

SKRIPSI

**GAMBARAN ANTENATAL CARE DAN STATUS GIZI IBU
HAMIL DIPESISIR TALLO KECAMATAN TALLO
KOTA MAKASSAR TAHUN 2013**

RESKY MAHARANI S.

K 211 09 012



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Sarjana Gizi*

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

SKRIPSI**GAMBARAN ANTENATAL CARE DAN STATUS GIZI IBU
HAMIL DIPESISIR TALLO KECAMATAN TALLO
KOTA MAKASSAR TAHUN 2013****RESKY MAHARANI S.****K 211 09 012****PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR****2013**

RINGKASAN

**Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi**

Resky Maharani S.

**“Gambaran *Antenatal Care* dan Status Gizi Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013
(vii+77 halaman+21 tabel+7 lampiran)**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) *Antenatal care* untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin. Angka kematian bayi dan ibu serta bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang tinggi pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi khususnya gizi kurang seperti Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran *Antenatal Care* dan Status Gizi Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif, dilakukan pada bulan April 2013 di pesisir Tallo Kota Makassar sebanyak 80 ibu hamil sebagai sampel. Pengukuran status gizi menggunakan Lingkar Lengan Atas (LILA) dan Kadar Hemoglobin dalam darah. Sedangkan *Antenatal Care* menggunakan kuisioner. Data di analisis dengan menggunakan analisis deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Ibu hamil di pesisir Tallo yang tidak melakukan *Antenatal Care* ada 18 ibu (22,5%), ibu yang melakukan kunjungan kurang dari standar minimal sesuai dengan usia kehamilannya ada 21 ibu (26,2%), ibu yang baru melakukan *Antenatal Care* ketika kehamilannya memasuki trimester III ada 7 ibu (8,75%), ibu hamil di pesisir Tallo umumnya melakukan *Antenatal Care* di puskesmas, yakni sebanyak 45 ibu (56,25%), Ibu yang hanya mendapatkan 6T dari asuhan 10T dalam *Antenatal Care* ada 7 ibu (8,75%), Ibu dengan status gizi Kekurangan Energi Kronik (KEK) ada 27 ibu (33,75%) dan ibu dengan status Anemia Ringan ada 31 ibu (38,75%) dan 3 ibu (3,75%) dengan status Anemia Berat.

Penelitian ini merekomendasikan kepada ibu hamil agar lebih memperhatikan kesehatan dengan melakukan kunjungan *Antenatal Care* serta memperhatikan kecukupan kunjungan sesuai dengan usia kehamilan.

Daftar Pustaka : 45 (1980-2012)

Kata Kunci : *Antenatal Care*, Status Gizi, KEK, Anemia, Ibu Hamil

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga kegiatan penelitian dan penulisan Skripsi dengan judul “**Gambaran Antenatal Care dan Status Gizi Pada Ibu Hamil di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013**” dapat diselesaikan.

Penyusunan skripsi ini dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Gizi pada program studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari dukungan dan bantuan berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini secara khusus penulis dengan tulus menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada **Ibunda AKBP (Purn.) Ariyanti Rasmy S. BA** dan **Rasnah S.** serta kakak tercinta **Annisa S.** atas doa dan dukungan yang tiada henti kepada penulis.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. **Prof. dr. Veni Hadju M.Sc, PhD.,** selaku pembimbing I, dan **Bapak Zakaria SPT M.Kes,** selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dari awal penulisan hingga terselesaikannya skripsi ini.

2. Ibu **Dr. Dra. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes** selaku penguji I, Ibu **Siti Rochimawati DCN, M.Kes** selaku penguji II serta Ibu **Ulfah Najamuddin, S.Si., M.Kes** selaku penguji III yang telah memberikan saran dan kritikan demi kesempurnaan skripsi ini.
3. Bapak **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, para Wakil Dekan, segenap dosen pengajar dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu **Dr. Dra. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes** selaku Ketua Program Studi Ilmu Gizi, segenap dosen pengajar, beserta seluruh staf yang telah memberikan bantuan, dukungan, dan motivasi dalam akademik.
5. Ayahanda **Dr. dr. Burhanudin Bahar, M.Sc** selaku pembimbing akademik. Terima Kasih atas dukungan selama ini dan menganggap anak bimbingan sebagai anak sendiri.
6. **Adi Kusuma Djimin ST.** Terima kasih atas waktu, saran, doa serta motivasi yang diberikan kepada penulis dari awal hingga penulisan skripsi ini selesai.
7. Teman Team Tercinta, **Sri Hardyanthi S.Abusama.** Terima kasih atas kebersamaan selama penelitian dan selama 4 tahun selama meniti pendidikan di bangku kuliah. *Best Partner I've ever had.*

8. Teman teman tersayang **Dian lestari, Ismi Irfiyanti fachruddin, A.Desi Purnamasari**. Terima Kasih atas kebersamaan selama 4 tahun, serta motivasinya.
9. Teman-teman seangkatan **AGO90** tanpa terkecuali. Terima kasih atas perjuangan dan kebersamaannya dalam menempuh pendidikan di FKM Unhas yang tercinta
10. Teman-teman **KKN PK 41** Eki, Eko, Momo, Asty , Akbar, Narti, Fitry Hesty, Kakak Paulina.
11. Teman-teman **SMANDARA 09** terkhusus Wd. Nurfitrianingih S.Kep, An-An Yulianty Hamka S.Kep, Wd. Sherly Saera S.Ked.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini jauh dari sempurna, untuk itu penulis tidak menutup diri untuk menerima masukan dari semua pihak baik berupa kritik maupun informasi baru yang berguna untuk penelitian lebih lanjut.

Makassar, 14 Mey 2013

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
RINGKASAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	9
 BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan	10
B. Tinjauan Umum Tentang Asuhan Antenatal Care	16
C. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi	22
D. Tinjauan Umum Tentang Wilayah Pesisir	29
E. Kerangka Teori	31
F. Kerangka Konsep	32
G. Defenisi Operasional dan Kerangka Objektif	32

BAB III : METODEOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	38
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38
D. Pengumpulan Data	40
E. Pengolahan dan Penyajian Data	41
F. Analisis Data	43

BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	44
B. Pembahasan	65

BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	76
B. Saran	77

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul	Halaman
2.1	Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid	19
2.2	Nilai Cut Off Points Kategori Anemia	26
4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Usia Kehamilan Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013.....	47
4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	48
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pendidikan Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	49
4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pekerjaan Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	50
4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Paritas Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	51
4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Paritas Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	52
4.7	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pendidikan terakhir Suami Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013.....	53
4.8	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pekerjaan Suami Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013.....	54
4.9	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Perilaku <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013.....	54

