

**HUBUNGAN ANTENATAL CARE DENGAN KEJADIAN
BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI KAB. TAKALAR**

***CORRELATION BETWEEN ANTENATAL CARE
AND LOW BIRTH BODY WEIGHT (BBLR) IN
TAKALAR REGENCY***

SITTI JASMANIH. SY.



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

**HUBUNGAN ANTENATAL CARE DENGAN KEJADIAN
BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DI KAB. TAKALAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Megister

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh

SITTI JASMANIH. SY.

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012**

PERNYAIAN TESIS

PENGARUH ANTENATAL CARE TERHADAP KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI KABUPATEN TAKALAR

Nama : Sitti Jasmanih Sy
Nomor Mahasiswa : P1807210531
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh :

SITTI JASMANIH SY
Nomor Pokok P1807210531

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis pada tanggal 31 Juli 2012 dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI
KOMISI PENASEHAT,

Dr. dr. H. M. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH
Ketua

Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat

Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc



Direktur Program Pascasarjana
Universitas Hasanudin

Prof. Dr. Iq. Mursalim

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sitti Jasmanih. SY

Nomor Mahasiswa : P18072105031

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis/disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2012

Yang menyatakan

Sitti Jasmanih. SY

PRAKATA

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya, sehingga penulisan tesis dapat diselesaikan dengan baik.

Terwujudnya tesis ini merupakan usaha maksimal yang telah penulis lakukan, dan banyak kendala yang dihadapi. Namun, atas bantuan dari berbagai pihak hal tersebut dapat diatasi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada bapak Dr. dr. M. Tahir Abdullah, M.Sc., MSPH , selaku pembimbing I dan bapak Dr. Ridwan M. Thaha , M.Sc, selaku pembimbing II yang dengan sabar, tulus, dan ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan saran-saran yang sangat berharga kepada penulis.

Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. Dr. Ir Mursalim, MSc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

4. Bapak Prof. Dr. dr. Buraerah H. Abd. Hakim, M.Sc, Ketua Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Program Pascasarjana UNHAS.
5. Para dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang dengan tulus, sabar, dan ikhlas mengajar penulis selama menempuh pendidikan.
6. Prof. Dr. dr. H. Alimin Maidin, MPH, Dr. dr. Arifin Seweng, MPH dan Dr. Masni, Apt, MSPH selaku penguji yang telah memberikan kritikan membangun serta masukan-masukan yang sangat bermanfaat. .
7. Suami tercinta serta anak-anakku terima kasih atas segala dukungan dan motivasi yang kalian berikan untuk ibunda tercinta.
8. Rekan-rekan mahasiswa Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga angkatan 2010 yang telah memberikan bantuan dan masukan selama perkuliahan dan penelitian ini.

Akhirnya ke hadirat Allah SWT jualah tempat memohon, semoga bapak dan ibu, mendapat balasan yang berlipat ganda di sisi-Nya. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat, dan sumbang saran dari berbagai pihak sangat penulis harapkan.

Makassar, Juli 2012

Penulis

ABSTRAK

Sitti Jasmanih. SY. *Hubungan Antenatal Care Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kab. Takalar* (Dibimbing Tahir Abdullah dan Ridwan M. Thaha)

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antenatal care dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kabupaten Takalar Tahun 2012.

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan rancangan penelitian kasus kontrol. Kasus yaitu ibu yang melahirkan dengan berat badan lahir rendah dan ibu yang tidak melahirkan bayi berat lahir rendah yang diambil dengan cara *purposive sampling*, dengan menggunakan data sekunder catatan rekam medis. Besar sampel sebanyak 134 kasus dan 134 kontrol yang diambil dengan cara Purposive Sampling. Analisis data dilakukan dengan uji chi-square, odd ratio dan metode regresi logistic ganda.

Hasil penelitian diperoleh bahwa faktor umur dengan nilai $P=0,32$ (OR=1,38 ; CI 0,72 : 2,66), pendidikan dengan nilai $P=0,89$ (OR=0,96 ; CI 0,58 : 1,59), dan frekwensi pemeriksaan antenatal care dengan nilai $P=1,00$ (OR=1,00 ; CI 0,61 : 1,62) bukan merupakan faktor risiko kejadian bayi berat lahir rendah di Kabupaten Takalar tahun 2012. Sedangkan paritas dengan nilai $P=0,04$ (OR=1,74 ; CI 0,99 : 3,05), jarak kehamilan dengan nilai $P=0,00$ (OR=3,09 ; CI 1,86 : 5,13), pekerjaan dengan nilai $P=0,02$ (OR=3,90 ; CI 1,06 : 14,3), status gizi dengan nilai $P=0,03$ (OR=4,75 ; CI 1,00 : 22,4), anemia dengan nilai $P=0,05$ (OR=2,46 ; CI 0,97 : 6,19), dan kelengkapan pemeriksaan antenatal care dengan nilai $P=0,01$ (OR=5,90 ; CI 1,28 : 27,1) merupakan faktor risiko kejadian bayi berat lahir rendah di Kabupaten Takalar.

Kata Kunci : Antenatal care dan berat badan lahir rendah.

DAFTAR ISI

ABSTRACT

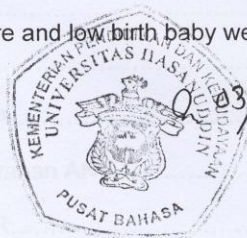
SITTI JASMANIH SY. *Correlation between Antenatal Care and low Birth Body Weight (BBLR) di Takalar Regency* (Supervised by Tahir Abdulla0 and Ridwan M. Thaha).

The aim of the research was to acknowledge the relationship between antenatal care and the low birth body weight (BBLR) in Takalar Regency, in 2012.

The type of the research was observational with case control design. The cases were mothers giving birth and low birth body weight and mothers who did not give low birth body weight. Samples withdrawn were purposive sampling. Secondary data were medical records. Data was analyzed with chi-squared method, odd ratio, and multiple logistic regression method.

The results of the study indicated that age factor with a value of $p=0.32$ (OR=1.38; CI 0.72: 2.66), education $p=0.89$ (OR=0.96; CI 0.58; 1.59) and antenatal care frequency $p=1.00$ (OR=1.00; CI 0.81; 1.62) were not the factors of low birth baby weight in Takatar Regency in 2012. Meanwhile with the parities $p=0.04$ (OR=1.74; CI 0.99:3.05), pregnancy distance with a value of $p=0.00$ (OR3.09; CI 1.86:5.13), job $p=0.02$ (OR=3.90; C1 1.06: 14.3), nutrition status $p=0.03$ (OR 4.75; CI 1.00: 22.4), anemia $p=0.05$ (OR=2.46; 0.97: 6.19), and antenatal care completeness $p=0.01$ (OR=5.90; CI 1.28: 27.1) were risk factor of low birth baby weight in Takalar Regency in 21012.

Keywords: antenatal care and low birth baby weight.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	6
C. Tujuan penelitian	6
D. Manfaat penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan tentang pelayanan ANC.....	9
B. Tinjauan tentang BBLR.....	22
C. Tinjauan tentang pelayanan bidan	39

D. Kerangka Teori	48
E. Kerangka Konsep	49
F. Definisi Operasional	51
G. Hipotesis Penelitian	54
BAB III METODE PENELITIAN	55
A. Desain Penelitian	55
B. Lokasi Dan Waktu Penelitian	56
C. Populasi Dan Sampel	56
D. Pengumpulan Data	61
E. Tehnik Pengolahan Dan Analisa Data	62
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	67
A. Hasil penelitian	67
B. Pembahasan	88
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	104
A. Kesimpulan	104
B. Saran	106

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Hal
1. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu di Kabupaten Takalar	68
2. Distribusi responden berdasarkan umur pemeriksaan Kehamilan	68
3. Distribusi responden berdasarkan tempat pemeriksaan kehamilan di Kabupaten Takalar	69
4. Distribusi responden berdasarkan pemeriksa kehamilan di kabupaten Takalar	70
5. Distribusi responden berdasarkan penambahan berat badan di Kabupaten Takalar	71
6. Distribusi responden berdasarkan jenis kelainan pada kehamilan di kabupaten Takalar	71
7. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin bayi di Kabupaten Takalar	72
8. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut umur di Kabupaten Takalar	73
9. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut paritas di Kabupaten Takalar.....	74

10. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut jarak kehamilan di Kabupaten Takalar ..	75
11. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut pendidikan di Kabupaten Takalar	77
12. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut pekerjaan ibu di Kabupaten Takalar ...	78
13. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut status gizi di Kabupaten Takalar	79
14. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut Anemia pada ibu hamil di Kabupaten Takalar	80
15. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut kelengkapan pemeriksaan ANC di Kabupaten Takalar	81
16. Distribusi responden berdasarkan besar risiko kejadian BBLR menurut frekwensi pemeriksaan ANC di Kabupaten Takalar	82
17. Distribusi variabel yang signifikan mempengaruhi BBLR..	84
18. Distribusi variabel yang tidak signifikan mempengaruhi BBLR	85
19. Hasil analisis regresi logistic ganda	85

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor

1. Kuesioner penelitian
2. Master tabel hasil penelitian dengan judul hubungan antenatal care dengan kejadian BBLR di Kabupaten Takalar tahun 2012
3. Hasil olahan data SPSS
4. Pengantar izin penelitian dari Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar
5. Rekomendasi penelitian dari Pemerintah Kabupaten Takalar Kantor Kesatuan Bangsa Dan Perlindungan Masyarakat

DAFTAR SINGKATAN

1. ANC : Antenatal Care
2. AKB : Angka Kematian Bayi
3. AKI : Angka Kematian Ibu
4. ASI : Air Susu Ibu
5. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah
6. KH : Kelahiran Hidup
7. KIE : Kominikasi, Informasi Dan Edukasi
8. LILA : Lingkar Lengan Atas
9. WHO : Word Health Organization
10. KB : Keluarga Berencana
11. DEPKES : Departemen Kesehatan
12. DINKES : Dinas Kesehatan
13. PK : Penanganan Komplikasi
14. KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
15. KEMENKES : Kementrian Kesehatan
16. KMK : Kecil Masa Kehamilan
17. SMK : Sesuai Masa Kehamilan
18. BMK : Besar Masa Kehamilan
19. KEK : Kekurangan Energi Kronis
20. Hb : Hemoglobin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

BBLR dapat berakibat jangka panjang terhadap tumbuh kembang anak di masa yang akan datang. Dampak dari bayi lahir dengan berat badan rendah ini adalah pertumbuhannya akan lambat, kecenderungan memiliki penampilan intelektual yang lebih rendah daripada bayi yang berat lahirnya normal. Selain itu bayi BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi.

