

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pada saat ini, kasus kehamilan usia dini paling banyak dialami pada saat para remaja putri belum menikah atau hamil diluar nikah. Padahal, kehamilan di usia muda memiliki risiko yang tinggi, tidak hanya merusak masa depan remaja tetapi juga berbahaya untuk kesehatannya. Perempuan yang belum dewasa, memiliki organ reproduksi yang belum kuat untuk berhubungan intim dan melahirkan, sehingga remaja dengan usia dibawah umur memiliki risiko 4 kali lipat mengalami luka serius dan meninggal akibat melahirkan (Hasdianah dan Sandu, 2012).

Masalah kehamilan pada usia dini merupakan masalah yang penting dan perlu diperhatikan karena dapat mengakibatkan masalah pada ibu dan juga pada bayinya. Ibu dengan rasa emosionalnya yang belum stabil dan tegang akan berakibat kecacatan kelahiran karena adanya rasa penolakan secara emosional ketika ibu mengandung bayinya. Risiko yang dialami ketika kehamilan usia dini meliputi tekanan darah tinggi, kelahiran prematur, berat bayi lahir rendah, penyakit menular seksual, depresi postpartum. Penyebab kehamilan usia dini berasal dari keluarga, diri sendiri, pendidikan dan lingkungan masyarakat (Hasdianah dan Sandu 2012).

Kehamilan usia dini merupakan salah satu permasalahan yang dihadapi oleh remaja putri, baik di negara maju maupun di negara berkembang. Setiap tahunnya di dunia diperkirakan 16 juta remaja berusia 15-19 tahun melahirkan, di masa kelahiran tersebut berkontribusi. Jumlah

kehamilan usia dini 15-19 tahun mencapai 48 dari 1.000 kehamilan dan data terakhir menunjukkan, ada 1,7 juta remaja di bawah usia 24 tahun yang melahirkan setiap tahun (WHO, 2017). Jumlah kejadian kehamilan usia dini berdasarkan data SDKI (2017) menyatakan diperkirakan mencapai lebih dari 500 kehamilan setiap tahunnya (BKKBN, 2017). Salah satu dampak negatif dari kehamilan usia dini adalah kekurangan energi kronik (KEK).

KEK merupakan kondisi yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan asupan gizi antara energi dan protein, sehingga zat gizi yang dibutuhkan tubuh tidak tercukupi (Kemenkes RI, 2016). Prevalensi KEK di negara-negara berkembang seperti Banglades, India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Srilanka dan Thailand adalah 15-47% yaitu dengan BMI <18,5. Adapun negara yang mengalami prevalensi yang tertinggi adalah Banglades yaitu 47%, sedangkan Indonesia menjadi urutan keempat terbesar setelah India dengan prevalensi 35,5% dan yang paling rendah adalah Thailand dengan prevalensi 15-25% (Sigit, 2015). Prevalensi KEK pada wanita hamil di Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2018 sebesar 17,3% dan di Sulawesi Tenggara sebesar 28,0% (Kemenkes RI, 2018).

Kekurangan zat gizi dan rendahnya derajat kesehatan ibu hamil masih sangat rawan, hal ini ditandai masih tingginya angka kematian ibu (AKI) yang disebabkan oleh perdarahan karena anemia gizi dan KEK selama masa kehamilan. Angka kematian ibu berdasarkan data survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 sebesar 359/100.000 kelahiran hidup (BKKBN, 2013) dan pada tahun 2015 berdasarkan data Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS) sebesar 305/100.000 kelahiran hidup.

Penyebab kematian terbesar adalah penyebab lain sebesar 40,8% dan perdarahan sebesar 30,3% (Kemenkes, 2016).

Ibu hamil yang menderita KEK mempunyai risiko kematian mendadak pada masa perinatal atau risiko melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR). Tingginya angka kurang gizi pada ibu hamil ini juga mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka BBLR di Indonesia yang mencapai 10,2% (Kemenkes RI, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil dengan KEK mempunyai risiko 2 kali untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai lingkaran lengan atas (LILA) lebih dari 23 cm (Pratiwi, 2015). Demikian pula hasil penelitian Hidayanti (2014) menyatakan bahwa ibu hamil usia dini yang mengalami KEK mempunyai risiko melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 5 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang tidak KEK.

Penyebab utama terjadinya KEK pada ibu hamil yaitu sejak sebelum hamil ibu sudah mengalami kekurangan energi, karena kebutuhan orang hamil lebih tinggi dari ibu yang tidak dalam keadaan hamil. Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama hamil.