4.10	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Frekuensi <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	55
4.11	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Kunjungan Pertama <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 201	56
4.12	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Tempat <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	57
4.13	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Asuhan 10T <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	58
4.14	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Paritas dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	58
4.15	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Jarak Kehamilan dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	59
4.16	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Umur dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	60
4.17	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Pekerjaan dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	61
4.18	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Pendidikan dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	61
4.19	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut LILA dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	62
4.20	Distribusi Responden Ibu Hamil Menurut Kadar Hb dan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	63

4.21	Distribusi Responden Ibu Hamil Berdasarkan Status Gizi Menurut Lingkar Lengan Atas (LILA) Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	64
4.22	Distribusi Responden Ibu Hamil Berdasarkan Status Gizi Menurut Kadar Hemoglobin Di Wilayah Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013	65

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJN-N) tahun 2005-2025 kesehatan masyarakat merupakan salah satu tujuan yang harus dicapai untuk mewujudkan Bangsa yang memiliki daya saing dalam hal SDM (Sumber Daya Manusia). Pembangunan dan upaya untuk mewujudkan hidup dan perilaku sehat ini terdapat pada sistem kesehatan Nasional yang merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional. Namun untuk mencapai visi dan misi tersebut masih dijumpai permasalahan yang hingga saat ini belum dapat teratasi yaitu tingginya AKI (Bappeda dalam Hardiansyah, 2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Angka kematian ibu juga merupakan salah satu target yang telah ditentukan dalam tujuan pembangunan millennium (MDGs) tujuan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu dengan presentase 102 per 100.000 kelahiran hidup. Tidak hanya itu kebijakan pemerintah daerah Provinsi Sulawesi Selatan yang tertuang dalam rencana pembangunan jangka menengah daerah (RPJMD) Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008-2013 yang ditetapkan berdasarkan perda Nomor:12 tahun 2008 adapun sasaran yang ingin dicapai pada tahun 2011

salah satunya yaitu AKI sebesar 226 per 1000 kelahiran Hidup (Bappeda dalam Hardiansyah, 2012).

Namun dalam realita ditemukan berbagai masalah yang menghambat pencapaian tujuan tersebut dimana setiap tahun diperkirakan 529.000 wanita didunia meninggal sebagai akibat komplikasi yang timbul dari kehamilan dan persalinan, sehingga diperkirakan AKI di seluruh dunia sebesar 400 per 100.000 kelahiran hidup (KH) (WHO, 2003).

Berdasarkan data Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) di Indonesia pada Tahun 2007 AKI diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup, Tahun 2009 226 per 100.000 kelahiran hidup dan Tahun 2010 AKI 226 per 100.000 kelahiran hidup.

Dan berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan diketahui pada Tahun 2006 AKI 101 per 100.000 kelahiran hidup, Tahun 2007 AKI 92 per 100.000 kelahiran hidup, Tahun 2008 AKI 85 per 100.000 kelahiran hidup, Tahun 2009 AKI 78 per 100.000 kelahiran hidup. Tahun 2010 AKI 77 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes, 2011).

Tiga faktor utama penyebab kematian ibu adalah faktor medik (langsung dan tidak langsung), faktor sistem pelayanan (sistem pelayanan antenatal, sistem pelayanan persalinan, dan sistem pelayanan pasca persalinan dan pelayanan kesehatan anak), faktor ekonomi, sosial budaya dan peran serta masyarakat/kurangnya pengenalan masalah, terlambatnya proses pengambilan keputusan, kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan,

pengaruh utama gender, dan peran masyarakat dalam kesehatan ibu dan anak (Ardiansyah dkk., 2006)

Ibu hamil meninggal dunia akibat masih kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya menjaga ibu hamil. Tingginya angka kematian ibu selain menunjukkan derajat kesehatan masyarakat, juga dapat menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat dan kualitas pelayanan kesehatan (Ardiansyah dkk., 2006).

Program kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu program pokok di puskesmas yang mendapat prioritas tinggi, mengingat kelompok ibu hamil, menyusui, bayi, dan anak merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap kesakitan dan kematian. Dalam mengayomi kelompok rentan ini banyak kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas dalam upaya penurunan angka kesakitan dan kematian. Salah satunya melalui kegiatan pelayanan *antenatal care* (ANC) (Depkes RI dalam penelitian Sani, Hadju, M. Thaha, 2009).

Antenatal Care (ANC) sebagai salah satu upaya pencegahan awal dari faktor risiko kehamilan. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) *Antenatal care* untuk mendeteksi dini terjadinya risiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin (Huliana, 2001).

Ibu hamil harus merawat kehamilannya sejak dini dengan memeriksakan diri secara teratur ke dokter atau tenaga medis, menjaga kebersihan dan mengonsumsi makanan yang bergizi karena kebersihan gizi ibu hamil dan pemeriksaan teratur atau *Antenatal Care* mempunyai peranan penting tidak saja

agar persalinan mudah tetapi lebih penting lagi adalah bayi yang dilahirkan dalam kondisi sehat (Huliana, 2001).

Jika ibu hamil tidak melakukan pola hidup sehat dan tidak mengonsumsi makanan yang bergizi, maka dapat berpengaruh terhadap kehamilan. Kondisi kehamilan menjadi melemah dan dapat mengakibatkan infeksi. Infeksi dapat mengakibatkan keguguran dan dampak terhadap janin, sehingga dapat menimbulkan kelainan-kelainan pada bayi yang dilahirkan (Huliana, 2001).

Untuk mengenalkan pola hidup sehat kepada ibu hamil perlu dibuat rumusan peran yang jelas, sederhana dan dapat ditangkap atau dimengerti. Adapun pola hidup sehat pada ibu hamil adalah memelihara kebersihan pribadi, memilih dan menggunakan pakaian dan alas kaki serta memeriksa kehamilan, memilih makanan yang tepat, senggama, melakukan senam kehamilan dan latihan pernafasan, penggunaan obat-obatan tanpa seizin dokter/bidan, menghindari minuman yang beralkohol dan merokok (Huliana, 2001).

Apabila ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, maka tidak akan diketahui apakah kehamilannya berjalan dengan baik atau mengalami keadaan risiko tinggi dan komplikasi obstetri yang dapat membahayakan kehidupan ibu dan janinnya. Dan dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi (Saifuddin, 2002).

Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil merupakan salah satu dari empat masalah gizi terbesar di Indonesia selain Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Vitamin A (KVA), dan Anemia

Zat Gizi Besi (AGB). Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Laporan Survei Departemen Kesehatan-Unicef tahun 2005, menemukan dari sekitar 4 juta ibu hamil, 1 juta diantaranya mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK) dan separuhnya mengalami anemia gizi (Saimin, 2006).

Angka kematian bayi dan ibu serta bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang tinggi pada hakekatnya juga ditentukan oleh status gizi ibu hamil. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (Kurang Energi Kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan ibu dengan berat badan yang normal. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau penambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur kadar Hb (Saimin, 2006).

Sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi khususnya gizi kurang seperti Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia. Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai risiko kesakitan yang lebih besar terutama trisemester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai risiko yang lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi BBLR, kematian saat persalinan, pendarahan, pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan (Saimin, 2006).