Resiko kematian neonatal dengan BBLR adalah 6,5 kali lebih besar bila dibandingkan dengan bayi lahir dengan berat badan cukup. Penelitian lain di Amerika menyatakan bahwa resiko kematian neonatal pada bayi dengan BBLR hampir 40 kali lebih besar bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan cukup, sedangkan resiko kematian pada masa postnatal 5 kali lebih besar bila dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan cukup (Nurhadi, 2006).

Menurut perkiraan WHO, pada tahun 1995 hampir semua (98%) dari 5 juta kematian neonatal di negara berkembang atau berpenghasilan rendah. Lebih dari dua per tiga kematian adalah BBLR yaitu berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Secara global diperkirakan terdapat 25 juta persalinan per

tahun dimana 17% diantaranya adalah BBLR dan hampir semua terjadi di Negara berkembang (Saenab, 2006).

Diseluruh dunia 16 % dari semua bayi lahir mempunyai berat lahir kurang dari 2.500 gram. Dari jumlah ini 90 % berasal dari negara berkembang. Khususnya untuk negara di Asia Tenggara dilaporkan BBLR berkisar 20 sampai 30 % dari jumlah kelahiran. Angka ini masih jauh dari apa yang diharapkan. Departemen kesehatan pada akhir Pelita VI yaitu indikator keberhasilan upaya pembinaan kesehatan perinatal berupa penurunan BBLR menjadi kurang dari 7 % serta penurunan angka kematian bayi menjadi kurang dari 48 per 1000 kelahiran hidup (Nurhadi, 2006).

Target *Milleneum Development Goals* sampai dengan tahun 2015 adalah mengurangi angka kematian bayi dan balita sebesar dua per tiga dari tahun 1990 yaitu sebesar 20 per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi di Indonesia menurut SDKI 2002-2003, 57% angka kematian bayi terjadi pada umur dibawah 1 bulan. Penyebab tersebut antara lain karena gangguan perinatal dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan prematur merupakan penyebab kematian neonatal yang tinggi yaitu sebesar 30,3%. Neonatal dengan BBLR beresiko mengalami kematian 6,5 kali lebih besar daripada bayi yang lahir dengan berat badan normal. Disamping itu BBLR memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan bayi dengan berat badan normal ketika dilahirkan, khususnya kematian pada masa perinatal (Saenab, 2006).

Berdasarkan data SDKI 2007 derajat kesehatan ibu dan anak di Indonesia masih perlu di tingkatkan, ditandai oleh Angka Kematian Ibu (AKI) yaitu 228/100.000 Kelahiran Hidup (KH), dan tahun 2008, 4.692 jiwa ibu meninggal di masa kehamilan, persalinan dan nifas. Sedangkan Angka Kematian Bayi (AKB) 34/1000 KH, Sedang menurut hasil Riskesdas 2007, penyebab kematian bayi baru lahir 0 – 6 hari di Indonesia adalah gangguan pernapasan (36,9%), prematuritas (32,4%), sepsis (12%), Hipotermi (6,8%), kelainan darah (6,6%)dan lain-lain. Penyebab kematian bayi 7 – 28 hari adalah sepsis (20,5%, kelainan congenital (18,1%), pneumonia (15,4%,) prematuritas dan BBLR (30,2%). Oleh karena itu, upaya penurunan AKB dan AK Balita perlu memberikan perhatian yang besar pada upaya penyelamatan bayi baru lahir dan penanganan penyakit infeksi (diare dan pneumonia) (Depkes RI, 2008).

Hasil studi di 7 provinsi daerah multicenter yaitu Sumatra, Medan, Sulawesi, Kalimantan, Jawa barat, Jawa tengah, diperoleh angka BBLR dengan rentang 2,1% - 17,2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7% (Depkes RI, 2008).

BBLR bervariasi menurut propinsi dengan rentang 2,0% - 15,1% terendah di propinsi Sumatra Utara dan tertinggi di Sulawesi Selatan, tercatat

bahwa jumlah bayi dengan BBLR sebanyak 1.554 (1,2% dari total bayi lahir) dan yang tertangani sebanyak 1.178 orang (75,8%) (Dinkes SulSel, 2005).

Tingginya angka kejadian BBLR juga merupakan salah satu gambaran status gizi masyarakat. Dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar diperoleh data mengenai jumlah BBLR tahun 2010 sebanyak 152 (2,75%) Bayi dan terdapat 42 yang meninggal, sedangkan pada tahun 2011 jumlah BBLR sebesar sebanyak 153 (2,79%) dan terdapat 49 yang meninggal (Dinkes Takalar, 2011).

Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi terhadap kejadian BBLR, antara lain adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 34 tahun, status sosial ekonomi yang kurang, status perkawinan yang tidak sah, tingkat pendidikan yang rendah). Risiko medis ibu sebelum hamil juga berperan terhadap kejadian BBLR (paritas, berat badan dan tinggi badan, pernah melahirkan BBLR, jarak kelahiran). Status kesehatan reproduksi ibu berisiko terhadap BBLR (status gizi ibu, infeksi dan penyakit selama kehamilan, riwayat kehamilan dan komplikasi kehamilan). Status pelayanan antenatal (frekuensi dan kualitas pelayanan antenatal, tenaga kesehatan tempat periksa hamil, umur kandungan saat pertama kali pemeriksaan kehamilan) juga dapat beresiko untuk melahirkan BBLR (Pantiawati, 2010).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat lahir rendah, yang dapat dibagi menjadi faktor intrinsik bayi yang terdiri dari

kelainan placenta, jenis kelamin, dan ras. Faktor maternal biologi serta faktor maternal lingkungan. 8). Faktor-faktor maternal tersebut adalah : umur ibu muda < 20 tahun, tinggi badan < 145 cm, ukuran antropometri (LLA < 23,5 cm), nutrisi ibu, jarak kehamilan < 18 bulan, adanya infeksi, aktifitas fisik. Sedangkan factor lingkungan dapat berupa status sosial ekonomi, layanan kesehatan, altitude (ketinggian tempat tinggal), rokok dan konsumsi alcohol (Nurhadi, 2006).

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kematian ibu tadi ternyata sangatlah kompleks diantaranya adalah tingkat pendapatan, pendidikan dan ekonomi rumah tangga, juga faktor lingkungan serta faktor sosial budaya/perilaku masyarakat. Setiap 2 jam sekali ibu meninggal pada saat melahirkan sebagian karena kurangnya pengetahuan tentang hal-hal yang berisiko terhadap kehamilan. ada 4 (empat) terlalu dan 3 (tiga) terlambat yang biasanya terjadi pada kematian ibu yaitu : terlalu muda untuk hamil dan melahirkan, terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan dan kelahiran serta terlalu banyak melahirkan, sedangkan 3 (tiga) terlambat yaitu terlambat mengambil keputusan untuk membawa ke Rumah sakit, terlambat membawa ke Rumah Sakit dan terlambat ditangani (Depkes, 2001).

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka masalah dalam penelitian ini yaitu bagaimana Pengaruh Pelayanan Antenatal Care Terhadap Kejadian BBLR Di Kabupaten Takalar.

B. Rumusan Masalah

BBLR merupakan masalah yang sangat kompleks karena tidak hanya menyebabkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas tetapi juga dapat menyebabkan kecacatan atau gangguan pertumbuhan dan perkembangan, gangguan belajar, kemampuan intelektual yang rendah.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan bayi lahir dengan berat lahir rendah terutama KMK yang belum diketahui, untuk masih perlu dilakukan studi untuk mengetahui factor risiko apa saja yang berhubungan dengan faktor-faktor kejadian BBLR. Berdasarkan pada uraian diatas maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan antenatal care dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Kabupaten Takalar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antenatal care dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kabupaten Takalar

2. Tujuan khusus

a. Menganalisis faktor umur terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah

- b. Menganalisis faktor paritas terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- c. Menganalisis faktor jarak kehamilan terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- d. Menganalisis faktor pendidikan terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- e. Menganalisis faktor pekerjaan terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- f. Menganalisis faktor status gizi terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- g. Menganalisis faktor anemia terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- h. Menganalisis faktor kelengkapan pemeriksaan antenatal care terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah
- i. Menganalisis faktor frekwensi pemeriksaan antenatal care terhadap risiko mengalami kejadian bayi berat lahir rendah

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk Dinas Kesehatan

Sebagai masukan kepada pengelola program, khususnya pengelola program Kesejahteraan Ibu dan Anak dalam perencanaan program,

pengambilan kebijakan serta pelayanan kepada masyarakat yang berkaitan dengan penurunan angka kejadian bayi berat lahir rendah serta penurunan kesakitan dan kematian bayi

2. Manfaat untuk Masyarakat

Memberikan kontribusi terhadap kesejahteraan ibu dan anak di dalam hal perubahan perilaku dalam rangka menurunkan angka kejadian bayi BBLR, kematian perinatal dan angka kematian bayi melalui pendidikan masyarakat di bidang kesehatan.

