

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sustainable Development Goals (SDGs) merupakan suatu rencana aksi global yang disepakati oleh para pemimpin dunia yang memiliki 17 tujuan dan 169 target untuk kemajuan seluruh negara. SDGs memiliki 4 tujuan dan 19 target dalam sektor kesehatan. Salah satu targetnya adalah mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah dengan menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) hingga 12 kematian per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita (AKBA) 25 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Target tersebut merupakan salah satu dari target tujuan ke-3 yaitu menjamin kehidupan sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua orang di segala usia pada tahun 2030. Tujuan ini diharapkan dapat dicapai oleh seluruh negara di dunia, termasuk Indonesia.¹

Periode neonatal (28 hari pertama kehidupan) adalah waktu paling rentan bagi kelangsungan hidup neonatus. Sekitar 2,4 juta neonatus di dunia meninggal dalam bulan pertama kehidupan pada tahun 2019 dan hal ini menunjukkan adanya penurunan jumlah kematian neonatus dibandingkan tahun 2018 sebesar 2,5 juta. Data *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) menunjukkan AKN pada tingkat global rata-rata 17 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2019. Hal ini menunjukkan adanya penurunan AKN sebesar 52% dari 38 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1990.^{2,3} Angka kematian neonatal tertinggi berada di sub-Sahara Afrika dan Asia Selatan, dengan angka kematian neonatal diperkirakan masing-masing 27 dan 25 kematian per 1.000 kelahiran hidup dan terendah di Asia Timur dan Pasifik (Jepang sebesar 0,84 kematian per 1000 kelahiran hidup) dan di Eropa Barat (San Marino sebesar 0,78 kematian per 1000 kelahiran hidup).^{2,4}

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan terdapat rasio AKN sebesar 15 kematian per 1000 kelahiran hidup pada periode yang sama yaitu dalam periode 5 tahun sebelum SDKI 2017. Hasil data SDKI 2017 menunjukkan adanya penurunan AKN dibandingkan data SDKI tahun 2012 dengan AKN sebesar 19 kematian per 1000 kelahiran hidup.⁵

Meskipun terjadi penurunan yang signifikan, angka kematian neonatal dan bayi di Indonesia masih menduduki tingkat tertinggi di *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN).^{6,7} Penyebab kematian neonatal terbanyak di Indonesia tahun 2019 adalah kondisi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 35,3%. Penyebab kematian lainnya adalah asfiksia (27%), kelainan kongenital (12,5%), sepsis (3,5%), tetanus neonatorum (0,3%), dan lain-lain (21,4%).⁸ Data lokasi responden pada penelitian mengenai “Korelasi Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil dengan Nilai Antropometri Bayi Baru Lahir di Sumatra Barat” berasal dari Kota Padang Panjang yang merupakan kota dengan persentase status gizi kurang pada balita sebesar 5,5% tahun 2018 yang menandakan belum tercapainya target pada tahun 2018 sebesar 5% , Kabupaten Agam yang mengalami peningkatan AKB pada tahun 2019 sebesar 9,6 kematian per 1000 kelahiran hidup dibandingkan tahun 2018 sebesar 8,5 kematian per 1000 kelahiran hidup dan merupakan lokasi fokus AKB tahun 2021 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/319/2020, dan Kabupaten Tanah Datar yang merupakan daerah yang memiliki angka kematian neonatal yang tinggi akibat BBLR (44,9%).⁹⁻¹²

Berat badan bayi saat lahir merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi tumbuh kembang di masa depan.¹³ Bayi dengan berat lahir di bawah 2500 gram terlepas dari usia kehamilan dapat diindikasikan sebagai bayi dengan BBLR.^{14,15} BBLR merupakan penyebab utama kedua kematian neonatal dan menjadi masalah kesehatan masyarakat yang substansial di setiap negara karena berkontribusi terhadap 60%-80% angka kematian bayi.¹⁶⁻¹⁸