Kejadian KEK dan anemia pada ibu hamil umumnya disebabkan karena rendahnya asupan zat gizi ibu selama kehamilan bukan hanya berakibat pada ibu bayi yang dilahirkannya, tetapi juga faktor resiko kematian ibu (Almatsier, 2004).

Konsumsi pangan dipengaruhi oleh karakteristik sosial ekonomi (pendidikan, pendapatan, pengeluaran) dan karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, besar keluarga). Konsumsi pangan merupakan informasi tentang jenis dan jumlah pangan yang dikonsumsi (dimakan) oleh seseorang atau kelompok orang pada waktu tertentu. Konsumsi pangan secara langsung mempengaruhi status gizi seseorang. Selain itu, riwayat kesehatan juga mempengaruhi status gizi (Soekirman, 2000).

Mata pencaharian berhubungan erat dengan akses pangan yang meliputi produksi rumah tangga dan alat untuk memperoleh pendapatan. Mata pencaharian meliputi suatu kemampuan rumah tangga, aset-aset dan aktivitas yang diperlukan untuk menjamin kebutuhan dasar (makanan, tempat tinggal, kesehatan, pendidikan, dan pendapatan) (*World Food Programme*, 2005).

Menurut penelitian sebelumnya penelitian Ramdana (2008) diketahui bahwa 83 responden yang mempunyai pengetahuan cukup tentang ANC (*Antenatal Care*) dan pola konsumsi dengan status gizi normal sebanyak 70 responden (65,4%) sedangkan 71 responden yang mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 4 responden (23,5%) dengan status gizi kurang. Menurut penelitian Halim Surasih (2005) diketahui bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan KEK pada ibu hamil adalah jumlah konsumsi

energi, usia ibu hamil, beban kerja ibu hamil dan pendapatan keluarga serta pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan ibu hamil. Dan penelitian Debby Triwidyastuti (2011) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara ANC dengan status Hemoglobin artinya ibu hamil yang termasuk kelompok ANC beresiko lebih banyak menderita anemia (83,33%) sebesar 6,25 kali dibandingkan kelompok ANC tidak beresiko (44,44%).

Berdasarkan data yang diperoleh dan penelitian-penelitian sebelumnya maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian Gambaran Antenatal Care dan Status Gizi pada Ibu Hamil di Pesisir Tallo Kecamatan Tallo Kota Makassar Tahun 2013.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran *Antenatal care* dan status gizi ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran *Antenatal care* dan status gizi ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tindakan ibu hamil terhadap *Antenatal Care* di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- b. Untuk mengetahui frekuensi kunjungan *Antenatal Care* pada ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- c. Untuk mengetahui kunjungan pertama *Antenatal Care* pada ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- d. Untuk mengetahui tempat pemeriksaan kehamilan atau *Antenatal care* pada ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- e. Untuk menilai asuhan 10T pada ibu hamil terhadap *Antenatal Care* di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- f. Untuk menilai status gizi dengan menggunakan pita LILA pada ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.
- g. Untuk menilai status gizi anemia dengan menggunakan alat ukur Hb pada ibu hamil di wilayah pesisir Tallo kecamatan Tallo kota Makassar tahun 2013.

D. Manfaat Penelitian

1. Instusi Pendidikan

Sebagai bahan referensi menambah kepustakaan dan bahan masukan bagi peneliti selanjutnya.

2. Instusi Kesehatan

Sebagai masukan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan terhadap ibu hamil.

3. Bagi Penulis

Sebagai proses pembelajaran dan pengaplikasian teori serta menambah pengetahuan, pengalaman tentang gizi terkhusus ibu hamil.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan terjadi ketika sperma berhasil membuahi ovum yang telah matang, kemudian hasil konsepsi tersebut akan bernidasi pada dinding depan atau belakang uterus. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Bila lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postamur, sedangkan kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut premature (Kasdu, 2004).

Masa kehamilan merupakan periode yang sangat penting bagi pembentukan kualitas sumber daya manusia dimasa yang akan datang, karena tumbuh kembang anak akan sangat ditentukan oleh kondisi pada saat janin dalam kandungan. Selanjutnya berat lahir yang normal menjadi titik awal yang baik bagi proses tumbuh kembang pasca lahir, serta menjadi petunjuk bagi kualitas hidup selanjutnya, karena berat lahir yang normal dapat menurunkan risiko menderita penyakit degeneratif pada usia dewasa. Bayi dengan berat lahir yang rendah, di masa dewasanya akan mempunyai risiko terkena penyakit jantung koroner, diabetes, stroke dan hipertensi (Kasdu, 2004).

2. Diagnosa Kehamilan

Menurut Wikjhosastro (2002) pada wanita hamil dapat diagnosis secara klinis yaitu dengan ditemukannya adanya tanda atau gejala antara lain sebagai berikut :

- a. Amenorea. Gejala ini penting karena umumnya wanita hamil tidak haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya ditentukan tuanya kehamilan dan dapat diperkirakan persalinan akan terjadi.
- b. Nausea dan emesis. Umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan.
- c. Mengidam. Sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d. Pingsan. Sering dijumpai bila berada ditempat-tempat ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ketempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan.
- e. Sering kencing karena kandung kemih pada bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar.
- f. Mamma menjadi tegang dan membesar oleh karena pengaruh estrogen dan progesterone.
- g. Varises sering dijumpai pada trimester terakhir.

Menurut Marshall (2000), adapun diagnose kehamilan yaitu :

- a. Dapat diraba kemudian dikenal bagian-bagian janin.
- b. Dapat dicatat dan didengar bunyi jantung janin.
- c. Dapat dirasakan gerakan janin.

3. Umur Kehamilan.

Menurut Marshall (2000), ditinjau dari tuanya kehamilan maka kehamilan dibagi dalam tiga bagian :

- a. Kehamilan trimester pertama yaitu kehamilan antara 0 sampai 12 minggu.
Pada trimester pertama organ janin mulai dibentuk.
- b. Kehamilan trimester kedua yaitu kehamilan antara 12 sampai 28 minggu.
Dalam trimester kedua ini organ telah terbentuk tapi belum sempurna.
- c. Kehamilan trimester ketiga yaitu kehamilan 28-40 minggu. Janin yang dilahirkan pada trimester ketiga adalah viable (dapat hidup).

Menurut Mochtar, (1998) faktor non-medis dan faktor medis yang dapat mempengaruhi kehamilan adalah :

a. Faktor non medis antara lain :

Status gizi buruk, sosial ekonomi yang rendah, kemiskinan, ketidaktahuan, adat, tradisi, kepercayaan, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan kehamilan secara teratur, fasilitator dan sarana kesehatan yang serba kekurangan merupakan faktor non medis yang banyak terjadi terutama dinegara-negara berkembang yang berdasarkan penelitian ternyata sangat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas

b. Faktor medis antara lain :

Penyakit-penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi persalinan.

