

PENDAMPINGAN KADER KESEHATAN MENINGKATKAN BERAT BADAN DAN MENCEGAH KEKURANGAN ENERGI KRONIS (KEK) IBU HAMIL TRIMESTER II

The Effect of Health Cadre Assistance on Weight and Prevention of Chronic Energy Deficiency (CED) of Trimester II Pregnant Women

Atik Hodikoh¹, Eti Surtiati¹, Hilmi Yumi², Meirina Meirina¹

¹Program Studi Keperawatan Bogor, Poltekkes Kemenkes Bandung, Bogor, Indonesia

²Jurusan Keperawatan Surabaya, Poltekkes Kemenkes Surabaya, Surabaya,
Indonesia

*Email: umihiban@gmail.com

ABSTRACT

Chronic Energy Deficiency (CED) is a condition of the mother who experiences a lack of energy and protein that lasts for many years (chronic) which is characterized by Upper Arm Circumference (MUAC)<23.5 cm and looks thin. Women with MUAC<23,5 cm are at risk of giving birth to children with *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR), Low Birth Weight (LBW), and stunting. The prevalence of pregnant women in SEZs in 2023 is 16.9%. Efforts need to be made to improve the nutritional status of pregnant women with SEZs, including providing nutrition education, monitoring pregnant women' health, and assistance by health cadres. The study aimed to determine the effect of health cadre assistance on weight and prevention of CED in second-trimester pregnant women. The research method used was *Quasi experiment with control group*. The sample was 58 second-trimester pregnant women in the intervention group and 60 pregnant women in the control group. The analyses that will be used independent sample t-tests, and paired t-tests. The results showed increase in the value of knowledge by 24.7(intervention group) and 1.24(control group). There was an increase in attitude values 1.09 in intervention group and 0.45 in control group. The weight gain in the intervention group was 0.31 kg greater than the control group and there was an increase in MUAC in the intervention group of 0.79 cm. It can be concluded that there was a significant influence on the weight ($p=0.033$), LILA (0.047), attitude and knowledge($p=0.072$) of second-trimester pregnant women after being assisted by health cadres.

Keywords: health cadres, mentoring, second-trimester pregnant women, SEZ, weight gain

ABSTRAK

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kondisi ibu yang mengalami kekurangan energi dan protein yang berlangsung bertahun-tahun yang ditandai dengan LILA <23,5 cm dan tampak kurus. Wanita dengan LILA <23,5 cm berisiko melahirkan anak dengan *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR), Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan stunting. Prevalensi ibu hamil KEK pada tahun 2023 16,9%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendampingan kader kesehatan terhadap berat badan dan pencegahan KEK pada ibu hamil trimester kedua. Metode digunakan adalah *Quasi percobaan dengan kelompok kontrol*. Sampel adalah 58 wanita hamil trimester kedua dalam kelompok intervensi dan 60 wanita hamil pada kelompok kontrol. Analisis yang digunakan adalah uji t independen, uji t berpasangan. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan nilai pengetahuan sebesar 24,7(kelompok intervensi) dan 1,24 (kelompok kontrol). Ada peningkatan nilai sikap sebesar 1,09 pada kelompok intervensi) dan 0,45 pada kelompok kontrol. Peningkatan berat badan pada kelompok intervensi lebih besar 0,31 kg daripada kelompok kontrol dan terdapat peningkatan LILA pada kelompok intervensi sebesar 0,79 cm. Dapat disimpulkan, ada pengaruh yang signifikan terhadap

berat badan ($p=0,033$), LILA($0,047$), sikap dan pengetahuan ($p=0,072$) ibu hamil pada trimester kedua setelah diberikan bantuan oleh kader kesehatan.