3. Manfaat Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi mahasiswa, dan sebagai bahan penunjang mata kuliah kesehatan reproduksi tentang kejadian bayi berat lahir rendah

4. Untuk ilmu pengetahuan

Sebagai bahan informasi dan masukan untuk penelitian selanjutnya mengenai kejadian bayi berat lahir rendah serta penurunan kesakitan dan kematian bayi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan pelayanan ANC

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang mencakup anamnesis, pemeriksaan fisik umum dan kebidanan, pemeriksaan laboratorium atas indikasi tertentu serta indikasi dasar dan khusus. Selain itu aspek yang lain yaitu penyuluhan, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), motivasi ibu hamil dan rujukan.

Tujuan asuhan antenatal adalah memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin selama kehamilan, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal serta optimalisasi kembalinya kesehatan reproduksi ibu secara wajar. Keuntungan

layanan antenatal sangat besar karena dapat mengetahui resiko dan komplikasi sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Layanan antenatal dilakukan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang lebih intensif, pengobatan agar resiko dapat dikendalikan, serta melakukan rujukan untuk mendapat tindakan yang adekuat (Fitrihanda, 2010)

Pelayanan yang dilakukan secara rutin juga merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini kehamilan beresiko sehingga dapat dengan segera dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi dan merencanakan serta memperbaiki kehamilan tersebut. Kelengkapan antenatal terdiri dari jumlah kunjungan antenatal dan kualitas pelayanan antenatal. (Depkes, 2007)

1. Indikator pelayanan antenatal terpadu

a. Kunjungan pertama (K1)

Adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama sebaiknya dilakukan sedini mungkin sebaiknya sebelum minggu ke 8

b. Kunjungan ke 4 (K4)

Adalah ibu hamil engan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar.

Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut :

- 1) Minimal 1 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu) = K1
- 2) Minimal 1 kali pada trimester kedua (lebih 12-24 minggu) = K2
- 3) Minimal 2 kali pada trimester ke tiga (24-36 minggu dan kunjungan ke 4 lebih dari 36 minggu) = K3 dan K4

c. Penanganan komplikasi (PK)

Adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin dan nifas. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang berkompetensi (Depkes, 2008)

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung atau normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal.

Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

2. Standar Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu dan berkualitas secara keseluruhan meliputi hal hal sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan dan konseling kesehatan termasuk gizi agar kehamilan berlangsung sehat.
- b. Melakukan deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- c. Menyiapkan persalinan yang bersih dan aman.
- d. Merencanakan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- e. Melakukan penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- f. Melibatkan ibu dan keluarga terutama suami dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinandan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.

Sesuai kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “14 T”, meliputi (Prawirohardjo, 2002 dalam Francichandra, 2010) :

- a. Timbang berat badan (T1)

Ukur berat badan dalam kilo gram tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.

- b. Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/80 – 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya preeklamsi.

- c. Ukur tinggi fundus uteri (T3)
 - d. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
 - e. Pemberian imunisasi TT (T5)
 - f. Pemeriksaan Hb (T6)
 - g. Pemeriksaan VDRL (T7)
 - h. Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara (T8)
 - i. Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil (T9)
 - j. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)
 - k. Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T11)
 - l. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T12)
 - m. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
 - n. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (T14)
3. Faktor – faktor yang dapat menunjang kualitas pelayanan antenatal

a. Kompetensi Teknis

Kompetensi teknis menyangkut ketrampilan, kemampuan, dan penampilan atau kinerja pemberi layanan kesehatan. Kompetensi teknis itu berhubungan dengan bagaimana pemberi layanan kesehatan mengikuti standar layanan kesehatan yang telah disepakati, yang meliputi kepatuhan, ketepatan, kebenaran dan konsistensi. Tidak dipenuhinya kompetensi teknis dapat mengakibatkan berbagai hal, mulai dari penyimpangan kecil terhadap standar layanan kesehatan,

sampai kepada kesalahan fatal yang dapat menurunkan mutu layanan kesehatan dan membahayakan jiwa pasien.

b. Prosedur / Standar

Aplikasi program jaminan mutu di Puskesmas adalah dalam bentuk penerapan standar dan prosedur tetap pelayanan, agar hasil yang diperoleh tetap terjaga kualitasnya, meskipun pada kondisi lingkungan dan petugas yang berbeda/bergantian. Menurut Utari,et.al standar adalah suatu pernyataan yang dapat dipergunakan untuk mengukur atau menilai efektifitas suatu sistem pelayanan.Sedangkan standar menurut Donabedian adalah rentang variasi yang dapat diterima dari suatu norma atau kriteria. Menurut Utari, et al standar adalah pernyataan yang dapat diterima dan disepakati tentang sesuatu (produk, proses, kegiatan, barang) yang dipergunakan untuk mengukur atau menilai efektifitas suatu sisitem pelayanan. (Utarini A, 2000)

c. Standar menurut Meissenheimer dalam Koentjoro adalah ukuran yang ditetapkan dan disepakati bersama, merupakan tingkat kinerja yang diharapkan. Dalam PP 102 tahun 2000 dijelaskan bahwa standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsesus semua pihak yang terkait dengan memperhatikan syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan

ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, yakni perkembangan masa kini dan masa yang akan datang.

Kualitas pelayanan kesehatan sebenarnya merujuk pada penampilan (*performance*) dari pelayanan kesehatan. Secara umum disebutkan bahwa makin sempurna penampilan pelayanan kesehatan, makin sempurna pula mutunya. Penampilan merupakan keluaran dari suatu pelayanan kesehatan. Baik atau tidaknya keluaran dipengaruhi oleh proses, masukan dan lingkungan. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Standar/Unsur masukan

Standar masukan ditetapkan persyaratan minimal unsure masukan yang perlu disediakan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, meliputi tenaga, dana dan sarana/prasarana. Tenaga dalam pelayanan antenatal yaitu tenaga kesehatan profesional seperti bidan atau dokter spesialis kandungan dalam melakukan pelayanan antenatal. Pelayanan antenatal hanya dapat diberikan oleh tenaga kesehatan profesional dan tidak dapat diberikan oleh dukun bayi.

Dana yaitu kemampuan pasien untuk mengakses sarana yankes dengan menggunakan dana pribadi maupun asuransi kesehatan yang disediakan oleh pemerintah. Tanpa adanya dana/biaya sulit untuk ibu hamil dalam menjangkau pelayanan kesehatan.

Sarana yaitu fasilitas untuk penatalaksanaan antenatal (tensimeter, alat ukur tinggi badan, alat ukur berat badan, stetoskop,

stetoskop janin, alat pemeriksaan Hb, alat pemeriksaan protein urine, KMS ibu hamil/buku KIA, register kohort ibu, kartu ibu, pita centimeter, tablet Fe, asam folat, vaksin TT, meteran LILA). Tenaga, dana dan sarana/fasilitas tersebut, seluruhnya harus sesuai standar pelayanan antenatal yang telah ditetapkan.

2. Standar/Unsur lingkungan

Standar lingkungan ditetapkan persyaratan minimal unsure lingkungan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Unsur lingkungan antara lain garis-garis besar kebijakan, pola organisasi serta sistem manajemen yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan. Kebijakan meliputi kebijakan program pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan, dilakukan minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut : minimal 1 kali pada trimester pertama, minimal 1 kali pada trimester kedua, dan minimal 2 kali pada trimester ketiga. Kebijakan teknis diantaranya mengupayakan kehamilan yang sehat, melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan, persiapan persalinan yang aman, perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.

Standar pelayanan tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan khususnya dalam memberi kesempatan yang cukup dalam menangani kasus resiko tinggi yang ditemukan. Baik atau tidaknya

pelayanan antenatal bukan dilihat dari kuantitasnya, namun dilihat dari kualitasnya.

Organisasi dan manajemen yaitu tempat penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk dapat melakukan kegiatan pelayanan antenatal (puskesmas, bidan swasta, klinik, rumah sakit).

Penyelenggaraan pelayanan antenatal harus sesuai dengan tujuan asuhan antenatal yang telah ditetapkan. Program Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) didukung SK Menkes No 248/Menkes/SK/III/2004 yang mengesahkan buku KIA secara nasional sebagai satu – satunya sistem pencatatan kesehatan ibu hamil dan anak balita. Ibu yang melakukan layanan antenatal diberikan buku KIA untuk dapat dilakukan pencatatan mengenai kondisi kesehatan, selain itu buku KIA berfungsi sebagai edukasi dan komunikasi bagi ibu.

3. Standar Proses

Standar proses ditetapkan persyaratan minimal unsur proses yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Baik atau tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka haruslah dapat diupayakan tersusunnya standar proses tersebut.

Unsur proses meliputi tindakan medis meliputi anamnesis, diantaranya yaitu mendapatkan gambaran tentang riwayat kehamilan (usia ibu, hari pertama haid terakhir). Riwayat obstetrik lalu (jumlah

kehamilan, jumlah persalinan, jumlah anak, jumlah aborsi, perdarahan, hipertensi pada kehamilan lalu), riwayat penyakit ibu (jantung, diabetes mellitus, TBC, pernah operasi, malaria, asma, ginjal, infeksi). Riwayat sosial ekonomi (status perkawinan, respon ibu terhadap kehamilan, pekerjaan, pendidikan, pembuat keputusan dalam keluarga).