BBLR memiliki risiko kematian 40 kali lebih besar dibandingkan bayi dengan berat lahir lebih besar dari 2500 gram pada periode perinatal. BBLR disebabkan oleh kelahiran prematur (<37 minggu usia kehamilan) dan adanya hambatan pertumbuhan intrauterin atau dikenal dengan *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR). Kelahiran prematur dan IUGR disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor ibu yang berkaitan dengan penambahan berat badan selama masa kehamilan.^{14,16,19} Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil dan penambahan berat badan selama hamil yang sesuai dapat mencegah komplikasi pada kehamilan dan masa perinatal.²⁰ Selain faktor ibu, BBLR juga dipengaruhi

oleh faktor plasenta, faktor janin, dan faktor lingkungan.¹⁷ Penelitian Mahayana (2015) menunjukkan bahwa faktor risiko yang paling dominan terhadap kejadian BBLR adalah anemia ($p=0,001$) yang menyebabkan tidak optimalnya kenaikan berat badan ibu selama hamil dan paritas ($p=0,022$).^{14,21}

BBLR dapat memengaruhi panjang badan lahir sehingga dapat berdampak pada masa pertumbuhannya dengan risiko yang paling besar adalah *stunting* atau perawakan pendek. Dampak *stunting* selain mengakibatkan tubuh anak pendek juga dapat menyebabkan ketidakmampuan anak bersaing secara intelektual dengan anak-anak dengan berat badan normal dan terpenuhi gizinya di masa 1000 hari pertama kehidupan.²²

Data *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa angka BBLR tertinggi terdapat di Yunani sebesar 9,6% dari total kelahiran hidup dan terendah terdapat di Finlandia dan Estonia sebesar 4,1% dari total kelahiran hidup.²³ Sekitar 20,5 juta (14,6%) bayi di seluruh dunia lahir dengan BBLR pada tahun 2015 dan lebih dari setengahnya terjadi di Benua Asia, yakni sebesar 12,8 juta (17,3%). Angka BBLR tertinggi terdapat di Asia Selatan sebesar 9,8 juta bayi (26,4%) dan terendah terdapat di Asia Timur sebesar 0,9 juta bayi (5,1%). Data UNICEF dan *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa secara keseluruhan tidak ada wilayah atau sub-wilayah yang mengalami perubahan signifikan secara statistik baik dalam prevalensi maupun jumlah dalam jangka waktu 15 tahun (dari tahun 2000 hingga 2015).¹⁸

Prevalensi BBLR di Indonesia mengalami peningkatan pada tahun 2020 sebesar 11,37% dibandingkan tahun 2018 sebesar 6,2%. Data Badan Pusat Statistik (BPS) 2020 menunjukkan Provinsi Sulawesi Selatan menduduki prevalensi BBLR tertinggi sebesar 17,7% dan prevalensi BBLR terendah terdapat di Sumatra Barat sebesar 8,09%. Prevalensi BBLR di Sumatra Barat tahun 2020 menunjukkan adanya peningkatan dibandingkan tahun 2018 sebesar 4,6% meskipun Sumatra Barat merupakan provinsi yang terendah prevalensi BBLR-nya di Indonesia.^{22,24}

Kondisi berat badan lahir yang dapat menyebabkan kematian pada bayi selain BBLR adalah makrosomia (berat badan lahir diatas 4000 gram tanpa melihat usia kehamilan. Makrosomia memengaruhi 3%-15% dari semua kehamilan secara

global. Prevalensi makrosomia di negara maju berkisar antara 5%-20% dari semua kelahiran. Dibandingkan negara maju, penelitian tentang makrosomia di negara berkembang masih kurang.²⁵

Data Riskesdas 2018 menunjukkan kejadian berat badan lahir bayi diatas 4.000 gram pada tahun 2018 di Indonesia sebesar 3,7% dengan Provinsi Maluku Utara menduduki peringkat tertinggi (8,7%) dan yang terendah terdapat di Provinsi DI Yogyakarta.²⁶ Hal ini menunjukkan kejadian makrosomia di Indonesia mengalami penurunan dibandingkan pada tahun 2010 sebesar 6,4%.²⁷