Kata kunci: berat badan, ibu hamil trimester II, kader kesehatan, KEK, pendampingan

PENDAHULUAN

Masa kehamilan merupakan masa dimana terjadi peningkatan akan metabolisme gizi, baik gizi makro maupun gizi mikro. Status gizi ibu hamil yang baik dapat diperoleh dengan seimbangnya antara asupan dan kebutuhan gizi. Salah satu masalah kekurangan gizi pada ibu hamil adalah KEK (kurang energi kronis).¹ Permasalahan di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi ibu hamil KEK pada tahun 2023 16,9%.² Kristianasari (2014) menjelaskan ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, antara lain memantau penambahan berat badan selama hamil, mengukur LILA untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK dan mengukur kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia yang merupakan faktor risiko kekurangan gizi.³

Faktor yang memengaruhi berat badan lahir bayi adalah ibu hamil dengan KEK, umur ibu, jarak kehamilan, status ekonomi, paritas, premature, ibu hamil dengan anemia dan kelainan plasenta. Kekurangan energi kronis pada ibu hamil dapat menimbulkan abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum, lahir dengan BBLR. Bila BBLR bayi mempunyai risiko kematian, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak.⁴ KEK merupakan keadaan dimana seorang ibu mengalami keadaan kekurangan energi dan protein yang berlangsung secara menahun (kronis) sehingga mengakibatkan terjadinya gangguan kesehatan pada ibu yang ditandai dengan LILA kurang dari 23,5 cm dan tampak kurus, ibu dengan KEK berisiko melahirkan anak Intra Uterine Growth Retardation (IUGR), Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan stunting.⁵

Penelitian yang dilakukan oleh Mahayana, dkk. (2015) menyatakan bahwa kejadian BBLR banyak dilahirkan pada ibu yang mempunyai faktor risiko anemia. Berbagai upaya yang perlu dilakukan untuk perbaikan status gizi ibu hamil KEK adalah pemberian edukasi gizi melalui pendampingan oleh kader kesehatan.⁶ Pendampingan adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mencegah dan mengatasi masalah dari anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan pemikiran/solusi, menyampaikan layanan/ bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerja sama.⁷

Kader kesehatan adalah individu yang dilatih dan dipilih oleh masyarakat untuk membantu dalam pelayanan kesehatan dasar di tingkat komunitas. kader kesehatan menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan, terutama di daerah yang sulit dijangkau oleh tenaga medis profesional. Kader kesehatan berperan penting dalam deteksi dini penyakit, edukasi kesehatan, pertolongan pertama, dan pengelolaan program kesehatan Masyarakat. Berdasarkan masalah diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh pendampingan kader kesehatan pada ibu hamil terhadap berat badan dan pencegahan KEK ibu hamil di Wilayah kerja Puskesmas kota Bogor. Kader kesehatan berperan penting dalam deteksi dini penyakit, edukasi kesehatan, pertolongan pertama, dan pengelolaan program kesehatan masyarakat. Peran kader kesehatan saat ini sudah ada namun perlu ditingkatkan, selain kemampuan kader dalam pelayanan perlu ditingkatkan, peran kader juga dibutuhkan memfasilitasi pemanfaatan

posyandu agar digunakan secara optimal. Posyandu diharapkan dapat melaksanakan fungsi dasarnya sebagai unit pemantau tumbuh kembang anak serta menyampaikan pesan kepada ibu atau ibu hamil sebagai agen pembaharuan dan anggota keluarga yang memiliki bayi dan balita, namun pada kenyataannya masih belum optimal. Kurang optimalnya fungsi posyandu menyebabkan kinerja menjadi rendah, antara lain disebabkan karena rendahnya kemampuan kader dan pembinaan kader yang masih belum optimal, yang kemudian mengakibatkan rendahnya minat masyarakat untuk menggunakan posyandu. Studi Nurhidayah, Hidayati dan Nuraini menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan kader dengan rata-rata 45,01 setelah dilakukan kegiatan, dari rata-rata awal pengetahuan sebesar 40,81 naik menjadi 85,05.⁸

METODE

Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimental *pre post with kontrol group design*. Desain ini melibatkan dua kelompok subjek, satu diberi perlakuan (kelompok eksperimen) dan kelompok kontrol tidak diberi perlakuan. Penelitian dilakukan di Puskesmas Pasir Mulya, gang kelor dan Sindang Barang kota Bogor. Pengumpulan data dilakukan bulan Agustus–Oktober 2024. Penelitian ini telah lolos uji kelayakan Etik dengan nomor:17/KEPK/EC/X/2020.

