

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada Sidang Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), Indonesia bersama dengan 193 negara-negara lain di dunia telah menyetujui Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* dan berkomitmen untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (TPB/SDGs) di tahun 2030. Wujud komitmen yang muncul dari hasil sidang tersebut adalah ditetapkannya Peraturan Presiden No. 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian TPB/SDGs. Pada tahun 2019, laporan pencapaian TPB/SDGs Indonesia yang meliputi 280 indikator pada Rencana Aksi Nasional (RAN) 2017-2019 tercatat sekitar 52 persen atau 146 dari total indikator telah mencapai target. Indonesia sendiri masih memiliki sekitar 30 persen atau 84 indikator tersisa dari pencapaian target TPB/SDGs.

Pada TPB/SDGs tahun 2019, Tujuan 2 yaitu Tanpa Kelaparan merupakan tujuan yang berhubungan erat dengan kesehatan ibu dan anak dengan tujuan menghilangkan kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan gizi yang baik, serta meningkatkan pertanian berkelanjutan. Tujuan 2 dengan target 2.2 menyebutkan bahwa pada tahun 2030 menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi, termasuk pada tahun 2025 mencapai target yang disepakati secara internasional untuk anak pendek dan kurus di bawah usia lima tahun, dan memenuhi kebutuhan gizi remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui, serta manula (Bappenas, 2019). Dua indikator dalam Target 2.2 yaitu Perbaikan gizi (prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah lima tahun/balita) dan penurunan anemia pada ibu hamil. Menurut Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) 2019 prevalensi *stunting* masih cukup tinggi yaitu sebesar 27,67% dengan target pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2024 terjadi penurunan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) menjadi 14%. Sedangkan untuk prevalensi anemia pada ibu hamil menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan angka sebesar 48,9% dengan target nasional sebesar 28%. Risiko

anemia terbesar terjadi di kalangan wanita muda, didapatkan sebanyak 84,6% anemia pada ibu hamil terjadi pada kelompok umur 15-24 tahun (Kemenkes RI, 2021).

Stunting dan anemia merupakan indikator SDGs yang masih jauh dari target yang ditetapkan. Masalah *stunting* terjadi disebabkan karena adanya pengaruh dari pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan (Atmarita *et al.*, 2018). Anemia pada ibu hamil terjadi karena kurangnya zat besi pada masa kehamilan karena selama kehamilannya, ibu hamil membutuhkan tambahan zat besi lebih kurang 1000 mg, yang berfungsi untuk pertumbuhan janin, plasenta dan perdarahan saat persalinan yang mengeluarkan rata-rata 250 mg besi (Achadi, Endang., 2015). Faktor yang mempengaruhi adalah buruknya pola asuh terutama pemberian makanan bayi dan balita yang disebabkan oleh rendahnya tingkat pendidikan orangtua, buruknya kondisi lingkungan seperti akses sanitasi dan air bersih, dan sulitnya akses ke fasilitas kesehatan. Pada akhirnya secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan (TNP2K, 2017). Wanita hamil yang kurang beruntung secara sosial mengalami banyak tekanan psikososial, seperti kesulitan keuangan, pengangguran, kesulitan hubungan dan dukungan sosial yang tidak memadai. Hal tersebut dapat berkontribusi pada komplikasi kehamilan dan hasil kelahiran yang merugikan. Peningkatan tingkat stres yang dirasakan oleh ibu hamil akan berhubungan dengan kondisi kandungannya termasuk kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, risiko hipertensi dan diabetes gestasional, dan kematian bayi (Harris, 2021).