Unsur proses juga meliputi pemeriksaan fisik umum (tekanan darah, nadi, berat badan, tinggi badan). Pemeriksaan luar (tinggi fundus uteri, palpasi untuk melakukan letak janin, pemeriksaan detak jantung janin), pemeriksaan dalam (pemeriksaan vulva/perineum, pemeriksaan spekulum). Tes laboratorium (darah dan urin, tes terhadap penyakit menular seksual). Selain itu juga perlunya konseling dan promosi kesehatan selama kehamilan untuk dapat meningkatkan motivasi ibu hamil agar dapat menjalani kehamilan dan persiapan persalinan dengan baik dan lancar.

Pemantauan kemajuan kehamilan dilakukan pada setiap kunjungan antenatal (pengukuran tekanan darah, penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran tinggi fundus uteri, memantau gerakan janin); mendiagnosa kehamilan untuk mengetahui ada tidaknya komplikasi serta penanganannya) dan non medis (konseling perawatan kehamilan dan persiapan rujukan) Pemeriksaan, diagnosis pemantauan serta penanganan harus dilakukan sesuai standar.

Kualitas pelayanan antenatal dapat diukur antara lain dari jenis pemeriksaan yang dilakukan pada saat kunjungan, serta intervensi gizi bagi ibu hamil. Ruang lingkup dalam pembahasan kualitas pelayanan antenatal yang perlu mendapat perhatian antara lain adalah persiapan persalinan yaitu mengenai tempat melakukan persalinan, transportasi, penolong persalinan, biaya serta donor darah. Kualitas pelayanan antenatal selanjutnya adalah mengenai informasi tentang perilaku sehat, termasuk kepemilikan buku KIA. Ibu yang memiliki buku KIA lebih banyak yang melakukan layanan antenatal ke bidan atau perawat dibanding ibu yang tidak memiliki buku KIA. Secara umum lebih banyak ibu yang memiliki buku KIA menerima layanan antenatal dibanding dengan ibu yang tidak memiliki buku KIA.

The American College of Obstetricians and Gynecologists menggambarkan 4 fungsi pelayanan antenatal bagi ibu selama kehamilan yaitu penilaian resiko kehamilan, pengawasan yang dilakukan secara terus menerus, promosi kesehatan, dukungan psikososial kepada ibu hamil. Tujuan penilaian resiko kehamilan adalah untuk mendeteksi resiko kehamilan yang dapat mempengaruhi kehamilan ibu dan berat bayi yang dilahirkan, selain itu penilaian resiko kehamilan digunakan sebagai pertimbangan untuk memberikan pelayanan medis yang cocok untuk dapat mencegah komplikasi akibat kehamilan yang dapat mempengaruhi ibu dan janin.

Penilaian resiko kehamilan umumnya dilakukan pada kunjungan pertama pada pemeriksaan kehamilan, penilaian dilakukan dengan mengidentifikasi berbagai sebab dan pengaruh demografi ibu, status kesehatan reproduksi ibu, faktor lingkungan dan perilaku ibu. Hal tersebut akan dapat diketahui dan digunakan sebagai dasar dalam penentuan faktor resiko kehamilan, sehingga resiko kehamilan yang berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan bayi dapat diantisipasi sedini mungkin.

Pemantauan yang dilakukan secara terus menerus bertujuan untuk memantau kondisi kehamilan demi keselamatan ibu dan bayi. Tujuan dari pemantauan adalah identifikasi untuk mendeteksi penyimpangan seperti gangguan/komplikasi serta penyakit yang diderita, selanjutnya diarahkan untuk mendapatkan perawatan yang sesuai agar tidak mengganggu proses kehamilan.

Promosi kesehatan antara lain kelengkapan informasi mengenai dampak kehamilan dan perubahan fisik yang dialami oleh ibu hamil, memberikan nasehat agar ibu dapat menjaga perilaku selama hamil demi kesehatan ibu dan bayi. Hal tersebut yaitu memberikan informasi nutrisi ibu hamil berkaitan dengan penambahan berat badan dan masukan gizi ibu hamil, anjuran mengikuti senam hamil untuk membantu kelancaran proses persalinan. Selain itu juga ibu hamil diberi dukungan psikologis selama hamil dan persiapan persalinan. Perawatan payudara yaitu dengan memijat dan menarik puting susu agar menonjol. Hal tersebut

mempermudah ibu dalam menyusui serta mempersiapkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif setelah melahirkan.

Kejadian BBLR berkaitan dengan kurangnya kualitas pelayanan antenatal. Ibu yang menerima pelayanan kesehatan secara dini dan berkelanjutan dan lengkap akan dapat memiliki hasil akhir kehamilan yang lebih baik dibandingkan ibu yang tidak menerimanya. Pelayanan antenatal yang lengkap meliputi jenis, fungsi dan tujuan pelayanan antenatal. Ibu yang tidak menerima pelayanan antenatal mempunyai kemungkinan resiko untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang menerima pelayanan antenatal. (Zaenab R, Joeharno, 2006)

The Institute of Medicine's Committee to Study the Prevention of Low Birth Weight menyimpulkan bahwa lebih baik melakukan pelayanan antenatal daripada tidak sama sekali. Pelayanan antenatal seawal mungkin lebih baik daripada pelayanan antenatal yang dilakukan pada akhir kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan lebih sering lebih baik daripada pelayanan antenatal yang jarang dilakukan.

Ketidakcukupan pelayanan antenatal sering dilakukan terlebih pada faktor psikososial dan kesulitan sosial ekonomi yang mungkin saja mempengaruhi kondisi medis ibu hamil. Kurangnya pencegahan dan penanganan sedini mungkin memperparah masalah yang timbul. Ibu hamil yang menerima saran dalam pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan adalah sangat penting dalam pencegahan kejadian BBLR.

Namun hal tersebut khususnya untuk penilaian resiko dan promosi kesehatan tidak rutin dilakukan selama ini. Usaha untuk memperbesar pelayanan antenatal agar lebih efektif dapat dilakukan dengan tidak melupakan promosi kesehatan dan penilaian resiko yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Hal tersebut dapat meningkatkan kualitas pelayanan antenatal sehingga kejadian BBLR dapat dicegah melalui pelayanan antenatal yang berkualitas.

B. Tinjauan BBLR

1. Definisi BBLR

Bayi berat lahir rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, Sedang definisi yang lain adalah bayi berat lahir kurang 2.500 gram dengan tanpa memperhatikan masa gestasi (umur kehamilan). (Zaenab R, Joeharno, 2006)

Pembagian BBLR menurut *International Statistical Classification of Diseases and related health problem tenth revision* (ICD 10), ini termasuk didalam kategori BBLR (*low birthweight*) adalah Bayi Berat Lahir (BBL) sangat rendah (*very low birthweight*) dan BBL sangat-sangat rendah (*extemely low birthweight*) yang tidak mencerminkan suatu kategori yang *mutually exclusive*. (Zaenab R, Joeharno, 2006)

Batas bawah dari pembagian ini tumpang tindih, contohnya *low* termasuk didalamnya *very low* dan *extremely low*, sementara *itu very low* termasuk didalamnya *extremely low*.

BBL “sangat rendah” adalah berat badan bayi baru lahir kurang dari 1500 gram. BBL “sangat-sangat rendah” adalah berat badan bayi baru lahir kurang dari 1000 gram.

Bayi berat lahir rendah dapat dibedakan menjadi dua jenis :

1. Prematuritas Murni (sesuai masa kehamilan)

Bayi lahir dengan prematuritas murni adalah bayi yang lahir dengan masa kehamilan kurang 38 minggu dengan berat yang sesuai. Berat bayi ini berada antara persentil ke 10 dan 90 (mean lebih kurang 1,5 SD) pada kurva normal.

Bayi dengan prematuritas murni ini digolongkan dalam 3 kelompok sebagai berikut :

- a. Bayi Prematur Berat

Bayi premature berat adalah bayi yang lahir pada masa kehamilan 24 – 30 minggu. Bayi dengan masa kehamilan 24 – 27 minggu masih sangat sulit bertahan hidup terutama di negara berkembang. Bayi dengan masa kehamilan 28 – 30 minggu mungkin dapat hidup dengan perawatan sangat intensif.

b. Bayi Prematur Sedang

Bayi premature sedang adalah bayi yang lahir dengan masa kehamilan 31 – 36 minggu. Pada golongan ini kesanggupan untuk hidup jauh lebih baik dibandingkan premature berat.

c. Bayi Ambang Prematur

Bayi ambang premature adalah bayi yang lahir dengan masa kehamilan 37 – 38 minggu. Bayi pada golongan ini mempunyai sifatsifat premature dan matur. Biasanya beratnya seperti bayi matur dan dikelola seperti bayi matur, akan tetapi sering timbul problematic seperti yang dialami bayi premature, seperti hiperbilirubinemia, sindroma gangguan pernafasan, daya isap yang lemah dan sebagainya, sehingga harus diawasi dengan ketat. (Sitohang NA, 2004)

2. Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)

Bayi KMK adalah bayi dengan berat lahir sampai dengan 2.500 gram. Umur kehamilan ≥ 38 minggu dan terletak dibawah persentil ke 10 dari berat yang seharusnya untuk umur kehamilan tertentu, dan berat lahir < 2 SD dibawah nilai rata-rata umur kehamilan.