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang berkunjung di Puskesmas Pasir Mulya, gang kelor dan Sindang Barang Kota Bogor. Teknik pengambilan sampel menggunakan random sampling. Responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diambil sebagai sampel berjumlah 118 ibu. Kriteria inklusi ibu hamil trimester II, bersedia mengikuti penelitian, dan mengisi informed consent, sedangkan kriteria eksklusi adalah ibu hamil dengan

komplikasi kehamilan (hipertensi, anemia, hyperemesis gravidarum). Responden penelitian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 58 orang kelompok intervensi dan 60 orang kelompok kontrol. Pengumpulan data menggunakan instrumen berupa kuesioner. Pada kelompok kontrol diberikan edukasi dan leaflet diakhir minggu keempat, sedangkan untuk kelompok intervensi diberikan leflet dan edukasi satu kali setiap minggu selama 4 minggu oleh kader Kesehatan didampingi oleh peneliti. Selain itu, kedua kelompok diukur perubahan berat badan dengan ditimbang satu kali setiap minggu selama 4 minggu pada ibu hamil dengan LILA > 23,5 cm dan untuk pencegahan KEK, responden pada kedua kelompok tersebut diberikan makanan tambahan dan pengetahuan tentang makanan yang bergizi satu kali setiap minggu selama 4 minggu.

Prosedur penelitian yang dilaksanakan terlebih dahulu dilakukan skrining pada ibu hamil untuk mengetahui apakah ibu hamil termasuk kehamilan trimester II dan tidak KEK (KEK = LILA < 23,5 cm). Ibu hamil yang memenuhi syarat dan setuju ikut berpartisipasi dalam penelitian diberikan inform consent untuk ditanda tangani setelah peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian ini. Kader kesehatan memberikan konseling yang didampingi oleh peneliti dalam memberikan edukasi tentang tentang kehamilan, pemeriksaan kehamilan, gizi ibu hamil dan KEK. Analisis univariat dilakukan dengan distribusi frekuensi variabel penelitian yaitu berat badan dan pencegahan KEK dan karakteristik responden terdiri dari usia ibu hamil, umur kehamilan, status kehamilan, pendidikan, pekerjaan. Kemudian dilakukan analisis bivariat menggunakan uji beda rata-rata dua kelompok independen (independent sample t-test) dan uji beda rata-rata dua kelompok dependen (paired t-test).

HASIL

Analisis Univariat

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden (n= 118)

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
Tinggi Badan Ibu				
< 145 cm	2	3,45	3	5
> 145 cm	56	96,55	57	95
Jumlah	58	100	60	100
Umur Ibu				
< 20 tahun	1	1,72	1	1,67
20-35 tahun	48	82,76	47	78,33
>35 tahun	9	15,52	12	20
Jumlah	58	100	60	100
Paritas				
< 2 anak	51	87,93	54	90
>2 anak	7	12,07	6	10
Jumlah	58	100	60	100
Usia Hamil				
< 13 minggu	1	1,72	2	3,33
13-27 minggu	54	93,10	52	86,67
>27 minggu	3	5,18	6	10
Jumlah	58	100	60	100
Pendidikan				
SD	3	5,17	10	16,67
SMP	7	12,07	9	15
SMA	38	65,52	37	61,67
PT	10	17,24	4	6,67
Jumlah	58	100	60	100
Pekerjaan				
Dagang	2	3,45	0	0
Honorar	1	1,72	0	0
IRT	50	86,21	60	100
Karyawan	5	8,62	0	0
Swasta				
Jumlah	58	100	60	100
Penghasilan				
Rendah	2	3,45	4	6,67
Cukup	49	84,48	53	88,33
Tinggi	7	12,07	3	5
Jumlah	58	100	60	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa hampir seluruh responden kelompok intervensi (96,55%) dan kontrol (95%) TB ibu > 145 cm. Sebagian besar responden intervensi (82,76%) dan kontrol (78,33%) umur pada rentang 20-35 tahun, Sebagian besar responden intervensi (87,93%) dan kontrol (90%) paritasnya > 2 anak, Sebagian besar responden intervensi (93,10%) dan kontrol (86,67%) usia kehamilannya pada rentang 13-27 minggu, lebih dari setengahnya responden intervensi (65,52%) dan kontrol (61,67%)

pendidikannya SMA, Sebagian besar responden intervensi (86,21%) IRT dan responden kontrol (100%) adalah ibu rumah tangga, sebagian besar responden intervensi (84,48%) dan kontrol (88,33%) berpenghasilan cukup.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan dan Sikap Pre dan Post pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi (n= 118)