Data Riskesdas 2018 menunjukkan dari 1723 bayi yang lahir di Provinsi Sumatra Barat didapatkan berat badan lebih dari 4.000 gram dengan persentase sebesar 4,44% pada tahun 2018. Hal ini menunjukkan bahwa masih tingginya kejadian bayi lahir dengan berat badan diatas 4.000 gram di Provinsi Sumatra Barat.²⁸

Kematian bayi akibat makrosomia disebabkan oleh komplikasi-komplikasi yang merugikan pada keluaran perinatal, seperti distosia bahu, Apgar skor rendah, dan asfiksia.²⁹ Penelitian yang dilakukan oleh Mohammadbeigi (2014) menunjukkan bahwa di antara 160 ibu hamil yang berpartisipasi dalam penelitian tersebut, 32 ibu (20%) melahirkan bayi makrosomia dengan 2 kasus kematian bayi makrosomia.³⁰ Penelitian Yang (2017) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara makrosomia dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) prahamil ibu ($p=0,006$), kenaikan berat badan ibu selama hamil ($p=0,013$) terutama penambahan berat badan ibu trimester II ($p=0,015$).³¹

Berat badan yang rendah pada masa prahamil berhubungan dengan kenaikan berat badan yang rendah selama kehamilan.³² Kenaikan berat badan yang tidak optimal selama masa kehamilan disebabkan oleh asupan nutrisi yang tidak mencukupi saat hamil yang menyebabkan ibu mengalami Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu dengan KEK berisiko melahirkan bayi dengan BBLR, panjang badan lahir pendek (<48 cm), dan lingkaran kepala lahir kecil atau *microcephalus* (<33 cm). Panjang badan lahir yang tidak optimal akan berdampak pada masa depan bayi yang ditandai dengan bayi berperawakan pendek (*stunting*).^{14,24,33} Penelitian Rosdianto (2019) menunjukkan terdapat hubungan antara penambahan berat badan ibu pada trimester I dan II dengan panjang badan lahir bayi dengan masing-masing *p-value*

0,008 dan 0,02. Penelitian tersebut juga menunjukkan adanya hubungan penambahan berat badan ibu pada trimester II dengan berat badan lahir bayi dengan *p-value* 0,003 serta terdapat hubungan penambahan berat badan ibu pada trimester II dan III dengan lingkaran kepala bayi baru lahir dengan masing-masing *p-value* 0,004.²⁰

Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa proporsi berat bayi lahir <2500 gram dan panjang badan lahir <48 cm di Indonesia adalah 4% dengan prevalensi tertinggi terdapat di DI Yogyakarta sebesar 7,6% dan terendah terdapat di Jambi dan Maluku sebesar 1,3%. Prevalensi BBLR dan bayi dengan panjang badan lahir pendek di Sumatra Barat sebesar 3,7%. Proporsi lingkaran kepala lahir <33 cm pada anak di Indonesia adalah sebesar 40,6% dengan prevalensi tertinggi terdapat di Kalimantan Tengah sebesar 60,4% dan terendah terdapat di Sulawesi Utara sebesar 27,1% pada tahun 2018. Prevalensi bayi dengan lingkaran kepala lahir <33 cm di Sumatra Barat sebesar 32% pada tahun 2018.²⁴

Pengukuran status gizi pada ibu hamil lazim dilakukan dengan mengukur Lingkaran Lengan Atas (LILA). Hasil pengukuran LILA menunjukkan adanya risiko menderita Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil atau Wanita Usia Subur (WUS). Ambang batas hasil pengukuran LILA WUS untuk menetapkan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm.³⁴ Data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (KEK) di Indonesia mencapai 17,3%.²⁴ Prevalensi risiko KEK ibu hamil umur 15-49 tahun di Indonesia tahun 2013 lebih tinggi dari tahun 2018 yaitu sebesar 24,2%.³⁵ Prevalensi ibu hamil dengan KEK di Sumatra Barat sebesar 16,7% pada tahun 2018.²⁴