Berat badan bayi dalam prosesnya ditentukan oleh dua hal penting yaitu umur kehamilan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Bayi berat lahir rendah disebabkan oleh dua hal tersebut dan yang paling sering ditemukan adalah gangguan pertumbuhan dan

perkembangan janin dalam kandungan (intra Uterine Growth Retardation). Berdasarkan klasifikasi menurut berat lahir dan umur kehamilan, tampak jelas status maturasi dan status gizi bayi pada saat kelahiran. Battaglia adalah orang yang pertama menggunakan kurva pertumbuhan janin intrauterine (gambar 1). Ia menentukan bahwa yang terletak dibawah persentil ke 10 adalah kecil untuk masa kehamilan (KMK), diatas persentil ke 90 adalah besar untuk masa kehamilan (BMK), dan yang terletak diantara persentil ke 10 dan 90 adalah sesuai untuk masa kehamilan (SMK) . Dari kurva tersebut ternyata terdapat sembilan golongan bayi , yaitu ;

a. Bayi Cukup Bulan

1. Kecil untuk masa kehamilan (KMK)
2. Sesuai untuk masa kehamilan (SMK)
3. Besar untuk masa kehamilan (BMK)

b. Bayi Kurang Bulan

1. Kecil untuk masa kehamilan
2. Sesuai untuk masa kehamilan
3. Besar untuk masa kehamilan

c. Bayi Lebih Bulan

1. Kecil untuk masa kehamilan
2. Sesuai untuk masa kehamilan
3. Besar untuk masa kehamilan

Negara dimana kurang gizi merupakan masalah yang umum maka ibu hamil, ibu menyusui dan bayi merupakan kelompok rawan dengan risiko kematian yang tinggi. Gizi buruk pada ibu, meningkatkan risiko untuk kematian ibu, lahir mati dan kelahiran bayi dengan berat lahir rendah. (WHO, 1990)

3. Faktor.faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR

a. Faktor Ibu

Menurut Phuapradit (1990) berdasarkan suatu penelitian perinatal di Bang Pa In, Propinsi Ayutha, Thailand tahun 1977-1978 yang sudah dikolaborasi oleh WHO, faktor resiko ibu yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR adalah :

- a) Faktor biologi : meliputi umur ibu (≤ 17 tahun, ≥ 30 tahun), paritas ≥ 4 dan jarak kelahiran < 18 bulan.
- b) Satus gizi ibu : tinggi badan ≤ 144 cm, berat badan waktu melahirkan ≤ 44 kg, penambahan berat badan < 7 kg
- c) Komplikasi kesehatan : Diabetes mellitus, Hipertensi kronik
- d) Komplikasi Kebidanan : Preeklamsi
- e) Pemanfaatan layanan kesehatan : tidak pernah periksa hamil (layanan antenatal)

Puffer & Serrano (1987) mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi berat badan bayi sangat banyak dan kompleks yang

terdiri dari faktor biologikal, sosial dan ekologi. Secara garis besar faktor-faktor tersebut dapat diklasifikasikan menjadi :

- a) Keadaan ibu hamil : fisik dan mental, status gizi, penambahan berat badan.
- b) Tingkat pendidikan
- c) Kebiasaan buruk seperti merokok, minum alkohol, minum obat, kerja keras dan diet yang tidak tepat.
- d) Dukungan kehamilan dari keluarga
- e) Layanan antenatal

1. Umur Ibu

Kurun waktu yang paling baik untuk melahirkan adalah antara 20 sampai 30 tahun. Makin jauh umur seseorang ibu dari kurun waktu tersebut, makin besar resiko bagi ibu maupun anaknya (BKS Perfin, 1990), Menurut Kramer (1987) yang dikutip oleh Institute of Medicine, umur ibu berpengaruh terhadap berat badan bayi waktu lahir. Secara umum ibu yang umurnya lebih muda akan mempunyai bayi yang lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang lebih tua.

Telah banyak penelitian yang menghubungkan antara umur ibu dengan kejadian BBLR. Salah satunya adalah penelitian di Ujung Berung yang mendapatkan hasil bahwa ibu yang berumur < 20 tahun mempunyai resiko melahirkan BBLR 1,69 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang berumur > 20 tahun.

(Alisyahbana, 1990). Hal ini ditemukan pula pada penelitian di daerah urban di Guatemala pada bulan April 1984 – Januari 1986, yaitu ibu yang berumur < 17 tahun dan > 35 tahun, mempunyai resiko untuk melahirkan BBLR 2 kali lebih besar dibandingkan ibu yang berumur 17 – 35 tahun (Sitohang NA, 2004)

2. Paritas ibu

Seorang wanita setelah persalinan membutuhkan waktu dua sampai tiga tahun untuk dapat memulihkan tubuhnya, dan mempersiapkan diri untuk persalinan berikutnya. Makin pendek jarak ini makin tinggi resiko kematiannya untuk ibu dan anaknya.

Angka Morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi pada kehamilan pertama agak lebih tinggi daripada ibu-ibu yang sudah mempunyai dua atau tiga anak. Setelah anak kelima angka morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi menjadi sangat mencolok (BKS Perfin, 1990). Seperti halnya umur, ibu yang baru pertama kali melahirkan akan mempunyai bayi yang lebih kecil bila dibandingkan dengan ibu yang sudah melahirkan ≥ 2 orang. Alisyahbana (1990) menemukan ibu yang baru pertama kali melahirkan mempunyai kemungkinan melahirkan BBLR 2 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang sudah melahirkan 2 kali atau lebih.

3. Pemeriksaan antenatal

Tujuan pelayanan antenatal untuk memastikan bahwa setiap kehamilan didambakan berakhir dengan kelahiran seorang bayi yang sehat tanpa merugikan kesehatan ibu. Penggunaan pelayanan antenatal yang teratur memberikan keuntungan yang nyata dan memberikan kesempatan untuk mendiagnosa masalah dalam kehamilan maupun persalinan, semakin sering memanfaatkan pelayanan antenatal selama kehamilan maka mengurangi risiko kesakitan pada ibu hamil, dan mengurangi risiko ibu melahirkan bayi berat lahir rendah (Depkes 1996., Wannous, 2001 dalam Abdullah, 2004)

4. Masa Gestasi (Umur Kehamilan)

Masa Gestasi merupakan prediktor paling kuat untuk berat lahir dan kelangsungan hidup perinatal (Wilcox, 1992). Pencegahan kelahiran pada umur kehamilan dini akan mendapatkan bayi dengan berat badan optimal yang sehat. Makin muda umur kehamilan dan makin tua umur kehamilan maka makin besar resiko yang akan terjadi pada ibu maupun bayinya sedangkan resiko terendah terdapat pada umur kehamilan 40 minggu.

5. Jarak Persalinan

Makin kecil jarak persalinan maka kemungkinan melahirkan BBLR makin besar. Ibu yang mempunyai jarak persalinan < 18

bulan akan mendapatkan bayi dengan BBLR 2,77 kali lebih besar dibandingkan bila jarak persalinan > 18 bulan Berat badan bayi akan bertambah dengan jarak persalinan sampai 48 bulan, sedangkan sesudah 48 bulan berat badan bayi akan menurun kembali.

6. Tingkat Pendidikan

Pada umumnya pengetahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan masih kurang, hal ini berhubungan dengan tingkat pendidikan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan membuktikan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan masalah kesehatan yang diteliti. Penelitian di Keruak yang dilakukan oleh Ronoatmodjo (1996), menemukan adanya hubungan yang erat antara pendidikan ibu dengan kejadian neonatal 1,1 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang pendidikannya lebih tinggi.

7. Plasenta

Keadaan plasenta akan memberikan pengaruh pada pertumbuhan janin dalam rahim ibu. Plasenta yang kecil atau beratnya ringan, maupun plasenta yang mempunyai kelainan, akan mempengaruhi transmisi zat makanan dari ibu ke anak sehingga anak akan mengalami gangguan penambahan berat badan. Normal berat plasenta rata-rata 500 gram, mempunyai ukuran 20 x 18 x 0,5 cm,

dan mempunyai kotiledon sekitar 20 buah (Wiknosastro, 1999 dalam Abdullah, 2004)

8. Pelayanan antenatal care

Pelayanan antenatal standar yang dijalankan diharapkan akan mempengaruhi penurunan bayi berat lahir rendah. Pelayanan antenatal standar ini diharapkan dapat mengetahui penyebab kelahiran bayi berat lahir rendah dan bias melakukan intervensi apabila ada indikasi kearah itu. Pada pelayanan antenatal care ini dapat menjalankan program yang intensif dan berusaha untuk memberikan pengetahuan kepada ibu, mencegah minum alcohol dan merokok selama hamil (Depkes, 1997 dalam Abdullah, 2004)

9. Pendapatan

Pendapatan merupakan suatu indikator social ekonomi keluarga. Pendapatan yang tinggi memberikan kemungkinan pada keluarga untuk memperoleh kebutuhan yang diperlukan. Bagi ibu hamil maka dengan pendapatan yang tinggi, mereka dapat menyediakan kebutuhan gizi yang diperlukan selama hamil. Disamping itu dengan pendapatan yang tinggi, mereka dapat menikmati fasilitas kesehatan yang lebih baik, mereka dapat membayar fasilitas kesehatan yang mempunyai perlengkapan yang lengkap. Dalam beberapa penelitian didapatkan hubungan yang bermakna antara pendapatan keluarga yang rendah risiko terjadinya bayi berat lahir rendah lebih tinggi

dibanding dengan pendapatan keluarga yang tinggi (Rochadi, 1997., Bernabe, 2004., Chia, 2004, dalam Abdullah, 2004)

10. Pekerjaan/lama kerja

Li et al, (1990) yang melakukan penelitian kejadian BBLR di Amerika Serikat terhadap ibu-ibu yang berasal dari Asia Tenggara dan pernah melahirkan pertama kali di luar Amerika Serikat, menemukan bahwa prevalensi BBLR menurun dari 7,2 % pada tahun 1980 – 1981 menjadi 5,4 % pada tahun 1986. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan status pekerjaan dan perubahan sosial ekonomi.