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
Pengetahuan				
Pre			41,38	27
< 17,10	24	58,62	33	55
>17,10		34		
Jumlah	58	100	60	100
Pengetahuan				
post	21	36,21	21	35
< 19,90	37	63,79	39	65
>19,90				
Jumlah	58	100	60	100
Sikap pre				
< 31,9	23	39,66	31	51,67
>31,9	35	60,34	29	48,33
Jumlah	58	100	60	100
Sikap post				
< 33	24	41,38	30	50
>33	34	58,62	30	50
Jumlah	58	100	60	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden intervensi (58,62%) dan responden kontrol (55%) memiliki pengetahuan pretest diatas nilai rata-rata pengetahuan dan pengetahuan post tes responden intervensi (63,79%) dan responden kontrol (65%) memiliki pengetahuan diatas nilai rata-rata pengetahuan. Lebih dari setengahnya responden intervensi (60,34%) memiliki sikap pre tes dengan nilai diatas rata-rata sikap sedangkan responden kontrol (51,67%) lebih dari setengahnya memiliki sikap nilai pre tes dibawah nilai rata-rata sikap. Lebih dari setengahnya responden intervensi (58,62%) memiliki nilai sikap post tes diatas nilai rata-rata sikap sedangkan responden kontrol (50%) memiliki nilai post tes dibawah nilai rata-rata sikap dan 50% responden kontrol memiliki nilai post tesnya diatas nilai rata-rata sikap.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Berat Badan dan LILA Pre dan Post Pada Kelompok Kontrol Di Puskesmas Sindang Barang Dan Kelompok Intervensi Di Puskesmas Pasir Mulya (N= 118)

Variabel	Intervensi		Kontrol	
	n	%	n	%
Berat badan pre				
< 60 kg	31	53,45	30	50
>60kg	27	46,55	30	50
Jumlah	58	100	60	100
Berat Badan post				
< 64,27 kg	35	60,34	29	48,33
>64,27kg	23	39,66	31	51,67
Jumlah	58	100	60	100
LILA pre				
< 28 cm	36	62,07	36	60
>28 cm	22	37,93	24	40
Jumlah	58	100	60	100
LILA post				
< 28,82	26	44,83	35	58,33
>28,82	32	55,17	25	41,67
Jumlah	58	100	60	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari setengahnya responden intervensi (53,45%) memiliki berat badan pre dibawah nilai rata-rata dan setengahnya responden kontrol (50%) memiliki berat badan dibawah nilai rata-rata dan 50% responden memiliki berat badan diatas nilai rata-rata. Lebih dari setengahnya responden intervensi (60,34%) memiliki berat badan post dibawah nilai rata-rata dan lebih dari setengahnya responden kontrol (51,67%) memiliki berat badan post diatas nilai rata-rata. Lebih dari setengahnya responden intervensi (62,07%) dan kontrol (60%) memiliki LILA pre dibawah nilai rata-rata. lebih dari setengahnya responden intervensi (55,17%) memiliki LILA post diatas nilai

rata-rata. lebih dari setengahnya responden kontrol (58,33%) memiliki LILA post dibawah nilai rata-rata. Tabel 3 ini dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan nilai berat badan sebesar 4,27 kg dari 60 kg menjadi 64,27 kg dan ada peningkatan nilai LILA sebesar 0,87 cm dari 28 cm menjadi 28,82 cm.

Bivariat

Tabel 4 menunjukkan bahwa hasil uji perbandingan rata-rata dengan *paired t-test* dapat disimpulkan bahwa responden intervensi memiliki nilai skor yang berbeda nyata pre post pada variabel pengetahuan (0,000), sikap (0,000), berat badan (0,001) dan lingkar lengan atas (0,000) karena memiliki p value lebih kecil dari 5%.