Menurut Saifuddin (2002) adapun faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan kehamilan :

1) Usia

a) Usia < 20 tahun (terlalu muda untuk hamil)

Yang dimaksud dengan terlalu muda untuk hamil adalah hamil pada usia < 20 tahun. Pada usia < 20 tahun secara fisik kondisi rahim dan panggul belum berkembang optimal, sehingga dapat mengakibatkan risiko kesakitan dan kematian pada kehamilan dan dapat menyebabkan pertumbuhan serta perkembangan fisik ibu terhambat.

b) Usia 20 - 35 tahun (usia reproduksi)

Usia ibu sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi. Dalam kurun waktu reproduksi sehat diketahui bahwa usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20 - 35 tahun, dimana organ reproduksi sudah sempurna dalam menjalani fungsinya.

c) Usia > 35 tahun (terlalu tua untuk hamil)

Yang dimaksud dengan terlalu tua adalah hamil diatas usia 35 tahun, kondisi kesehatan ibu dan fungsi berbagai organ dan sistem tubuh diantaranya otot, syaraf, endokrin dan reproduksi mulai menurun. Pada usia lebih dari 35 tahun terjadi penurunan curah jantung yang disebabkan kontraksi miokardium. Ditambah lagi dengan tekanan darah dan penyakit lain yang melemahkan kondisi ibu, sehingga dapat mengganggu sirkulasi darah ke janin yang berisiko meningkatkan komplikasi medis pada kehamilan, antara lain : keguguran, eklamsia dan perdarahan.

2) Paritas

Paritas merupakan salah satu faktor resiko pada kehamilan. Kehamilan risiko tinggi lebih banyak terjadi pada multipara dan grandemultipara, dimana pada multipara dan grandemultipara keadaan endometrium pada daerah korpus uteri sudah mengalami kemunduran dan berkurangnya vaskularisasi. Hal ini terjadi karena degenerasi dan nekrosis pada bekas luka implantasi plasenta pada kehamilan sebelumnya di dinding endometrium. Adanya kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah endometrium menyebabkan daerah tersebut menjadi tidak subur dan tidak siap menerima hasil konsepsi, sehingga pemberian nutrisi dan oksigenisasi kepada hasil konsepsi kurang maksimal dan mengganggu sirkulasi darah ke janin. Hal ini akan berisiko pada kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2002).

Sulaiman (1983) dalam Manuaba (2002) mengklasifikasikan paritas adalah sebagai berikut :

- a) Primipara : Seorang yang telah melahirkan seorang anak matur atau prematur
- b) Multipara : Seorang wanita yang telah melahirkan lebih dari satu anak
- c) Grandemulti adalah seorang wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih.

Menurut Wiknjastro (2005), paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas tinggi (lebih dari 3) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Makin tinggi paritas ibu maka makin kurang baik endometriumnya. Hal ini diakibatkan oleh vaskularisasi yang berkurang ataupun perubahan atrofi pada desidua akibat

persalinan yang lampau sehingga dapat mengakibatkan terjadinya plasenta previa.

3) Jarak Kehamilan

Menurut Manuaba (2002), jarak adalah selang waktu antara dua peristiwa, ruang antara dua objek bagian. Jarak adalah masa antara dua kejadian yang berkaitan.

a) Kehamilan dengan jarak < 3 tahun

Pada kehamilan dengan jarak < 3 tahun keadaan endometrium mengalami perubahan. Perubahan ini berkaitan dengan persalinan sebelumnya yaitu timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta.

Adanya kemunduran fungsi dan berkurangnya vaskularisasi pada daerah endometrium pada bagian korpus uteri mengakibatkan daerah tersebut kurang subur sehingga kehamilan dengan jarak < 3 tahun dapat menimbulkan kelainan yang berhubungan dengan letak dan keadaan plasenta.

b) Kehamilan dengan jarak 3-5 tahun

Pada kehamilan dengan jarak > 3-5 tahun keadaan endometrium yang semula mengalami thrombosis dan nekrosis karena pelepasan plasenta dari dinding endometrium (korpus uteri) telah mengalami pertumbuhan dan kemajuan endometrium. Dinding-dinding endometrium mulai regenerasi dan sel epitel kelenjar-kelenjar endometrium mulai berkembang. Bila pada saat

ini terjadi kehamilan endometrium telah siap menerima sel-sel dan memberikan nutrisi bagi pertumbuhan sel telur.

c) Kehamilan dengan jarak > 5 tahun

Pada kehamilan dengan jarak > 5 tahun sel telur yang dihasilkan sudah tidak baik, sehingga bisa menimbulkan kelainan-kelainan bawaan seperti sindrom down dan pada saat persalinan pun berisiko terjadi perdarahan post partum. Hal ini disebabkan otot-otot rahim tidak selentur dulu, hingga saat harus mengkerut kembali bisa terjadi gangguan yang berisiko seperti *haemorrhagic post partum* (HPP), dan risiko terjadi pre eklamsia dan eklamsia juga sangat besar karena terjadi kerusakan sel-sel endotel.

B. Tinjauan Tentang Antenatal Care

1. Pengertian *Antenatal Care*

Status kesehatan baik bayi dan ibu dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk berat badan dan tinggi badan ibu sebelum kehamilan, statusnya gizi dan kesehatan sebelum dan selama kehamilan, perawatan antenatal dan konseling (Tayie, 2008).

Angka kematian bayi telah menunjukkan penurunan yang stabil dalam beberapa tahun terakhir tetapi gradien sosial ekonomi ditandai berlanjut. Perawatan antenatal umumnya dianggap metode yang efektif untuk meningkatkan hasil kehamilan, tetapi efektivitas spesifik program perawatan antenatal sebagai sarana untuk mengurangi kematian bayi dalam kelompok

sosioekonomi kurang beruntung dan rentan perempuan belum dievaluasi secara mendalam (Hollowell, 2011).

Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Wiknjosastro, 2002).

Perawatan antenatal yang tepat merupakan salah satu pilar dari Inisiatif *Safe Motherhood*, upaya seluruh dunia diluncurkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan lembaga berkolaborasi lainnya pada tahun 1987 bertujuan untuk mengurangi jumlah kematian yang terkait dengan kehamilan dan *childbirth*. Ini menyoroti perawatan antenatal ibu sebagai unsur penting dalam kesehatan ibu sebagai perawatan yang tepat akan mengakibatkan hasil kehamilan yang sukses dan bayi yang sehat (Rosliza, 2011).

Dalam kehamilan penting dalam menyediakan skrining yang tepat, pendidikan, layanan pencegahan dan pengobatan komplikasi maternal atau janin. Memaksimalkan akses ke perawatan kehamilan merupakan elemen kunci dari strategi kesehatan masyarakat untuk meningkatkan inisiasi dini dan pemanfaatan yang tepat dari perawatan pralahir untuk meningkatkan hasil kehamilan. Pemanfaatan perawatan prenatal diketahui bervariasi lintas-sectional dengan karakteristik sosiodemografi, terutama ras/etnis, pendidikan, usia, dan status perkawinan (Charles, 2008).