Stunting dan anemia merupakan faktor terjadinya kekurangan energi kronik (KEK) didukung oleh Penelitian yang dilakukan oleh Aldana-Parra *et al.*, (2020) terhadap balita yang mengalami *stunting* di Colombia menemukan bahwa anak *stunting* kemungkinan besar disebabkan oleh dampak negatif kesehatan dan asupan gizi yang buruk selama bulan-bulan pertama kehidupan di dalam kandungan. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ningtyas *et al.*, (2020) juga menyimpulkan riwayat KEK yang dialami oleh ibu hamil merupakan salah satu faktor risiko *stunting* pada balita. Hellyana *et al.*, (2019) dalam penelitiannya, menyimpulkan kekurangan energi kronik dan rendahnya pengetahuan mengenai kehamilan memiliki pengaruh terhadap anemia. Kurangnya energi kronik (KEK) pada masa kehamilan disebabkan oleh kurangnya asupan energi zat gizi makro

seperti karbohidrat, protein, dan lemak dan zat gizi mikro seperti vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium, iodium serta zat gizi mikro lain pada wanita usia subur yang berkelanjutan (remaja sampai masa kehamilan) (Kemenkes RI, 2018a). Dalam usaha mengurangi angka KEK, ibu hamil diberikan suplemen gizi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi, meliputi kapsul vitamin A, tablet tambah darah (TTD), dan bubuk tabur gizi. Tablet tambah darah yang dimaksud adalah tablet dengan kandungan paling sedikit zat besi dan asam folat yang diberikan kepada wanita usia subur dan ibu hamil sejak kunjungan pertama (K1).

Pada tahun 2020, cakupan pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil di Indonesia sebesar 83,6%. Masih ada sekitar 16,4% ibu hamil yang belum mendapatkan TTD sebagai penunjang masa kehamilan (Kemenkes RI, 2021). Pemberian ini dilakukan dengan memberikan TTD minimal 90 hari berturut-turut selama kehamilan (Dinkes Kota Surabaya, 2020). Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri atau wanita usia subur juga bertujuan untuk memenuhi kebutuhan zat besi yang dibutuhkan karena akan ibu di masa yang akan datang. Dengan cukupnya kebutuhan zat besi sejak dini diharapkan angka kejadian anemia ibu hamil, masalah saat persalinan, berat badan lahir rendah (BBLR) pada bayi dan balita pendek dapat menurun. Dalam mengonsumsi TTD diperlukan adanya kepatuhan karena berdasarkan Purwaningsih & Pratiwi, (2013) diperoleh hasil bahwa ibu hamil yang patuh mengonsumsi TTD cenderung tidak mengalami anemia sedangkan ibu hamil yang tidak patuh mengonsumsi TTD cenderung mengalami anemia ringan. Hasil penelitian Anggraeni, (2019), adanya hubungan antara kunjungan *Antenatal Care* (ANC) dengan kepatuhan konsumsi TTD. TTD diberikan saat ibu hamil melakukan kunjungan ANC sehingga kepatuhan konsumsi TTD tergantung pada kunjungan rutin para ibu untuk melakukan kunjungan ANC agar mendapat TTD dalam jumlah yang cukup.

Selain TTD, beberapa vitamin seperti vitamin A, C, D, dan kalsium juga termasuk kedalam mikronutrien yang disarankan untuk konsumsi oleh ibu hamil. Menurut penelitian Hitipeuw *et al.*, (2015), setelah melahirkan, bayi akan tergantung pada ASI dalam mendapatkan vitamin A karena ibu yang mempunyai kandungan vitamin A dalam ASI yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi selama 6 bulan. Vitamin A dan C juga dapat meningkatkan konsentrasi hemoglobin

dan mengurangi terjadinya anemia (Agusmayanti *et al.*, 2020; Thorne-Lymana and Fawzi, 2012). *Systematic-review* yang dilakukan oleh Owens, (2020) menemukan bahwa kekurangan vitamin D selama kehamilan dikaitkan dengan kejadian preeklampsia. Mengonsumsi kalsium selama kehamilan dapat mengurangi risiko gangguan hipertensi pada ibu, preeklampsia, morbiditas ibu dan kelahiran prematur (Gomes *et al.*, 2022).