Tabel 4. Hasil Uji Perbandingan Rata-Rata Pre-Post kelompok Intervensi

	Variabel	Mean	Std. Deviation	t-test paired (Sig.)	Keterangan
Ibu Hamil	Pengetahuan Pre	17,43	3,419	0,000	Signifikan**
	Pengetahuan Post	19,90	2,936		
	Sikap Pre	31,91	2,430	0,000	Signifikan**
	Sikap Post	33,00	2,192		
	Berat badan pre (Kg)	62,09	10,866	0,001	Signifikan**
	Berat badan post (Kg)	64,27	11,190		
	Lingkar lengan atas pre (Cm)	28,03	2,873	0,000	Signifikan**
	Lingkar lengan atas post (Cm)	28,82	2,920		

*=Signifikan dengan α 10%; **=Signifikan dengan α 5%

Tabel 5. Hasil Uji Perbandingan Rata-Rata Pre-Post kelompok Kontrol

Variabel	Mean (skor)	Std, Deviation	t-test paired (Sig.)	Keterangan	
Ibu Hamil	Pengetahuan_Pre	17,28	2,859	0,001	Signifikan**
	Pengetahuan_Post	18,58	2,553		
	Sikap_Pre	30,48	2,831	0,266	Tidak Sig,
	Sikap_Post	30,93	2,490		
	Berat badan pre (Kg)	59,22	10,697	0,000	Signifikan**
	Berat badan post (Kg)	61,09	10,541		
	Lingkar lengan atas pre (Cm)	27,11	3,121	0,000	Signifikan**
	Lingkar lengan atas post (Cm)	28,16	3,184		

*=Signifikan dengan α 10%; **=Signifikan dengan α 5%,

Tabel 5 menunjukkan bahwa hasil uji perbandingan rata-rata dengan t-test pairwise dapat disimpulkan bahwa responden kontrol memiliki nilai skor yang berbeda nyata pre post pada variabel pengetahuan (0,001), sikap (0,266), berat badan (0,000) dan lingkar lengan atas (0,000) karena memiliki p value lebih kecil dari 5%.

Tabel 6 menunjukkan bahwa hasil uji perbandingan rata-rata dengan t-test pairwise dapat disimpulkan bahwa memiliki nilai skor yang berbeda nyata pre post pada variabel pengetahuan (0,072) dengan tingkat signifikansi 10%, sikap p value = 0,000, berat badan p value = 0,033 dan lingkar lengan atas p value = 0,047 karena memiliki p value lebih kecil dari 5 %

Tabel 6. Hasil Uji Perbandingan Mean Grup Intervensi-Kontrol Ibu Hamil

Variabel	Grup	Mean	Std, Deviation	t-test independent (Sig.)	Keterangan	
Ibu Hamil	Pengetahuan	Kontrol	17,93	2,777	0,072	Signifikan*
		Intervensi	18,66	3,406		
	Sikap	Kontrol	30,70	2,664	0,000	Signifikan**
		Intervensi	32,46	2,368		
	BB	Kontrol	60,15	10,616	0,033	Signifikan**
		Intervensi	63,18	11,036		
	LILA	Kontrol	27,63	3,183	0,047	Signifikan**
		Intervensi	28,43	2,910		

*=Signifikan dengan α 10%; **=Signifikan dengan α 5%,

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Karakteristik ibu hamil dalam penelitian ini adalah mayoritas tinggi badan baik responden control maupun intervensi diatas 145 cm, mayoritas umur baik responden intervensi maupun kontrol ada pada rentang 20-35 tahun, mayoritas paritas baik responden intervensi maupun kontrol kurang dari 2 anak, mayoritas umur kehamilan baik responden intervensi maupun kontrol ada pada rentang 13-27 minggu, mayoritas Pendidikan baik responden intervensi maupun kontrol adalah SMA,

majoritas pekerjaan baik responden intervensi maupun kontrol adalah IRT, mayoritas responden berpenghasilan cukup.

