

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan adalah usia 20-30 tahun, jika terjadi kehamilan di bawah atau di atas usia tersebut maka akan dikatakan beresiko akan menyebabkan terjadinya kematian 2-4 kali lebih tinggi dari reproduksi sehat (Manuaba, 2010). Kehamilan usia remaja merupakan suatu fenomena yang belum terselesaikan di dunia hingga sekarang. Kehamilan tersebut dapat disebabkan oleh karena hubungan seksual (hubungan intim) dengan pacar, suami, pemerkosaan, maupun faktor-faktor lain yang menyebabkan sperma membuahi telurnya dalam rahim perempuan tersebut (Masland, 2017).

Masalah kehamilan remaja merupakan masalah yang penting dan perlu diperhatikan karena dapat mengakibatkan masalah pada ibu dan juga bayinya. Ibu dengan rasa emosional yang belum stabil dan tegang akan berakibat kecacatan pada bayinya karena adanya rasa penolakan secara emosional ketika ibu mengandung bayinya. Risiko yang dialami ketika kehamilan usia remaja meliputi tekanan darah tinggi, kelahiran prematur, berat bayi lahir rendah, penyakit menular seksual, depresi postpartum.

Penyebab kehamilan usia remaja berasal dari keluarga, diri sendiri, pendidikan dan lingkungan masyarakat (Mandriwati dkk, 2012).

Menurut WHO (*World Health Organization*) diperkirakan bahwa 16 juta anak perempuan berusia 15-19 tahun melahirkan setiap tahun. Angka kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun di dunia mencapai 48 kehamilan dari 1.000 kehamilan dan data terakhir menunjukkan ada 1,7 juta remaja di bawah usia 24 tahun yang melahirkan setiap tahunnya. Kehamilan di usia remaja dapat menimbulkan resiko yang akan dialami oleh ibu hamil remaja yakni anemia dan KEK (Kekurangan Energi Kronik) (WHO, 2017).

Menurut WHO (*World Health Organization*), angka kejadian anemia pada ibu hamil usia remaja berkisar antara 20-80% dengan menetapkan Hb 11gr% sebagai dasarnya. Prevalensi Kekurangan Energi Kronik (KEK) wanita hamil didunia mencapai 41%, data di Asia, proporsi KEK wanita hamil di Thailand sekitar 15,3% Thanzania menunjukkan prevalensi sebanyak 19% ibu hamil remaja usia 15-19 tahun mengalami KEK (Kekurangan Energi Kronik). Anemia dan KEK (Kekurangan Energi Kronik) pada kehamilan usia remaja global 35-75% dimana terjadi pada trimester tiga dibandingkan trimester satu dan dua (WHO, 2018).

Menurut WHO (*World Health Organization*), anemia menempati peringkat kedua penyebab kematian ibu di Asia (12,8 %). Kematian tertinggi akibat anemia terdapat di Asia dan Afrika diperkirakan masing-masing 60% dan 52%, pada perempuan 1 – 5 % diantaranya adalah anemia berat (hemoglobin <7 g/dl). Sementara di Eropa dan Amerika utara masing-masing 18,7 % dan 6,1 %, angka tersebut termasuk rendah diantara benua lain. WHO (*World Health Organization*), juga menyatakan bahwa ibu hamil yang menderita gizi kurang seperti Kekurangan Energi Kronik mencatat 40% kematian ibu di Negara berkembang. Pada angka kematian anemia dan KEK yang dialami ibu hamil usia remaja mencapai 30-75% (WHO, 2019).

Data Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) di Indonesia menunjukkan, tingkat kehamilan pada usia remaja mencapai 18.582 kasus pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Jumlah remaja yang berusia 10-24 tahun mencapai 65 juta orang atau 30% dari total penduduk. Sekitar 15-20% dari remaja usia sekolah di Indonesia sudah melakukan hubungan seksual di luar nikah. (Okanegara, 2017). Prevalensi kejadian anemia pada ibu hamil usia remaja 15-19 tahun di Indonesia sebesar 48,9%, dan prevalensi risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil (15-49 tahun) sebesar 24,2%, khususnya prevalensi tertinggi

ditemukan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 38,5% dibandingkan dengan kelompok lebih tua (20-24 tahun) sebesar 30,1% (Kemenkes, 2017).

Indonesia memiliki masalah terhadap angka kematian ibu (AKI) pada kehamilan di usia remaja yang mengalami anemia dan KEK (Kekurangan Energi Kronik) cukup tinggi yaitu sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Data dari Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan bahwa 40% penyebab kematian adalah pendarahan, dan diketahui bahwa anemia menjadi faktor risiko terjadinya pendarahan. Sedangkan untuk KEK sendiri menunjukkan bahwa 45% angka kematian ibu (Kemenkes RI, 2018). Menurut *Indonesian Demographic and Health Survey* (IDHS), (2016) jumlah kelahiran hidup pada perempuan usia 15-19 tahun juga masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan target sasaran RPJMN 2016 yang menetapkan bahwa kelahiran hidup pada remaja usia 15-19 tahun adalah sebesar 30 kelahiran per 1000 remaja usia 15-19 tahun.