Dimulainya pelayanan antenatal difokuskan sebelum memasuki minggu ke 14 kehamilan. Hal ini dimulai dengan pendidikan awal kesehatan dan

konseling mengenai perubahan fisiologis yang terjadi, serta komplikasi kehamilan yang mungkin terjadi (Ghana, 2010).

2. Tujuan *Antenatal Care*

Menurut Depkes RI (2004) tujuan *Antenatal Care* (ANC) adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilannya, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat.

Menurut Manuaba (2005) tujuan *Antenatal Care* (ANC) adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas, sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

3. Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009) :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan dilakukan setiap kali ibu hamil memeriksakan diri, karena hubungannya erat dengan penambahan berat badan lahir bayi. Tinggi badan hanya diukur pada kunjungan pertama. Ibu dengan tinggi <145cm perlu diperhatikan kemungkinan panggul sempit sehingga menyulitkan pada saat persalinan.

2. Pemeriksaan tekanan darah

Pengukuran tekanan darah harus dilakukan secara rutin dengan tujuan untuk melakukan deteksi dini terhadap terjadinya preeklamsi. Apabila tekanan darah mengalami kenaikan 15 mmHg dalam dua kali pengukuran

dengan jarak 1 jam atau tekanan darah $> 140/90$ mmHg, maka ibu hamil mengalami preeklamsi.

3. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)

Pengukuran Lingkaran Lengan Atas atau LILA digunakan untuk menentukan status gizi pada ibu hamil dimana untuk mendeteksi dini adanya Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil. Dikatakan ibu hamil menderita KEK jika ukuran LILANYA $< 23,5$ cm dan berpotensi melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan secara rutin untuk mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin. Indikator pertumbuhan janin intrauterin, tinggi fundus uteri juga dapat digunakan untuk mendeteksi terhadap terjadinya mola hidatidosa, janin ganda atau hidramnion.

5. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Tujuan pemantauan janin adalah untuk mendeteksi dini ada atau tidaknya faktor-faktor resiko kematian prenatal tersebut (hipoksia/asfiksia, gangguan pertumbuhan, cacat bawaan dan infeksi).

Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil. Hal ini dilakukan untuk memantau janin. Denyut jantung janin baru dapat didengar pada kehamilan 16 minggu/4 bulan.

6. Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT).

Pemberian imunisasi TT untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus.

Tabel 2.1. Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Antigen	Interval Selang (waktu minimal)	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal care pertama	-	-
TT2	4 bulan setelah TT1	3 tahun*	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Keterangan: *artinya apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari TN (Tetanus Neonatorum)

7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet tambah darah dimulai setelah rasa mual hilang satu tablet setiap hari, minimal 90 tablet. Tiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg. Tablet besi sebaiknya tidak minum bersama kopi, teh karena dapat mengganggu penyerapan.

8. Test laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan hemoglobin, protein urine, gula darah, dan hepatitis B. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok perilaku terhadap HIV, sifilis, malaria, tuberculosis, cacingan dan thalasemia

9. Temu wicara (konseling)

Konseling disini memberikan penyuluhan sesuai dengan kebutuhan seperti perawatan diri selama hamil, perawatan payudara, gizi ibu hamil, tanda - tanda bahaya kehamilan dan janin sehingga ibu dan keluarga

dapat segera mengambil keputusan dalam perawatan selanjutnya dan mendengarkan keluhan yang disampaikan. Konseling termasuk juga Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

10. Tata laksana kasus.

4. Kunjungan *Antenatal Care*

Menurut Departemen Kesehatan RI (2002), kunjungan ibu hamil adalah kontak antara ibu hamil dengan petugas kesehatan yang memberikan pelayanan antenatal standar untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan. Istilah kunjungan disini dapat diartikan ibu hamil yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan atau sebaliknya petugas kesehatan yang mengunjungi ibu hamil di rumahnya atau posyandu. Kunjungan ibu hamil dilakukan secara berkala yang dibagi menjadi beberapa tahap, seperti :

a. Kunjungan ibu hamil yang pertama (K1)

Kunjungan K1 adalah kontak ibu hamil yang pertama kali dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan trimester I, dimana usia kehamilan 1 sampai 12 minggu.

b. Kunjungan ibu hamil yang keempat (K4)

Kunjungan K4 adalah kontak ibu hamil yang keempat atau lebih dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan dan pelayanan kesehatan pada trimester III, usia kehamilan > 24 minggu.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama masa kehamilan dengan distribusi kontak sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada trimester I (K1), usia kehamilan 1-12 minggu
- b. Minimal 1 kali pada trimester II, usia kehamilan 13-24 minggu
- c. Minimal 2 kali pada trimester III, (K3-K4), usia kehamilan > 24 minggu.

C. Tinjauan Umum tentang Status Gizi

A. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah suatu keadaan kesehatan inividu atau kelompok-kelompok yang ditentukan oleh derajat fisik akan energy dan zat zat gizi lainnya yang diperoleh dari pangan dan makanan yang dampak fisiknya data diukur secara antropometri (Almatsier 2004).

Menurut Soetjaningsih (2001) dalam Supariasa (2001), status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi ibu buruk, baik sebelum hamil maupun selama masa kehamilan akan menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR). Disamping itu akan mengakibatkan pertumbuhan otak terganggu, anemia pada bayi baru lahir, mudah terinfeksi, abortus. Kondisi anak yang lahir dari ibu yang kekurangan gizi dan hidup dalam lingkungan gizi dan mudah terkena penyakit infeksi.

B. Penilaian Status Gizi

Pada saat hamil, menurut Supariasa (2001) status gizi seseorang penting diperhatikan mengingat pengaruhnya terhadap kesehatan saat hamil

dan terhadap tumbuh kembang janin. Status gizi ibu hamil dapat dilihat dari tiga hal yaitu :

a. Berat badan

Untuk melihat status gizi dari berat pada saat hamil dengan melihat pertambahannya setiap bulan. Idealnya memang bila pertambahan itu disesuaikan dengan berat badan ibu sebelum hamil, apakah termasuk kurus, normal, atau kegemukan. Namun yang penting ibu hamil harus menunjukkan peningkatan berat badan.

b. Ukuran LILA

Status gizi ibu hamil dapat diketahui dengan mengukur ukuran lingkaran lengan atas, bila kurang dari 23,5 cm maka ibu hamil tersebut termasuk KEK, ini berarti sudah mengalami keadaan kurang gizi dalam jangka waktu yang telah lama.

c. Penilaian Konsumsi Makanan.