Pengetahuan

Pendidikan responden pada penelitian ini adalah dari 58 responden pendidikan tinggi ada 10 orang (17%) dan Pendidikan SMA ada 38 orang (66%). Pengetahuan responden intervensi setelah mendapatkan perlakuan ada peningkatan nilai pengetahuan sebesar 2,47 dari 17,43 menjadi 19,90 dan pengetahuan responden kontrol selama mengikuti

penelitian ada peningkatan nilai sebesar 1,24 dari 17,28 menjadi 18,52. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Budiman dan Agus Riyanto (2013) yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang dapat memengaruhi pengetahuan adalah pendidikan.⁹ Pendidikan itu merupakan sebuah proses mengubah sikap dan tata laku dari seseorang atau kelompok dan juga usaha untuk mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan serta pendidikan juga dapat mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi dan juga sesuai dengan konsep dari Notoatmojo tahun 2014 yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor yang memengaruhi pengetahuan sedangkan pengetahuan merupakan faktor yang melatarbelakangi terbentuknya suatu perilaku. Hasil menunjukkan pengetahuan responden meningkat pada penelitian ini. Semakin baik pengetahuannya terutama dalam hal gizi, maka akan semakin diperhitungkan jenis serta jumlah makanan yang dipilih untuk dikonsumsi.¹⁰

Sesuai dengan pendapat Banudi tahun 2013 yang mengatakan bahwa bila pengetahuan yang dimiliki seorang ibu akan memengaruhi dalam pengambilan keputusan, sehingga akan berpengaruh pada perilakunya.¹¹ Hasil pada penelitian ini tidak ada responden dengan KEK karena mayoritas pendidikan menengah dan tinggi, sedangkan hasil penelitian Agustin tahun 2014 didapatkan bahwa ibu hamil dengan KEK mayoritas berpendidikan dasar. Pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan mengenai gizi selama hamil. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun media tetapi sebaliknya tingkat pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan dan sikap

seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenalkan.¹²

Pendidikan seseorang merupakan salah satu faktor yang penting dalam kesehatan ibu dan anak khususnya pada ibu hamil karena dengan pendidikan yang baik maka seseorang dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara menjaga kehamilan dan bagaimana menjaga kesehatannya. Menurut pendapat Musni dkk tahun 2017 dan Budiman dkk tahun 2013 sama-sama mengatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang (ibu hamil) maka pada pengukuran ibu hamil tidak disarankan untuk menggunakan pengukuran IMT karena berat badan ibu berubah ubah selama kehamilan.^{9,13} Ini sesuai dengan hasil penelitian Kulsum (2014) yang menyatakan bahwa IMT tidak dapat digunakan untuk pengukuran ibu hamil pendek (stunted) karena proporsi tubuh ibu tidak sesuai dengan berat badan ibu, sehingga pada ibu hamil yang pendek seringkali tidak terdeteksi kejadian KEK dengan menggunakan perhitungan IMT.¹⁴

Berat badan

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa pada responden intervensi setelah mendapatkan perlakuan ada peningkatan nilai berat badan sebesar 2,18 kg dari 62,09 kg menjadi 64,27 kg dan pada responden kontrol selama mengikuti penelitian ada peningkatan nilai sebesar 1,87 kg dari 59,22 kg menjadi 61,09 kg.

Menurut pendapat Istiany dan Rusilanti tahun 2014 mengatakan bahwa seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10-12kg yaitu pada trimester I kenaikan berat badan seorang ibu bisa mencapai 1-2 kg, trimester II sekitar 3 kg dan pada trimester III sekitar 6 kg. Kenaikan berat badan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin, plasenta dan air ketuban. Berat badan dilihat dari quatelet atau body mass index (Indeks Masa Tubuh=IMT). IMT merupakan alat

sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.¹⁵

Wanita dengan status gizi rendah atau biasa dikatakan IMT rendah, memiliki efek negatif pada hasil kehamilan, biasanya bayi dilahirkan dengan berat bayi baru lahir rendah (BBLR) dan kelahiran preterm tetapi sebaliknya pada wanita dengan status gizi berlebihan atau IMT obesitas dikatakan memiliki risiko tinggi terhadap kehamilan seperti persalinan yang sulit atau lama, diabetes gestasional dan perdarahan, tetapi tahun 2013 bahwa ambang batas LILA Ibu Hamil dengan risiko KEK adalah 23,5 cm jadi seseorang dikatakan KEK Ketika LILA < 23,5 cm dan akan melahirkan BBLR dimana BBLR mempunyai risiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran LILA digunakan karena pengukurannya sangat mudah dan dapat dilakukan oleh siapa saja. Hasil pada penelitian ini ada penambahan LILA sekitar 1 cm dari rata-rata 27 cm menjadi 28 cm sehingga hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Ariyani dkk tahun 2012 mengatakan bahwa ukuran LILA selama kehamilan hanya berubah sebesar 0,4 cm, Perubahan ini selama kehamilan tidak terlalu besar sehingga pengukuran LILA pada masa kehamilan masih dapat dilakukan untuk melihat status gizi ibu hamil. Pengukuran LILA merupakan pengukuran sederhana untuk menilai malnutrisi energi protein karena massa otot merupakan indeks cadangan protein dan sensitif terhadap perubahan kecil pada otot yang terjadi, misalnya karena sedang sakit.¹⁶