Badan Pusat Statistik (2020), mengatakan bahwa kasus kehamilan remaja di Papua Barat sebesar 13% masih cukup tinggi dibandingkan wilayah Papua sebesar 11,2%. Pernikahan usia dini di wilayah Provinsi Papua Barat masih cukup tinggi dengan usia rata-rata antara 15-19 tahun. Kepala BKKBN Papua Barat Benyamin mengatakan bahwa dari 1.000 remaja yang berusia 15-19 tahun

diantaranya 44% mengalami hamil dan menikah di usia remaja. Sedangkan usia perkawinan di Kota Jayapura meningkat dengan usia 16 tahun mencapai 2.061 orang sementara 17-20 tahun mencapai 45.006 orang.

Dinas Kesehatan Provinsi Papua (2020), menyatakan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2020 adalah 72 dengan lahir hidup 36.068. Jika disetarakan dengan AKI menjadi 200 per 100.000 KH. Kinerja penurunan angka kematian ibu pada tahun 2020 sangat baik karena lebih rendah dari target yaitu 212. Upaya untuk menghadapi AKI adalah pembentukan tim AMP di Kabupaten/Kota dan memaksimalkan Tim AMP kabupaten yang sudah ada, kerjasama lintas sektor (Puskesmas mengambil dan melacak setiap kematian ibu ke RT/RW kelurahan dan Distrik, memberi pembinaan dan supervisi tentang 3T (terlambat mengambil keputusan, terlambat mendapat penanganan, terlambat ke fasilitas kesehatan) dan memaksimalkan rumah tunggu kelahiran, pemberian PMT Bumil KEK, Pemantauan Bumil anemia untuk minum tablet tambah darah, peningkatan kompetensi bidan dalam kegawat daruratan maternal, perlunya komitmen steke holder dalam upaya penemuan kematian ibu dan bayi, dan mengoptimalkan peran Pokja kelangsungan hidup anak dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Profil Kesehatan

Papua, 2020).

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok yang rawan gizi dengan risiko KEK (Kekurangan Energi Kronik) yang akan berdampak besar pada proses pertumbuhan janin dan anak yang akan dilahirkannya. Dampak tersebut antara lain keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi dan bayi lahir dengan BBLR (Sandjaja, 2017). Menurut penelitian Palimbo (2016) terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap ibu hamil terhadap kejadian KEK (Kekurangan Energi Kronik) yaitu sebanyak 74,2 %. Menurut penelitian Ausa (2015) menyatakan bahwa pola makan, asupan energi ibu hamil dan status ekonomi mempengaruhi kejadian KEK (Kekurangan Energi Kronik) di Gowa Sulawesi Selatan. Kekurangan Energi Kronik merupakan suatu keadaan dimana ibu penderita kekurangan makanan yang berlangsung pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil (Depkes RI, 2018).

Wanita usia subur (WUS) memiliki risiko KEK (Kekurangan Energi Kronik) yaitu pada usia 15-19 tahun yang hamil sebesar 38,5% dan yang tidak hamil 46,6 %. Pada usia 20-24 tahun sebesar 30,1 yang hamil dan yang tidak hamil sebesar 30,6%. Pada usia 25-29 tahun adalah sebesar 20,9% yang hamil dan 19,3% yang tidak hamil. Sedangkan pada usia 30-34 tahun adalah sebesar 21,4%

yang hamil dan 13,6% yang tidak hamil. Hal ini menunjukkan proporsi WUS risiko KEK mengalami peningkatan dalam kurun waktu selama 7 tahun dan rentan usia yang memiliki risiko tertinggi yaitu pada usia 15-19 tahun pada yang hamil atau yang tidak hamil (Depkes RI, 2013).

Dari latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “*Studi Literatur* Gambaran Kehamilan Remaja yang Mengalami Anemia dan Kekurangan Energi Kronik di Indonesia”.

1.2. Rumusan Masalah

Kehamilan usia remaja merupakan suatu fenomena yang belum terselesaikan di dunia hingga sekarang. Usia reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan adalah usia 20-30 tahun, jika terjadi kehamilan di bawah atau di atas usia tersebut maka akan dikatakan beresiko akan menyebabkan komplikasi seperti anemia, BBLR, kekurangan energi kronik bahkan sampai pada kematian. Sehingga berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “*Bagaimana Studi Literatur* Gambaran Kehamilan Remaja yang Mengalami Anemia dan Kekurangan Energi Kronik di Indonesia?”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Teridentifikasi Gambaran Kehamilan Remaja yang Mengalami Anemia dan Kekurangan Energi Kronik di Indonesia.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi karakteristik usia pada remaja yang mengalami kehamilan.
- b. Teridentifikasi karakteristik pendidikan pada remaja yang mengalami kehamilan.
- c. Teridentifikasi kejadian anemia pada remaja yang mengalami kehamilan.
- d. Teridentifikasi kejadian kekurangan energi kronik pada remaja yang mengalami kehamilan.

1.4. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan agar meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kehamilan remaja terhadap kesehatan, terutama bagi orang tua agar memberikan pendidikan seks sejak usia dini.

2. Bagi Remaja

Penelitian ini diharapkan dapat untuk menambah wawasan remaja tentang kehamilan remaja.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan

informasi dalam promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif pada remaja yang mengalami kehamilan.

4. Bagi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan memberikan gambaran bagi pihak pendidikan mengenai seorang remaja dalam kehamilannya.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk penelitian berikutnya dengan mengembangkan metode yang lebih luas ruang lingkupnya yang berkaitan dengan karakteristik remaja yang mengalami kehamilan.