Menurut Sediaoetama (2014), penyebab dari KEK dapat dibagi menjadi dua, yaitu penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung terdiri dari asupan makanan atau pola konsumsi dan infeksi. Penyebab tidak langsung terdiri dari a) hambatan utilitas zat-zat gizi, b) hambatan absorpsi karena penyakit infeksi atau infeksi cacing, c) ekonomi yang kurang, d) pengetahuan, e) pendidikan umum dan pendidikan gizi kurang, f) produksi pangan yang kurang mencukupi kebutuhan, g) kondisi *hygiene* yang kurang

baik, h) jumlah anak yang terlalu banyak, i) hamil usia dini, j) penghasilan rendah, k) perdagangan dan distribusi yang tidak lancar dan tidak merata. Penyebab tidak langsung dari KEK disebut juga penyakit dengan *causa multi factorial* dan antara hubungan menggambarkan interaksi antara faktor dan menuju titik pusat kekurangan energi kronis.

Hasil penelitian Sri (2011) menyatakan bahwa kehamilan usia muda berpengaruh terhadap terjadinya KEK pada ibu hamil. Hasil penelitian Rizka (2015) menyatakan bahwa ada hubungan antara paritas, jarak kehamilan usia muda, usia ibu, pekerjaan dengan kejadian KEK dalam kehamilan. Demikian pula hasil Vita (2014) menyatakan bahwa ada hubungan hamil usia muda, pendidikan, pekerjaan, umur kehamilan, kadar hb, konsumsi zat besi dengan kejadian KEK dalam kehamilan.

Hasil survey pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan diperoleh data tentang kejadian KEK pada ibu hamil, yaitu kejadian KEK pada tahun 2016 sebanyak 41 kasus (15,95%) dari 257 ibu hamil, tahun 2017 sebanyak 25 kasus (11,85%) dari 211 ibu hamil, dan pada tahun 2018 sebanyak 27 kasus (16,36%) dari 165 ibu hamil. Data ibu hamil usia dini tahun 2016 sebanyak 35 ibu (13,6%) dari 257 ibu hamil, tahun 2017 sebanyak 40 ibu (18,9%) dari 211 ibu hamil, tahun 2018 sebanyak 45 ibu (27,3%) dari 165 ibu hamil (Puskesmas Pamandati, 2018). Data tersebut menunjukkan bahwa terjadi kenaikan kasus KEK pada ibu hamil dari tahun 2017 ke tahun 2018. Ibu hamil usia muda dengan KEK berisiko mengalami komplikasi baik dalam kehamilannya maupun persalinannya sehingga perlu dilakukan perbaikan gizi pada ibu hamil.

Berdasarkan latar belakang tersebut sehingga penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan kehamilan usia dini dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang, dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan kehamilan usia dini dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018 ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan kehamilan usia dini dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui kejadian KEK pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018.
- b. Mengetahui kehamilan usia dini pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018.
- c. Menganalisis hubungan kehamilan usia dini dengan kejadian KEK pada ibu hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pamandati Kabupaten Konawe Selatan Tahun 2017-2018.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Manfaat Bagi Ibu Hamil

Untuk menambah wawasan ibu hamil tentang KEK dalam kehamilan.

##### 2. Manfaat Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan atau informasi tentang perbaikan gizi terutama berkaitan dengan penyuluhan pentingnya gizi dalam kehamilan untuk mencegah kejadian KEK.

##### 3. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk dokumentasi agar dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya dan sebagai masukan untuk menyusun program yang akan datang serta sebagai dasar perencanaan dalam rangka pelayanan dan usaha pencegahan terjadinya KEK.

#### **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian Rizkah dan Mahmudiono (2017) yang berjudul Hubungan Antara Umur, Gravida, Dan Status Bekerja Terhadap Resiko Kurang Energi Kronis (KEK) Dan Anemia Pada Ibu Hamil. variabel penelitian adalah umur, gravida, status bekerja, kek, anemia pada ibu hamil. Jenis penelitian adalah case control study. Hasil penelitian menyatakan bahwa ada pengaruh usia, paritas, pendidikan, pekerjaan dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil. Perbedaan penelitian adalah jenis penelitian dan variabel penelitian. Jenis penelitian ini adalah analitik dengan rancangan *cross sectional study*, sedangkan penelitian Rizkah adalah observasional dengan rancangan *case control study*. Variabel penelitian ini adalah KEK dan

kehamilan usia dini, sedangkan Rizkah adalah usia, paritas, pendidikan, pekerjaan, KEK.

2. Penelitian Vita (2014) yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Kecamatan Kamoning dan Tambelangan Kabupaten Sampang Jawa Timur. Variabel penelitian adalah usia, paritas, pengetahuan, sikap dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK). Jenis penelitian adalah observasional dengan rancangan *case control study*. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan usia, paritas, pengetahuan, sikap dengan kejadian kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil di Kecamatan Kamoning dan Tambelangan Kabupaten Sampang Jawa Timur. Perbedaan penelitian adalah jenis penelitian. Jenis penelitian ini adalah analitik dengan rancangan *cross sectional study*, sedangkan penelitian Vita adalah observasional dengan rancangan *case control study*. Variabel penelitian Vita adalah usia, paritas, pengetahuan, sikap, sedangkan variabel penelitian ini adalah KEK dan kehamilan usia dini.