Lingkar lengan atas (LILA)

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa pada responden intervensi setelah mendapatkan perlakuan ada peningkatan nilai LILA sebesar 0,79 cm

dari 28,03 cm menjadi 28,82 cm dan pada responden kontrol selama mengikuti penelitian ada peningkatan nilai LILA sebesar 1,05 cm dari 27,11 cm menjadi 28,16 cm.

Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui prevalensi ibu hamil yang menderita kurang energi kronis (KEK), Menurut Ariyani dkk tahun 2012 mengatakan bahwa berat badan prahamil di Indonesia pada umumnya tidak diketahui sehingga pengukuran LILA dijadikan indikator gizi kurang pada ibu hamil karena memiliki beberapa keuntungan diantaranya mudah untuk digunakan dan hanya membutuhkan satu pengukuran sehingga dapat digunakan sebagai alat pengukuran status gizi dalam keadaan darurat.¹⁶ Menurut Departemen Kesehatan dalam Kulsum dkk tahun 2014 mengatakan bahwa alat ukur yang digunakan untuk mengetahui KEK pada ibu hamil menggunakan metode LILA. Pengukuran LILA pada penelitian ini > 23,5 cm (> 28 cm) sehingga hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Supariasa dkk suatu kepedulian pada kesehatan ibu dan bayi tetapi sebaliknya, bila sikap buruk dapat menyebabkan ibu hamil memiliki minat yang kurang dalam kunjungan ANC.¹⁷ Sikap ini di bagi menjadi dua yaitu sikap positif apabila ibu menerima, meyakini dan mendukung apa yang telah disampaikan sedangkan sikap negatif bila ibu menolak dan tidak mendukung terhadap suatu respons atau simulasi sosial yang telah disampaikan, Jadi hasil penelitian ini sesuai dengan konsep dari Swarjana karena responden setelah mendapat pendampingan dari kader sikapnya berubah lebih baik ini ditunjukkan dengan ibu hamil mematuhi kunjungan pemeriksaan kehamilannya sesuai anjuran (ANC).¹⁸

Sikap

Hasil penelitian ini mengatakan bahwa pada responden intervensi setelah mendapatkan perlakuan ada peningkatan nilai sikap sebesar 1,09 dari 31,91 menjadi 33 dan pada

responden kontrol selama mengikuti penelitian ada peningkatan nilai sikap sebesar 0,45 dari 30,48 menjadi 30,93.

Menurut konsep dari Swarjana (2022) mengatakan bahwa untuk meningkatkan frekuensi kunjungan ANC, sikap positif maupun respons yang baik menunjukkan intervensi sesudah diberikan pendampingan oleh kader Kesehatan dengan nilai $p = 0,018$ ($\alpha=0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa pendampingan kader Kesehatan pada ibu hamil trimester II itu bermakna.¹⁸

SIMPULAN

Terdapat perbedaan pengetahuan, berat badan, lingkar lengan atas dan sikap ibu hamil trimester II baik pada responden kontrol maupun responden intervensi sesudah diberikan pendampingan kader kesehatan. Ada pengaruh yang bermakna pada berat badan, lingkar lengan atas dan pengetahuan setelah diberikan pendampingan kader Kesehatan. Pendampingan kader kesehatan dapat diterapkan pada ibu hamil trimester II yang mempunyai masalah dalam kehamilannya terutama masalah peningkatan berat badan dan kemampuan mencegah terjadinya KEK pada ibu hamil trimester II.