Namun demikian hal yang berbeda yaitu bila ibu bekerja maka resiko melahirkan BBLR adalah sebesar 1,58 kali bila dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena pekerjaan fisik ibu juga berhubungan dengan keadaan sosial ekonomi. Pada ibu yang berasal dari strata sosial ekonomi rendah banyak terlibat dengan pekerjaan fisik yang lebih berat.

Penelitian Neel menemukan bahwa ibu yang sosial ekonominya rendah, persentase BBLR yang dilahirkan lebih tinggi daripada ibu yang berasal dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Ternyata pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi. Kerja fisik pada saat hamil dengan lama kerja melebihi tiga jam perhari mempunyai hubungan yang bermakna

dengan kematian neonatal (Ronoatmodjo, 1996). Sedangkan menurut Peoples Sheps (1991), bekerja ≥ 40 jam / mg akan meningkatkan kejadian BBLR sebanyak 1,7 kali.

11. Satus gizi ibu

Selama embriogenesis status nutrisi ibu memiliki efek yang kecil terhadap pertumbuhan janin. Hal ini sesuai dengan perkiraan kebanyakan wanita memiliki simpanan nutrisi yang cukup untuk embrio yang tumbuh lambat. Namun demikian pada fase pertumbuhan trimester III saat hipertropi sel janin dimulai, kebutuhan nutrisi janin dapat melebihi persediaan ibu jika masukan nutrisi kurang.

Ibu hamil dengan gizi jelek akan melahirkan bayi BBLR 10 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang gizinya baik (Shanklin, 1979), Asupan gizi yang kurang ini juga ditemukan pada penelitian di Ciawi dimana angka kejadian BBLR sebesar 16,1 %. Didaerah ini terdapat kepercayaan untuk tidak makan banyak untuk menghindari bayi besar agar supaya persalinan dapat berjalan lancar.

Untuk menilai status gizi ibu hamil dapat digunakan pengukuran antropomeris, diantaranya adalah dengan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA). Dikatakan ibu mempunyai status gizi normal jika hasil pengukuran LILA lebih besar dari 23,5 cm dan jika hasil pengukuran kurang dari 23,5 cm, menunjukkan ibu menderita

Kekurangan Energi Kronis (KEK) (Sayogyo, 1994 dalam Abdullah 2004)

12. Tinggi Badan

Tinggi badan selain ditentukan oleh faktor genetik juga ditentukan oleh status gizi sewaktu masa kanak-kanak. Keadaan ini dapat diartikan bahwa gangguan gizi waktu kanak-kanak pengaruhnya sangat jauh, yaitu sampai produk kehamilannya.

Pengukuran tinggi badan ibu hamil sedapat mungkin dilaksanakan pada awal kehamilan untuk menghindari kesalahan akibat perubahan postur tubuh. Perubahan postur tubuh dapat mengurangi ukuran tinggi badan sepanjang 1 cm (Institute of Medicine, 1990). Penelitian di Garut menemukan bahwa ibu yang mempunyai tinggi badan < 145 cm akan melahirkan bayi BBLR 3,06 kali lebih besar dibandingkan ibu yang mempunyai tinggi badan lebih dari 145 cm.

13. Penambahan Berat Badan selama Kehamilan

Berat badan ibu hamil merupakan parameter yang penting selama kunjungan antenatal. Penambahan berat badan selama kehamilan adalah indikator untuk menentukan status gizi ibu. Ibu dengan berat badan kurang sering kali melahirkan bayi yang berukuran lebih kecil daripada yang dilahirkan oleh ibu dengan berat badan normal atau berlebih.

Bila berat badan ibu pada kunjungan antenatal pertama < 47 kg, maka kemungkinan melahirkan bayi BBLR adalah 1,73 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang berat badanya ≥ 47 kg. Dan penambahan berat badan < 21 gram/mg akan memberikan resiko melahirkan bayi BBLR 1,85 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang penambahan berat badan ≥ 21 gram/mg (Kestler, 1991 : 143). Pemberian makanan tambahan pada trimester III kehamilan pada ibu yang mempunyai status gizi marginal berdampak turunya kejadian BBLR (Sistiarani, 2008)

14. Ketebalan Jaringan lemak

Ukuran ini merupakan indikator status gizi ibu dengan berat badan bayi waktu lahir, Tebal skinfold < 10 cm secara bermakna akan melahirkan bayi dengan BBLR 1,7 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang ukuran skinfoldnya ≥ 10 cm

15. Lingkar Lengan Atas

Lingkar Lengan Atas dapat digunakan untuk skrining pada ibu hamil, bila ukuran LLA $< 23,5$ cm maka ibu hamil ini menderita kekurangan energy kronis (Depkes-Unicef, 1993). Dari penelitian di 3 negara didapatkan angka rata-rata LLA di India adalah 22 cm, 22,4 cm di Nepal, dan 22,8 cm di Sri Langka (WHO, 1994). Nilai sensitifitas dan spesifisitas untuk meramalkan BBLR di 3 negara tersebut, yang “paling baik” adalah Sri langka yaitu dengan

sensitifitas 51,3 % dan spesifisitas 58,1 % dari cut off point 22,5 cm (WHO, 1994) Hasil penelitian di 2 kecamatan di Sulawesi Selatan memberikan rekomendasi cut off point LLA adalah 20 cm untuk wanita < 15 tahun dan 21 cm untuk wanita \geq 15 tahun. LLA ini direkomendasikan daripada index masa tubuh karena lebih mudah implementasinya.

16. Anemia ibu hamil

Anaemi adalah konsentrasi haemoglobin (Hb) > 2 standar deviasi dibawah kadar rata-rata untuk individu yang mempunyai umur sama, jenis kelamin dan umur kehamilan tertentu. Walaupun defisiensi zat besi merupakan penyebab yang paling sering terjadi, beberapa sebab lain dapat menimbulkan anaemi, yaitu infeksi, faktor genetik dan faktor-faktor lainnya (Institute of Medicine)

Resiko BBLR, lahir prematur dan kematian perinatal ditemukan lebih tinggi pada penelitian di Cardiff, South Wales bila kadar Hb < 10,4 gr/dl sebelum 24 mg umur kehamilan (Institute of Medicine). Kadar Hb yang rendah saat hamil dan persalinan akan memberikan bayi BBLR 2,61 kali lebih besar bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai kadar Hb normal. (Pantiawati Ika, 2010)

17. Status Kesehatan

Retardasi pertumbuhan janin intra uerine (IUGR) merupakan cirri-ciri yang tampak pada bayi-bayi yang terinfeksi Rubela

congenital pada pandemic tahun 1962 sampai 1964. Dalam periode tersebut 60 % bayi yang terinfeksi mempunyai berat lahir dibawah persentil 10 dan 90 % berada dibawah persentil ke 50.

Adanya kelainan patologis selama kehamilan seperti infeksi saluran pernafasan sebelum umur kehamilan 26 minggu, perdarahan dari jalan lahir, kardiopati, hipertensi, diabetes millitus, akan meningkatkan resiko BBLR sebanyak 1,84 kali - 2,77 kali (Kestler, 1991)

b. Faktor Lingkungan

Ketinggian tempat tinggal berhubungan langsung dengan berat badan bayi yang akan dilahirkan. Makin tinggi tempat tinggal maka kadar oksigen dalam udara makin sedikit, hal ini mempengaruhi kadar oksigen dalam darah ibu dan placenta, sehingga bila kadarnya berkurang maka janin akan mengalami hipoksia yang berakibat berat bayi yang dilahirkan menjadi kecil. (Kestler, 1991). Penelitian Lichty et al. seperti yang dikutip oleh Shanklin, D.R dan Hodin, J (1979) yang dilakukan di Lake County, Colorado yang mempunyai ketinggian tempat tinggal 10.000 – 11.000 feet di atas permukaan laut, kejadian BBLR, kematian neonatal dan kelainan kongenital sangat tinggi walaupun pendapatan penduduk didaerah tersebut tinggi.

c. Faktor bayi

Jenis Kelamin. Dari Hasil penelitian di India, Nepal dan Sri Langka (WHO,1996 : 49, 55) ditemukan bahwa jenis kelamin bayi berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Di India dan Nepal hubungan tersebut secara statistik bermakna, dengan berat rata-rata untuk laki-laki 66,8 gram dan 77,8 gram lebih berat dari berat badan bayi perempuan. Sementara itu Sri Langka perbedaan berat antara bayi laki-laki dan perempuan sebesar 58 gram. Ras. Bayi kulit hitam mempunyai resiko kematian 2 kali lebih besar daripada bayi kulit putih pada bulan pertama kehidupan oleh karena berhubungan dengan tingginya insidens BBLR pada wanita kulit hitam. Resiko kejadian BBLR pada kulit hitam 9,7 kali lebih tinggi bila dibandingkan dengan wanita kulit putih (Pantiawati Ika, 2010)

Perbedaan jenis kelamin ikut berperan pada berat badan lahir. Perbedaan ini dapat mencapai 135 gram pada kehamilan 40 minggu, jadi bayi laki-laki seringkali lebih berat dari bayi perempuan (Wiknosastro, 1999 dalam Abdullah, 2004)

C. Tinjauan tentang pelayanan bidan

Bidan merupakan salah satu tenaga profesional yang mempunyai wewenang memberikan pertolongan persalinan dalam program Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA). Pelayanan yang diberikan oleh seorang bidan adalah pelayanan yang profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dalam kurun waktu masa reproduksi dari bayi baru lahir.