Penilaian konsumsi makanan digunakan untuk menentukan jumlah dan sumber zat gizi yang dimakan. Hal ini dapat membantu menunjukkan zat gizi yang tersedia atau yang dikonsumsi cukup atau kurang. Penilaian konsumsi makanan dapat dilakukan dengan survey yang bertujuan baik secara kualitatif maupun kuantitatif.

C. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Banyak penelitian dan intervensi di negara-negara berpenghasilan bertujuan untuk memastikan status gizi optimal dan kesehatan pada ibu hamil dan bayi yang akan dilahirkan. Namun salah satu faktor penting dalam mencapai status gizi optimal pada ibu hamil adalah memadainya asupan selama kehamilan (Morse, 1975). Pada tahap kehamilan seorang ibu hamil membutuhkan makanan dengan kandungan zat gizi yang berbeda dan disesuaikan dengan kondisi tubuh dan perkembangan janin (Surasih, 2006).

Di Negara berkembang memiliki sedikit variasi dalam asupan makanan sehari-harinya. Hal ini telah ditemukan dalam beberapa penelitian yang mengatakan bahwa sumber-sumber variasi dalam asupan makanan di Negara berkembang lebih rendah dibandingkan di negara maju (Nyambose, 2002).

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung (Ojofeitimi, 2008).

Ibu hamil berhubungan dengan proses pertumbuhan, yaitu pertumbuhan janin yang dikandung dengan pertumbuhan organ tubuh sebagai pelindung proses kehamilan. Untuk mendukung berbagai proses pertumbuhan tersebut, maka kebutuhan makanan sumber energy meningkat. Apabila kebutuhan kalori yang meningkat tersebut, tidak dapat dipenuhi melalui konsumsi makanan oleh ibu hamil, maka akan terjadi Kurang Energi Kronik (KEK) (Lubis, 2003).

Kurang energi kronik dapat didefinisikan dengan keadaan dimana ibu menderita keadaan kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu. KEK pada ibu hamil merupakan manifestasi dari masalah gizi mikro yaitu masalah gizi yang utamanya disebabkan oleh kekurangan atau ketidakseimbangan (Soekirman, 2000). Wanita yang memiliki asupan energi yang rendah umumnya memiliki asupan rendah semua nutrisi kecuali vitamin A dan C (Bowering, 1980). Kekurangan asupan zat gizi mikro pada ibu hamil yang paling umum adalah asam folat, thiamin, dan riboflavin (Hunt, 1976). Ibu hamil yang menderita KEK pada umumnya yang terjadi pada keluarga miskin. Dari penelitian Bailey di Gunung Kidul (1960) diketahui bahwa penduduk yang makanannya pokoknya campuran singkong dan beras atau jagung tetapi dalam jumlah yang tidak mencukupi dapat beresiko mengalami KEP atau KEK dengan badan kurus tetapi tidak terdapat oedema (Soekirman, 2000).

WHO memperkenalkan beberapa istilah untuk KEP (pada orang dewasa) tergantung pada jenis penyebabnya dan ukuran yang dipakai. Salah satunya adalah KEK (Kurang Energi Kronik) yang terjadi akibat kurang energi yang lebih menonjol daripada kurang protein. Selain berat badannya rendah bila dibandingkan dengan tinggi badannya, ciri penderita KEK tidak dapat aktif bergerak dan kurang makan (lapar) (Soekirman, 2000).

Ibu hamil yang menderita KEK mempunyai resiko kematian ibu mendadak pada masa perinatal atau resiko melahirkan bayi dengan berat

lahir rendah. Bayi dengan BBLR adalah salah satu manifestasi dari ibu hamil yang menderita kurang energy kronis dan akan mempunyai status gizi buruk. Bayi BBLR mempunyai resiko lebih tinggi untuk meninggal dalam lima tahun pertama kehidupan. Mereka yang dapat bertahan hidup dalam lima tahun pertama akan mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami hambatan dalam kehidupan jangka panjangnya (Lubis, 2003).

Tindakan yang dilakukan pada ibu hamil KEK adalah dengan menambah makanan lebih besar dari biasanya sebelum hamil, istirahat lebih banyak, dan periksa kehamilan secara teratur. Selain memberikan konseling pada ibu hamil tentang pentingnya gizi ibu, pemeriksaan dan pemeliharaan kesehatan selama kehamilan (Lubis, 2003).

D. Anemia

Anemia adalah merupakan suatu keadaan kadar Hemoglobin (Hb) didalam darah lebih rendah dari normalnya dan merupakan manifestasi akhir dari kekurangan zat besi yang sebelumnya didahului oleh deplesi persediaannya. Semakin berat kekurangan zat besi yang terjadi akan semakin berat pula anemia yang diderita. Rendahnya kadar Hb itu dapat dilihat apabila bagian dalam kelopak mata terlihat berwarna pucat. Anemia bisa juga berarti suatu kondisi ketika terdapat defisiensi ukuran atau jumlah eritrosit atau kandungan Hemoglobin. Ketidalcukupan zat besi dapat diakibatkan oleh berkurangnya pemasukan zat besi, berkurangnya sediaan zat besi dalam makanan, meningkatnya kebutuhan akan zat besi atau kehilangan darah yang kronis. Bila semua hal tersebut berlangsung lama,

maka defisiensi zat besi akan menimbulkan anemia (Citra Kesumasari (2000) dalam Triwidyastuti(2011)

Anemia defisiensi sebagai suatu keadaan dimana konsentrasi Hemoglobin (Hb) dalam darah ibu hamil lebih rendah dari normal sebagai akibat ketidakmampuan jaringan pembentuk sel darah merah dalam produksinya guna mempertahankan kadar Hemoglobin pada tingkat normal (WHO dalam Triwidyastuti(2011)).

Tabel 2.2.Nilai Cut Off Points Kategori Anemia

Kelompok Umur	Nilai (gr/dl)
Anak Usia 6 Bulan – 5 Tahun	11,0
Anak Usia 5 – 11 Tahun	11,5
Anak Usia 12 – 13 Tahun	12,0
Wanita Dewasa	12,0
Wanita Hamil	11,0
Laki – laki.	13,0

Sumber:Indicators for Assesing iron Deficency and Strategis for its Prevention WHO/UNICEF, UNU, 2010.

Anemia sering dijumpai dalam kehamilan. Oleh karena itu apabila pada wanita dewasa tidak hamil batas Hb normal yang dipakai menurut WHO adalah 12,0 gr/dl, maka pada ibu hamil WHO menetapkan batas yang lebih rendah yaitu 11,0 gr/dl. Jadi ibu hamil dengan kadar hemoglobin kurang dari 11,0 gr/dl dinyatakan anemia anemia (Dep. Gizi dan Kesmas FKM UI, 2010).