Sebelum pandemi, pelayanan kesehatan ibu hamil dengan cakupan K4 yaitu jumlah ibu hamil yang telah memperoleh ANC sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester. Namun, naiknya kasus COVID-19 membuat ibu hamil menghindari untuk datang ke fasilitas kesehatan karena berbagai alasan, dari takut tertular, adanya anjuran penundaan pemeriksaan kehamilan, serta kurangnya kesiapan dari segi tenaga maupun sarana prasana termasuk alat pelindung diri. Adanya pandemi menyebabkan ANC mengalami penurunan dari tahun 2019 yaitu 88,54% menjadi 84,6% pada tahun 2020 (Kemenkes RI, 2021). Pada masa pandemi, pelayanan ANC pada kehamilan normal minimal enam kali dengan minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3 (Kemenkes RI, 2020a). Adanya perbedaan pelayanan kesehatan ibu hamil di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas di zona hijau, kuning, oranye, merah merupakan salah satu alasan mengapa ibu hamil kesulitan untuk mengikuti program yang ada. Seperti program kelas ibu hamil pada zona hijau dapat dilaksanakan dengan metode tatap muka namun pada zona kuning, oranye, merah mengalami penundaan di masa pandemi COVID-19 atau dilaksanakan secara daring. Program P4K pada zona hijau pengisian stiker P4K dilakukan tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal namun pada zona kuning, oranye, merah pengisian stiker P4K dilakukan oleh ibu hamil atau keluarga yang dipandu oleh tenaga kesehatan secara daring.

Cakupan ibu hamil di Surabaya yang mendapatkan TTD pada tahun 2019 sebesar 99,97%. Namun persentase ini masih belum setara dengan prevalensi *stunting* dan juga nilai persentase risiko KEK pada ibu hamil yang belum mencapai target. Menurut SSGBI tahun 2019, prevalensi *stunting* di Kota Surabaya sebesar 16,87% namun masih terdapat puskesmas dengan angka kasus *stunting* tertinggi. Wilayah yang memiliki kasus tertinggi adalah Kecamatan Pakal yaitu sebesar 20,55% diikuti dengan Kecamatan Semampir sebesar 19,14%. Pada dasarnya secara

keseluruhan beberapa puskesmas di wilayah Surabaya mulai dari barat, utara, timur, pusat dan selatan memiliki kasus stunting tertinggi namun dilihat berdasarkan jumlah penduduknya dan latar pendidikan maka dipilih puskesmas di wilayah Surabaya Utara dengan tujuan agar pengambilan data bisa lebih tersebar merata (Dinkes Kota Surabaya, 2020; Kemenkes RI and BPS, 2019).

Berdasarkan uraian diatas, penelitian ini dilakukan untuk melihat pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di wilayah Surabaya. Penelitian ini juga berdasar pada Teori *Lawrence Green* yaitu dengan menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. *Lawrence Green* menjelaskan bahwa perilaku ditentukan atau dibentuk dari faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana profil pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di puskesmas wilayah Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui profil pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di puskesmas wilayah Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di puskesmas wilayah Surabaya.
2. Untuk mengetahui sikap ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di puskesmas wilayah Surabaya
3. Untuk mengetahui perilaku ibu hamil terhadap penggunaan mikronutrien di puskesmas wilayah Surabaya
4. Untuk mengetahui perbedaan perilaku berdasarkan pengetahuan dan sikap terhadap penggunaan mikronutrien oleh ibu hamil di puskesmas wilayah Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian**1.4.1 Bagi Peneliti**

Dari penelitian ini, peneliti dapat meningkatkan pengetahuan mengenai penggunaan mikronutrien, kekurangan energi kronik (KEK) pada ibu hamil.

1.4.2 Bagi Instansi Kesehatan

Sebagai bahan pertimbangan untuk mencegah atau menanggulangi kekurangan energi kronik yang terjadi pada ibu hamil dengan penggunaan mikronutrien.