1. Pengertian Bidan

Menurut *Internasional confederation of midwife, Internasional Federation and Gynecologist*, serta *WHO*, bidan adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai persyaratan yang berlaku.

Visi Bidan

Bidan Indonesia adalah orang yang cekatan dalam ketrampilan kebidanan, memiliki sifat Pelayanan Masyarakat yang sopan, santun, ramah, percaya diri dan responsif. Juga sebagai Pimpinan yang mempunyai karisma, wibawa, berani membuat keputusan, dan berperan dalam berbagai kegiatan pembangunan kesehatan.

Misi Bidan

Memberikan pelayanan kebidanan, kesehatan reproduksi, keluarga berencana serta kegiatan pembangunan lainnya secara profesional,

penuh dengan keramahan dan percaya diri, mampu menjaga kewibawaannya, dan bercirikan kepemimpinan dengan sikap yang berani membuat keputusan.

Adanya program untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB, sehingga pemerintah akhirnya mengambil kebijakan dengan menempatkan bidan di desa. Bidan desa adalah bidan yang ditempatkan di desa, diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya.

2. Peran Bidan

a. Peran sebagai pelaksana

Peran bidan sebagai pelaksana, meliputi tiga tugas yaitu, yaitu :

1) Tugas mandiri yang terdiri dari :

- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap kegiatan kebidanan.
- b. Memberikan pelayanan dasar pada anak remaja dan wanita pra-nikah
- c. Memberikan pelayanan pada ibu hamil.
- d. Memberikan pelayanan pada masa persalinan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- e. Memberikan perawatan pada bayi baru lahir.
- f. Memberikan pelayanan pada ibu dalam masa nifas.

- g. Memberikan pelayanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
 - h. Memberikan pelayanan pada wanita yang mengalami gangguan sistem reproduksi dan wanita pada masa menopause.
 - i. Memberikan pelayanan pada bayi dan balita. Pelayanan yang diberikan bidan tersebut harus sesuai dengan asuhan kebidanan yang meliputi :
 - a) Mengkaji status kesehatan dan kebutuhan masing-masing klien pada tiap pelayanan.
 - b) Menentukan diagnosa, dan prioritas kebutuhan.
 - c) Menyusun rencana kegiatan sesuai prioritas.
 - d) Melaksanakan kegiatan sesuai rencana.
 - e) Mengevaluasi hasil kegiatan.
 - f) Membuat rencana tindak lanjut.
 - g) Membuat pencatatan dan pelaporan.
- 2). Tugas kolaborasi/kerjasama yang terdiri dari :
- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap kegiatan kebidanan dengan melibatkan klien dan keluarganya.
 - b. Memberikan pelayanan pada ibu hamil beresiko tinggi.
 - c. Memberikan pelayanan pada ibu dalam masa persalinan dengan resiko tinggi dengan kerjasama klien dan keluarganya.

- d. Memberikan pelayanan pada ibu nifas dengan resiko tinggi dengan kerjasama klien dan keluarga.
 - e. Memberikan pelayanan pada bayi baru lahir dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi dengan kerjasama klien dan keluarga.
 - f. Memberikan pelayanan pada balita dengan resiko tinggi dan yang mengalami komplikasi dengan melibatkan keluarga. Pelayanan yang diberikan pada tugas kolaborasi/kerja sama ini meliputi :
 1. Mengkaji kebutuhan pelayanan yang diperlukan pada masing-masing kasus.
 2. Menentukan diagnosa dan prioritas sesuai faktor resiko yang ada.
 3. Menyusun rencana kegiatan sesuai prioritas.
 4. Melaksanakan kegiatan sesuai rencana.
 5. Mengevaluasi hasil kegiatan yang telah dilaksanakan.
 6. Menyusun rencana tindak lanjut
 7. Membuat catatan dan laporan.
- 3) Tugas ketergantungan / merujuk yang terdiri dari :
- a. Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap pelayanan sesuai dengan fungsi ketertiban klien dan keluarga.

- b. Memberikan pelayanan yang melalui konsultasi dan rujukan ibu hamil dengan risiko tinggi.
- c. Memberikan pelayanan melalui konsultasi dan rujukan pada masa persalinan dengan menyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- d. Memberikan pelayanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas dengan menyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- e. Memberikan pelayanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu yang memerlukan konsultasi dan rujukan dengan melibatkan klien/keluarga.
- f. Memberikan pelayanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu yang memerlukan konsultasi dan rujukan yang melibatkan klien/ keluarga.
- i. Pelayanan yang diberikan bidan pada tugas ketergantungan / rujukan ini meliputi :
 - 1. Mengkaji kebutuhan pelayanan yang memerlukan tindakan di luar lingkup wewenang bidan dan memerlukan rujukan.
 - 2. Menentukan diagnosa, prognosa dan prioritas serta fasilita untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien dan keluarga.

3. Memberikan pertolongan pertama pada kasus yang memerlukan rujukan.
4. Memberi pelayanan melalui konsultasi dan rujukan.
5. Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut pada petugas atau institusi pelayanan kesehatan yang berwenang.
6. Membuat catatan dan laporan serta dokumentasi seluruh kejadian dan invensi.

b. Peran sebagai pengelola

- 1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat dan klien yaitu :
 - a) Bersama tim kesehatan dan pemuka tim masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
 - b) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat.
 - c) Mengelola beberapa kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan rencana.

- d) Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader, dukun, petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB.
 - e) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
 - f) Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada.
 - g) Mempertahankan, meningkatkan mutu keamanan praktek, profesional melalui pendidikan, pelatihan magang, dan beberapa kegiatan dalam kelompok profesi.
 - h) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan.
- 2) Berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor lain di wilayah kerjanya melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader kesehatan, dan tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya, dengan cara :

- a) Bekerja sama dengan puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberikan asuhan kepada klien dalam bentuk konsultasi rujukan dan tindak lanjut.
 - b) Membina hubungan baik dengan dukun dan kader kesehatan serta masyarakat.
 - c) Melaksanakan pelatihan, membimbing dukun bayi, kader, dan petugas kesehatan lainnya.
 - d) Memberikan pelayanan kepada klien rujukan dari dukun bayi.
 - e) Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.
- c. Peran sebagai pendidik

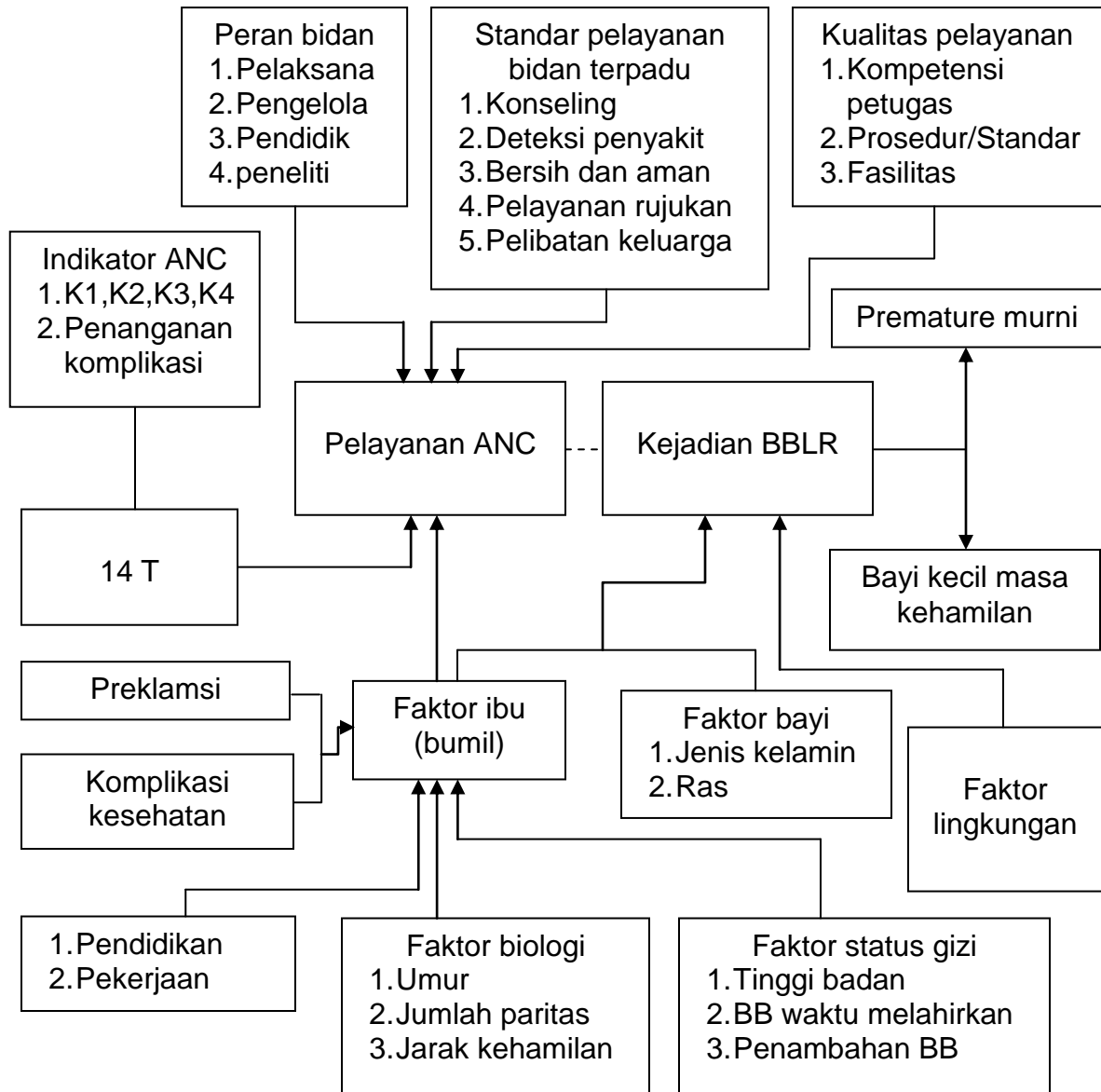
Pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani jurang antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan. Pendidikan kesehatan memotivasi orang untuk mendapatkan informasi dan melakukan hal yang sesuai dengan informasi tersebut. Pendidikan kesehatan berkaitan dengan perilaku kesehatan, baik didalam menolong orang untuk mempertahankan gaya hidupnya maupun dalam membantu mereka mengembangkan gaya hidupnya ke arah yang menguntungkan kesehatan. Bidan sebagai orang pertama yang melakukan penyelamatan kelahiran juga mempunyai peran sebagai pendidik. Kegiatannya meliputi