Melihat tingginya AKN dan besarnya risiko *stunting* yang disebabkan oleh BBLR yang dipengaruhi oleh kenaikan berat badan ibu yang tidak optimal selama masa kehamilan membuat penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Korelasi Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil dengan Nilai Antropometri Bayi Baru Lahir di Sumatra Barat”.^{2,8,14,20,22,32} Berdasarkan Riskesdas 2018, sebagian besar wanita dewasa di Sumatra Barat yang berumur >18 tahun memiliki IMT normal yaitu sebesar 48,1% (Kota Padang Panjang sebesar 41,2%, Kabupaten Agam sebesar 53,69%, dan Kabupaten Tanah Datar sebesar 46,25%).²⁸ Hal ini menjadi alasan mengapa IMT *overweight* dan obesitas dimasukkan ke dalam

kriteria eksklusi pada penelitian ini. Selain itu, ibu yang memiliki IMT prahamil *overweight* dan obesitas akan cenderung mengalami efek yang merugikan selama kehamilan, seperti diabetes gestasional, preeklampsia, kehamilan pascamatur, bedah caesar darurat, bedah caesar elektif, perdarahan pascapartum, infeksi panggul, infeksi saluran kemih, infeksi luka, melahirkan bayi dengan makrosomia bahkan bayi lahir mati.³⁶ Data sekunder yang dibutuhkan untuk penelitian ini sudah dikumpulkan dan selanjutnya akan dilakukan pengolahan dan analisis data untuk mengetahui korelasi kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan nilai antropometri bayi baru lahir di Sumatra Barat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat korelasi kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan nilai antropometri bayi baru lahir di Sumatra Barat?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui korelasi kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan nilai antropometri bayi baru lahir di Sumatra Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristiknya (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, lokasi, IMT sebelum hamil, kenaikan berat badan ibu selama hamil berdasarkan rekomendasi *Institute of Medicine* (IOM) 2009, berat badan lahir bayi, dan panjang badan lahir bayi).
2. Mengetahui rata-rata total kenaikan berat badan ibu selama hamil (selisih berat badan ibu di akhir trimester III dengan berat badan sebelum hamil).
3. Mengetahui rata-rata berat badan lahir dan panjang badan lahir bayi.
4. Mengetahui korelasi antara kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan berat badan lahir dan panjang badan lahir bayi.
5. Mengetahui perbedaan rerata berat badan lahir dan panjang badan lahir bayi menurut kenaikan berat badan ibu selama hamil berdasarkan rekomendasi IOM 2009

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan wawasan akademik dan sebagai pengetahuan tambahan bagi seluruh mahasiswa. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi referensi untuk penelitian berikutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat khususnya ibu hamil dan ibu yang akan mempersiapkan kehamilan mengenai korelasi kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan nilai antropometri bayi baru lahir sehingga nantinya diharapkan timbulnya kesadaran akan pentingnya memperhatikan kenaikan berat badan selama hamil agar bayi yang dilahirkan memiliki nilai antropometri yang normal dan dapat mencapai tujuan ke-3 SDGs untuk menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) di Indonesia khususnya Provinsi Sumatra Barat.

b. Bagi Ilmuwan

Menambah pengetahuan peneliti mengenai korelasi kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan nilai antropometri bayi baru lahir.

c. Bagi Petugas Kesehatan

Sebagai informasi dan pengetahuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan edukasi bagi ibu hamil mengenai pentingnya memerhatikan kenaikan berat badan selama hamil agar melahirkan bayi dengan nilai antropometri normal.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari penelitian bersama antara Universitas Andalas dan Universitas Sheffield Hallam di Inggris yang diketuai oleh Prof. dr. Nur Indrawaty Lipoeto, M.Sc, Ph.D, Sp.GK dengan judul “*The Effects of a Local Yogurt (Dairy Product) Supplementation on Pregnancy and Birth Outcomes in West Sumatra : A Pilot Randomised Controlled Trial*” yang dilakukan di puskesmas dan bidan praktik swasta di Kota Padang Panjang, Kabupaten Agam, dan Kabupaten Tanah Datar pada Maret 2019 – Juni 2021. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan metode *cross sectional*.