

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator yang memberikan pengaruh baik pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), di samping angka kematian bayi (AKB). Angka kematian ibu menurut Supas tahun 2015 yaitu sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Banyak faktor yang mempengaruhi kematian ibu, baik penyebab langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung kematian ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan. Penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian antara lain KEK pada kehamilan (37%) dan anemia (40%) (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Jetis II Bantul, 86,7% ibu hamil menderita anemia dan KEK, 48% ibu hamil tidak anemia. Persentase ibu hamil yang menderita anemia lebih banyak pada kelompok ibu hamil KEK dibandingkan yang tidak KEK. Hasil penelitian menyatakan ada hubungan anemia dengan kejadian KEK pada ibu hamil (Wijayanti dan Rosida, 2016).

Studi Diet Total (SDT) tahun 2014 melaporkan bahwa gambaran asupan makanan ibu hamil di Indonesia masih memprihatinkan, dimana tingkat kecukupan energi <70% angka kecukupan energi (AKE) dan tingkat kecukupan protein <80%. Kejadian tersebut didapatkan hasil presentasi tingkat konsumsi energi 52,2% dan tingkat konsumsi protein 52,6%, yang mana belum mencapai target. Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi tahun 2016 kecukupan energi ibu hamil mengalami defisit energi (53,9%), untuk kecukupan protein ibu hamil mengalami defisit protein (%51,9). Asupan energi dan protein yang tidak mencukupi pada ibu hamil dapat menyebabkan kekurangan energi kronis (KEK) (Kemenkes RI, 2016).

Penderita KEK mempunyai resiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR) lebih tinggi, dibandingkan WUS normal, dan (50,9%) ibu hamil KEK menderita anemia gizi sebagai salah satu faktor penyebab tingginya kematian ibu (Kemenkes RI, 2012). Menurut penelitian Fajriana dan Buanasita (2018) di Kecamatan Semampir Surabaya, ibu hamil yang mengalami KEK berisiko 6,6 kali lebih besar untuk mengalami BBLR. Sejalan dengan penelitian

Sumiaty dan Restu (2016), menunjukkan bahwa ibu hamil dengan KEK memiliki resiko 4 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Faktor tidak langsung yang mempengaruhi KEK ada kaitannya dengan pengetahuan ibu hamil. Sebagaimana dengan penelitian Puspitaningrum (2017) di Puskesmas Tanjung Pinang Kota Jambi, ibu hamil yang memiliki pengetahuan baik mayoritas tidak mengalami KEK dan ibu hamil yang memiliki pengetahuan kurang mayoritas mengalami KEK. Sejalan dengan penelitian Wati.L dkk (2014) di daerah pesisir sungai Siak Pekanbaru ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan mengenai gizi dengan kejadian KEK pada ibu hamil, ibu hamil yang memiliki pengetahuan kurang mempunyai peluang 12,25 kali mengalami KEK dibandingkan ibu hamil dengan pengetahuan yang baik.

Berdasarkan Riskesdas (2018), rata-rata nasional cakupan ibu hamil KEK yang mendapat PMT belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 25,2%, dari target 80%. Sedangkan di Jawa Timur ibu hamil KEK mendapat PMT hanya 40,54%. Berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk menanggulangi KEK yaitu dengan cara intervensi pemberian PMT dan konseling pada ibu hamil. Berdasarkan Dirjen Kesmas (2017), keberhasilan PMT pemulihan hanya 44,10% dari target 95%. PMT pemulihan bagi ibu hamil dimaksudkan sebagai tambahan, bukan sebagai makanan pengganti sehari-hari. Pemberian makanan tambahan (PMT) bertujuan untuk mencukupi kebutuhan gizi ibu selama masa kehamilan terutama kecukupan protein. Pemberian PMT-P dilakukan selama 90 hari yang mana pemberian PMT tergolong berhasil walaupun hanya untuk meningkatkan status gizi ibu hamil KEK (Kemenkes, 2017). Hasil penelitian di Kota Palembang, efektivitas program PMT-P pada ibu hamil KEK memberikan pengaruh terhadap ukuran LILA (Pastuty,R., 2018). Sejalan dengan penelitian di Kecamatan Jatinangor tahun 2015, ibu hamil KEK yang mendapatkan intervensi berupa PMT dan konseling gizi sebanyak 33 orang (36,3%) dari 112. Meskipun hanya 36,3% ibu hamil yang mendapatkan PMT dan konseling gizi memberikan peningkatan pada berat badan dan LILA (Prawita.A dkk., 2017).

Kabupaten Malang pada Bulan Mei 2018 melaporkan bahwa dari total ibu hamil sebanyak 267 orang, 54 ibu hamil mengalami KEK (20,22%). Dimana prevalensi KEK tersebut melebihi target Renstra Kemenkes (2015) yang ditetapkan (18,2%). Berdasarkan masalah yang telah dijabarkan di atas diperlukan kajian tentang pengaruh pemberian PMT pemulihan dan konseling

gizi terhadap tingkat pengetahuan, pola makan dan status gizi ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) di Wilayah kerja Puskesmas Bululawang.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Apakah ada pengaruh pemberian PMT pemulihan dan konseling gizi terhadap tingkat pengetahuan, pola makan, dan status gizi pada ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Bululawang?
2. Apakah ada pengaruh pemberian konseling gizi terhadap tingkat pengetahuan, pola makan, dan status gizi pada ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Bululawang?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis pengaruh pemberian PMT pemulihan dan konseling gizi seimbang terhadap tingkat pengetahuan, pola makan dan status gizi pada ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK) di Wilayah Kerja Puskesmas Bululawang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian PMT-P dan konseling gizi.
- b. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.
- c. Menganalisis perbedaan pola konsumsi pangan ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian PMT-P dan konseling gizi.
- d. Menganalisis perbedaan pola konsumsi pangan ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.
- e. Menganalisis perbedaan tingkat konsumsi energi dan zat gizi ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian PMT-P dan konseling gizi.
- f. Menganalisis perbedaan tingkat konsumsi energi dan zat gizi ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.
- g. Menganalisis perbedaan status gizi ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian PMT-P dan konseling gizi.
- h. Menganalisis perbedaan status gizi ibu hamil KEK sebelum dan sesudah pemberian konseling gizi.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menjadi referensi perkembangan ilmu dibidang gizi untuk menambah khazanah ilmu dalam menanggulangi ibu hamil KEK dengan mengetahui dan menganalisis pengaruh pemberian PMT pemulihan dan konseling gizi terhadap BB, LILA, tingkat konsumsi dan tingkat pengetahuan pada ibu hamil kekurangan energi kronis (KEK). Diharapkan juga mampu mengurangi prevalensi masalah gizi khususnya mencegah ibu hamil KEK.

### **2. Praktis**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dalam upaya pelayanan kesehatan khususnya gizi pada ibu hamil KEK.