilan. Selain itu diharapkan setiap ibu hamil untuk secara rutin dan teratur melakukan pemeriksaan sehingga meminimalisir terjadinya KEK

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M dan Wirjatmadi, B. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenada
- Agustino, Leo. 2008. *Kebijakan Publik. Kebijakan Publik*. Yogyakarta: UGM
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Metodologi Penelitian; Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arisman, MB. 2004. *Gizi Dalam Daur Kehidupan EGC*. Jakarta: Rajawali Press
- Ghozali, Imam. 2005. *Analisis Multivariate*. Semarang; BP Undip
- Hadi, Sutrisno. 2008. *Metodologi Research III*. Yogyakarta: BP Fakultas Psikologi UGM
- Kristiyanasari, Weni. 2010. *Gizi Ibu Hamil*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mawaddah, N dan Hardinsyah. 2008. Pengetahuan, Sikap dan Praktek Gizi Serta Tingkat Konsumsi Ibu Hamil di Kelurahan Kramat jati dan Kelurahan Ragunan Provinsi DKI Jakarta. *Jurnal Gizi dan Pangan* Vol 3 No 1 hal 30-42
- Nugroho, Aditya. 2004. *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia Press
- Rahmaniar, 2012. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia
- Sarman, Muchtar. 2000. *Penanganan Masalah Sosial*. Jakarta: Kementerian Sosial RI
- Sarwono, Jonathan. 2004. *Analisis Data Statistik*. Bandung: Pustaka Setia
- Sugiyono. 2009. *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Supariasa, I.D.N. 2003. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Tachjan. 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI
- Uliyah, Musrifatul. 2014. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika
- Wibawa, Samodra. 2004. *Kebijakan Pembangunan Nasional*. Jakarta: Erlangga