Penurunan kadar hemoglobin yang dijumpai selama kehamilan pada wanita sehat yang tidak mengalami defisiensi besi atau folat disebabkan oleh penambah volume plasma yang relatif lebih besar daripada penambahan massa hemoglobin dan volume sel darah merah. Ketidakseimbangan antara

kecepatan penambahan plasma dan penambahan eritrosit ke dalam sirkulasi ibu biasanya memuncak pada trimester kedua. Pada kehamilan tahap selanjutnya, ekspansi plasma pada dasarnya berhenti sementara massa hemoglobin terus meningkat (Dep. Gizi dan Kesmas FKM UI, 2010).

Selama masa nifas, tanpa adanya kehilangan darah berlebihan, konsentrasi hemoglobin tidak banyak berbeda dibanding konsentrasi sebelum melahirkan. Setelah melahirkan, kadar hemoglobin biasanya berfluktuasi sedang disekitar kadar pra persalinan selama beberapa hari dan kemudian meningkat ke kadar yang lebih tinggi daripada kadar tidak hamil. Kecepatan dan besarnya peningkatan pada awal masa nifas ditentukan oleh jumlah hemoglobin yang bertambah selama kehamilan dan jumlah darah yang hilang saat kelahiran serta dimodifikasi oleh penurunan volume plasma selama masa nifas (Dep. Gizi dan Kesmas FKM UI, 2010).

Walaupun sedikit lebih sering dijumpai pada wanita hamil dari kalangan kurang mampu, anemia tidak terbatas hanya pada mereka. Frekuensi anemia selama kehamilan sangat bervariasi, terutama bergantung pada apakah selama hamil wanita yang bersangkutan mendapat suplemen besi (Dep. Gizi dan Kesmas FKM UI, 2010).

Penyebab faktor resiko anemia dalam kehamilan yang sebagian besar adalah anemia defisiensi besi, pada umumnya adalah sebagai berikut:

- a. Bioavailabilitas zat besi yang dikonsumsi rendah
- b. Kurang gizi (Malnutrisi)
- c. Malabsorpsi
- d. Peningkatan kebutuhan zat gizi selama hamil

- e. Kehilangan darah yang banyak pada saat persalinan
- f. Penyakit kronik seperti TBC, cacing usus, malaria, dll
- g. Terjadinya pengenceran darah selama kehamilan.

Menurut WHO anemia pada ibu hamil diklasifikasikan berdasarkan kadar Hb yang dibagi sebagai berikut:

- a. Normal : 11,0 gr/dl atau lebih
- b. Anemia Ringan : 8 – 10 gr/dl
- c. Anemia Berat : < 8 gr/dl

Anemia dapat dicegah dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Zat besi dapat diperoleh dengan cara mengkonsumsi daging (terutama daging merah) seperti daging sapi. Zat besi juga dapat ditemukan pada sayuran berwarna hijau gelap seperti bayam dan kangkung, buncis, kacang polong, serta kacang – kacangan. Perlu diperhatikan bahwa zat besi yang terdapat pada daging lebih mudah diserap tubuh daripada zat besi pada sayuran atau pada makanan olahan seperti sereal yang diperkuat dengan zat besi (Dep. Gizi dan Kesmas FKM UI, 2010).

D. Tinjauan Umum Tentang Pesisir

Berdasarkan Keputusan Menteri Kelautan dan Perikanan Nomor: KEP.10/MEN/2002 tentang Pedoman Umum Perencanaan Pengelolaan Pesisir Terpadu, Wilayah Pesisir didefinisikan sebagai wilayah peralihan antara ekosistem darat dan laut yang saling berinteraksi, dimana ke arah laut 12 mil dari garis pantai untuk propinsi dan sepertiga dari wilayah laut itu

(kewenangan propinsi) untuk kabupaten/kota dan ke arah darat batas administrasi kabupaten/kota (Wahyudin, 2011).

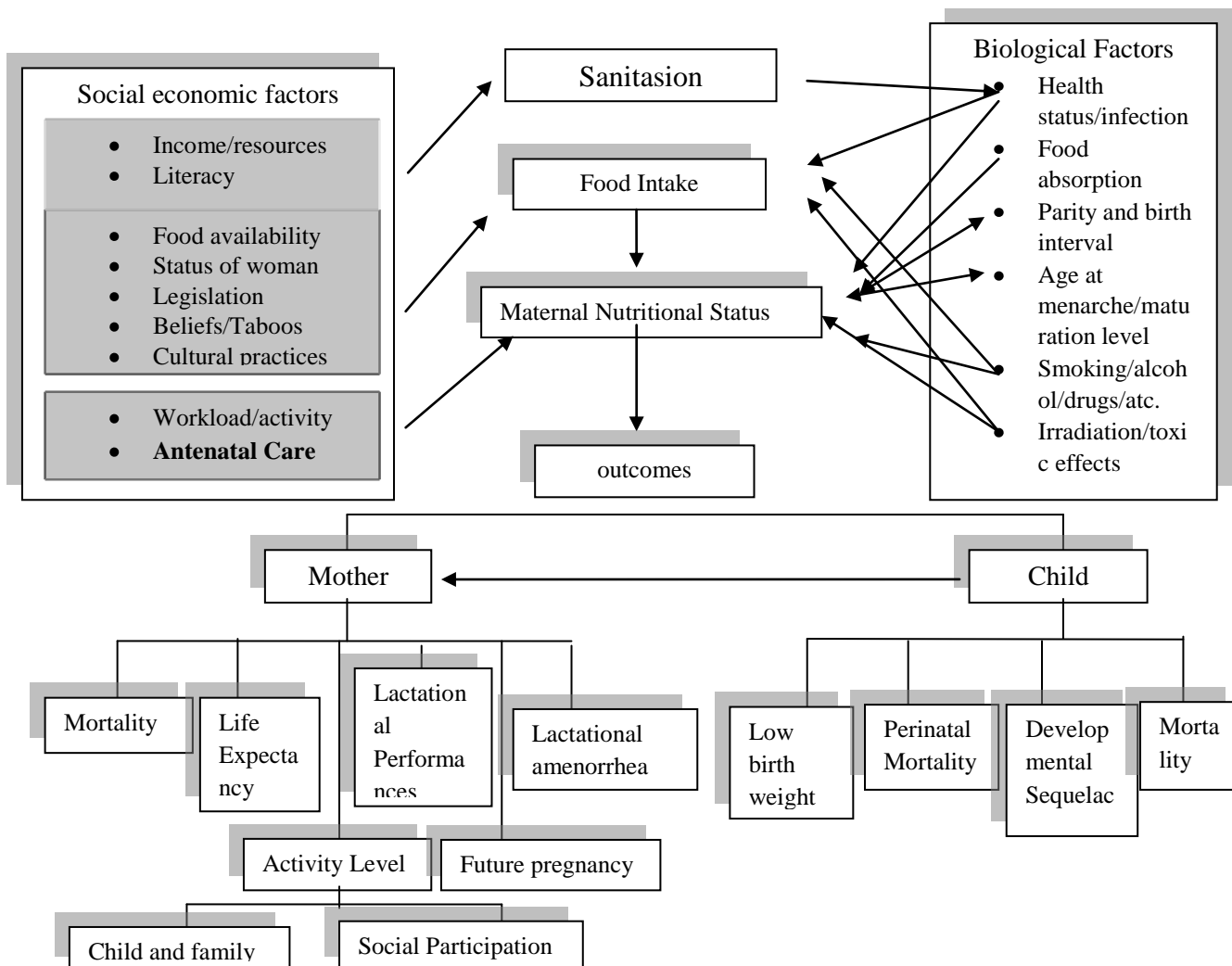
Masyarakat di pesisir pantai secara umum merupakan nelayan tradisional dengan penghasilan pas-pasan, dan tergolong keluarga miskin yang disebabkan oleh faktor alamiah, yaitu semata-mata bergantung pada hasil tangkapan dan bersifat musiman, serta faktor non alamiah berupa keterbatasan teknologi alat penangkap ikan, sehingga berpengaruh terhadap pendapatan keluarga (Wahyudin, 2011).