DAFTAR RUJUKAN

1. Hamzah DF. Analisis Faktor Yang Memengaruhi Kejadian Kekurangan Energi Kronis (Kek) Pada Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Puskesmas Langsa Kota Kota Langsa Provinsi Aceh Tahun 2016. *JUMANTIK (Jurnal Ilm Penelit Kesehatan)*. 2017;2(2):1-11. doi:10.30829/JUMANTIK.V2I2.112 1
2. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Laporan Tematik Survei Kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan RI; 2024. <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf> Accessed March 2, 2025. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001>
3. Kristiyanasari W. *Gizi Ibu Hamil*. 1st ed. Nuha Medika; 2010.
4. Stephanie P, Kartika SKA. Gambaran Kejadian KEK dan Pola Makan WUS di Desa Pesinggahan Kecamatan Dawanklungkung Bali 2014 . *E-Jurnal Med Udayana*. 2016;5(6):2303-1395. Accessed March 2, 2025. <https://jurnal.harianregional.com/eum/id-21111>
5. Soetjiningsih, Ranuh IG. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC; 2018.
6. Mahayana SAS, Chundrayetti E, Yulistini Y. Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *J Kesehat Andalas*. 2015;4(3). doi:10.25077/JKA.V4I3.345
7. Purwasasmita M. Strategi Pendampingan Peningkatan Kemandirian Belajar Masyarakat. *J Adm Pendidik*. 2010;7(2). doi:10.17509/JAP.V12I2.6379
8. Nurhidayah I, Hidayati NO, Nuraeni A. Revitalisasi Posyandu melalui Pemberdayaan Kader Kesehatan. *Media Karya Kesehat*. 2019;2(2):145-157. doi:10.24198/mkk.v2i2.22703
9. Budiman, Riyanto A. *Kapita Selekta Kuesioner : Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. 1st ed. Salemba Medika; 2013.
10. Soekidjo Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. PT RINEKA CIPTA; 2014.
11. Banudi L. *Gizi Kesehatan Reproduksi: Buku Saku Bidan*. EGC; 2013. Accessed March 2, 2025. https://repository.stikespersadanabire.ac.id/assets/upload/files/docs_1675387469.pdf
12. Latif U, Rahayu A, Mansyur S. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Wilayah dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006%0Ahttps://doi.org/10.1

- Kerja Puskesmas Tosa Kota Tidore Kepulauan Tahun 2018. *J Biosainstek*. 2019;1(01):83-94.
doi:10.52046/biosainstek.v1i01.305
13. Musni M, Malka S, Asriyani R. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil di UPTD Puskesmas Ajangale. *J Ilm Kesehat Diagnosis*. 2017;11(1):57-62.
14. Ummi Kulsum. *Penerapan Model Pembelajaran Consideration Model Untuk Meningkatkan Motivasi Belajar Siswa Pada Mata Pelajaran Ilmu Pengetahuan Sosial Di Kelas Iv Sekolah Dasar Negeri 184 Kota Pekanbaru*. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau; 2014. Accessed March 2, 2025. <https://repository.uin-suska.ac.id/4238/1/FM.pdf>
15. Istiany A, Rusilanti. *Gizi Terapan*. PT Remaja Rosdakarya Ofset; 2014.
16. Ariyani DE, Achadi EL, Ira A. Validitas Lingkar Lengan Atas Mendeteksi Risiko Kekurangan Energi Kronis pada Wanita Indonesia. *J Kesehat Masy Nas*. 2012;7(2):83-90. Accessed March 2, 2025. <https://media.neliti.com/media/publications/39839-ID-validitas-lingkar-lengan-atas-mendeteksi-risiko-kekurangan-energi-kronis-pada-wa.pdf>
17. Supriasa IDN, Bakri B, Fajar I. *Penilaian Status Gizi*. EGC; 2013. Accessed March 2, 2025. https://scholar.google.co.id/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=NVoh4SwAAAAJ&citation_for_view=NVoh4SwAAAAJ:u5HHmVD_uO8C
18. Swarjana IK. *Konsep Pengetahuan, Sikap, Perilaku, Persepsi, Stres, Kecemasan, Nyeri, Dukungan Sosial, Kepatuhan, Motivasi, Kepuasan, Pandemi Covid-19, Akses Layanan KesehatanLengkap Dengan Konsep Teori, Cara Mengukur Variabel, Dan Contoh Kuesioner*. Yogyakarta: ANDI. ANDI; 2022.