Secara ekologis wilayah pesisir adalah suatu kawasan yang merupakan wilayah peralihan antara laut dan daratan. Wilayah pesisir mencakup bagian laut yang masih dipengaruhi oleh proses-proses alami yang terjadi di darat seperti sedimentasi dan aliran air tawar, maupun yang disebabkan oleh kegiatan manusia seperti penggundulan hutan dan pencemaran. Wilayah pesisir ke arah daratan, baik yang kering maupun terendam air masih dipengaruhi sifat-sifat laut seperti pasang surut, angin laut dan perembesan air asin (Mahmud, 2007).

Wilayah pesisir merupakan kawasan yang mempunyai karakteristik, problem yang unik dan kompleks. Lingkungan permukiman nelayan di kawasan pesisir pada umumnya merupakan kawasan kumuh dengan tingkat pelayanan akan pemenuhan kebutuhan prasarana dan sarana dasar lingkungan yang sangat terbatas, khususnya keterbatasan untuk memperoleh pelayanan sarana air bersih, drainase dan sanitasi, serta prasarana dan sarana untuk mendukung kesehatan (Mahmud, 2007).

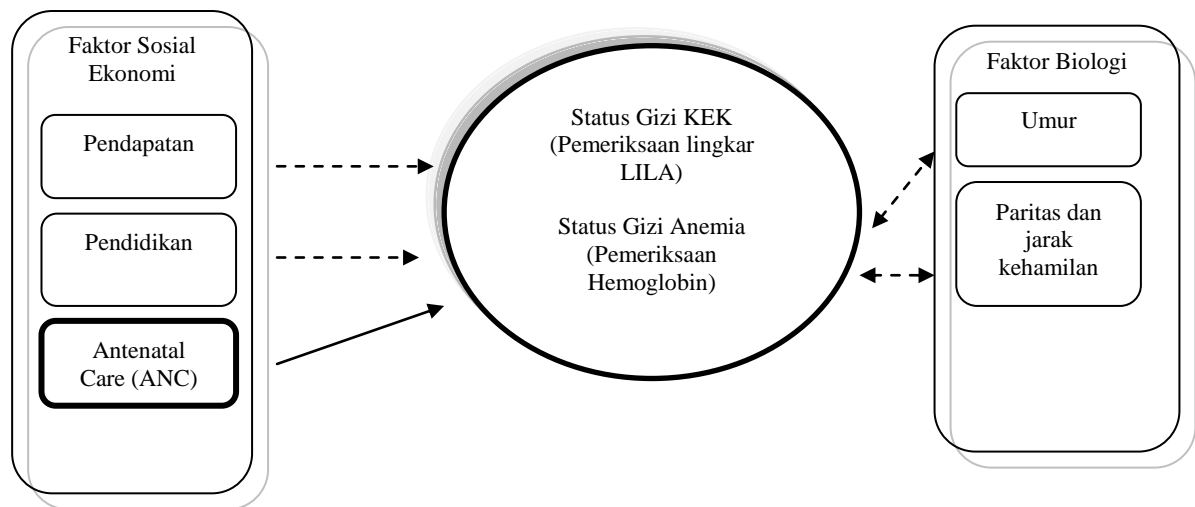
E. Kerangka Teori

Influences on and outcomes of maternal nutritional status







(Modified from Hefuender Y: maternal and young child nutrition, paris 1983, UNESCO and Hermawan,2006)

F. Kerangka Konsep



Keterangan :

-  : Variabel Independent
-  : Variabel Dependent
-  : Variabel yang diteliti
-  : Variabel yang tidak diteliti

G. Defenisi Operasional dan Kerangka Objektif

1. Antenatal Care adalah Pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalisasi kesehatan mental dan fisik ibu hamil sehingga mencegah/mengurangi kesakitan dan kematian maternal dan perinatal.

a. Perilaku *Antental Care*

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak Dilakukan

b. Frekuensi Kunjungan Antenatal Care :

Kriteria Objektif :

- a. Kurang dari standar minimal
- b. Cukup sesuai standar minimal
- c. Lebih dari standar minimal

c. Kunjungan pertama Antenatal care

Kriteria Objektif :

- a. Trimester I
- b. Trimester II
- c. Trimester III

d. Tempat Pemeriksaan Antenatal Care

Kriteria Objektif :

- a. Puskesmas
- b. Dokter
- c. Rumah Sakit
- d. Bidan

e. Asuhan 10 T.

Adapun 10 T dalam *Antenatal Care* yaitu :

1. Penimbangan BB& Ukur Tinggi Badan

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

2. Pemeriksaan Tekanan Darah

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

3. Ukur Lingkar Lengan Atas

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

5. Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

6. Pemberian tablet FE

Kriteria Objektif :

- a. Dikonsumsi
- b. Tidak dikonsumsi

7. Test Laboratorium

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

8. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

9. Konseling terkait perawatan selama masa kehamilan dan Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (PK4) serta KB paska persalinan

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

10. Tata laksana kasus.

Kriteria Objektif :

- a. Dilakukan
- b. Tidak dilakukan

Sumber: Depkes RI(2009)

2. Status Gizi

adalah suatu keadaan gizi ibu hamil yang dapat ditentukan berdasarkan suatu standar.

a. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Suatu keadaan gizi ibu hamil yang dapat ditentukan dengan mengukur Lingkar Lengan Atas(LILA) dengan menggunakan pita LILA.

Kriteria Objektif:

Normal : Bila hasil pengukuran LILA ibu hamil $> 23,5$ cm

KEK : Bila hasil pengukuran LILA ibu hamil $< 23,5$ cm

Sumber : Supriasa (2000)

b. Anemia

Suatu keadaan gizi ibu hamil yang dapat ditentukan dengan mengukur kadar Hb pada ibu hamil.

Kriteria Objektif :

a. Normal : 11,0 gr/dl atau lebih

b. Anemia Ringan : 8 – 10 gr/dl

c. Anemia Berat : < 8 gr/dl

Sumber: World Health Organisation (2011)