- 1) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak yang terkait dengan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana.
 - 2) Melatih dan membimbing kader termasuk siswa kebidanan dan keperawatan serta membina dukun di wilayah kerjanya.
- d. Peran sebagai peneliti.

Peran bidan sebagai peneliti ialah dengan melakukan investigasi atau peneliti terapan dalam kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok

Penampilan bidan adalah perilaku nyata yang ditampilkan atau diperlihatkan oleh seseorang terhadap apa yang ada di sekelilingnya menyangkut gaya (style) dan cara penampilannya, atau gaya yang ditampilkan oleh bidan saat memberikan pelayanan antenatal care. Perilaku bidan adalah karakter atau tampilan pada saat memberikan pelayanan. Sikap bidan merupakan refleksi perilaku yang langsung ditampilkan oleh bidan selama memberikan pelayanan kebidanan atau pelayanan antenatal care.

D. Kerangka teori penelitian



Gambar 1. Kerangka teori penelitian

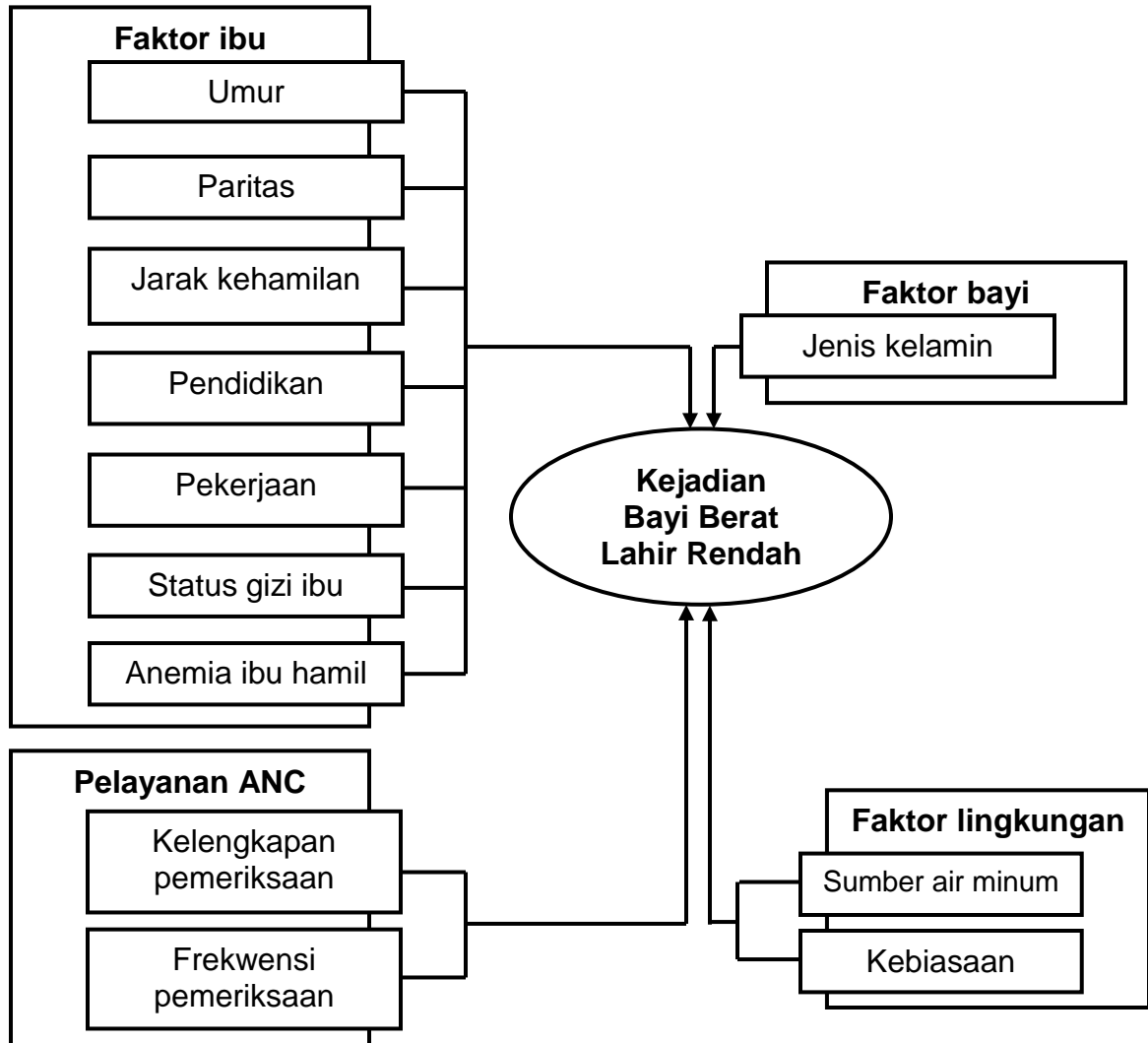
Sumber : Prawirohardjo, 2002 ; Sitohang, NA, 2004 ; Zaenab R, 2006 ; Depkes, 2007

E. Kerangka konsep penelitian

Sangat penting untuk menentukan penyebab gangguan pertumbuhan janin atau immaturitas organ-organ janin yang dapat ditentukan oleh program kesehatan yang dilaksanakan untuk ibu dan anak, sehingga hubungan BBLR dengan berbagai determinannya perlu dicari secara saksama.

Sesungguhnya bayi dengan berat lahir rendah ditentukan oleh beberapa faktor yaitu ibu, bayi dan lingkungan. Kesanggupan janin untuk mencapai berat yang optimal pada masa kehamilan ditentukan oleh kualitas dan kuantitas dari nutrien atau nilai gizi yang diterimanya, dan kesanggupan menggunakan bahan nutrient untuk digunakan dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya, serta kesanggupan ibu mempertahankan kehamilan sampai cukup bulan.

Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah adalah faktor ibu yang meliputi umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, mempunyai peranan penting terhadap kejadian BBLR. Sedangkan faktor pelayanan antenatal care yang berpengaruh terhadap BBLR yaitu kelengkapan pemeriksaan antenatal dan frekwensi pemeriksaan antenatal care.



Keterangan : Variabel Independen : Umur, Paritas, Jarak kehamilan, pendidikan, pekerjaan, status gizi ibu, anemia, kelengkapan pemeriksaan ANC, dan Frekwensi pemeriksaan ANC

Varibel dependen : Kejadian BBLR

F. Definisi operasional dan kriteria objektif

a. Umur ibu

Yang dimaksud umur ibu adalah banyaknya tahun pada hari ulang tahun terakhir pada saat melahirkan.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila umur 20-35 tahun

Risiko tinggi : Apabila umur < 20 dan > 35 tahun

b. Paritas

Yang dimaksud paritas adalah jumlah persalinan yang dilakukan oleh seorang ibu dengan kelahiran hidup.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila > 2 kali persalinan hidup

Risiko tinggi : Apabila ≤ 2 kali persalinan hidup

c. Jarak kehamilan

Yang dimaksud jarak persalinan adalah selisih waktu persalinan yang dialami oleh ibu dihitung dari waktu persalinan terakhir.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila jarak persalinan ≥ 18 bulan

Risiko tinggi : Apabila jarak persalinan < 18 bulan

d. Pendidikan

Yang dimaksud dengan pendidikan adalah jumlah tahun yang telah ditempuh oleh ibu secara formal dan telah mendapatkan ijazah.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila pendidikan yang telah ditempuh ≥ 9 tahun

Risiko tinggi : Apabila pendidikan yang telah ditempuh < 9 tahun

e. Pekerjaan

Yang dimaksud dengan pekerjaan adalah suatu aktivitas yang dilakukan sehari-hari oleh ibu untuk menghasilkan barang ataupun jasa dengan maksud memperoleh penghasilan berupa uang dan ataupun barang

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila ibu tidak mempunyai aktivitas sesuai dengan definisi operasional diatas

Risiko tinggi : Apabila ibu mempunyai aktivitas sesuai dengan definisi operasional diatas

f. Status gizi ibu

Yang dimaksud dengan status gizi ibu adalah terjadinya penambahan berat badan ibu selama kehamilan yang ditandai dengan hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Jika hasil pengukuran LILA $\geq 23,5$ cm

Risiko tinggi : Jika hasil pengukuran LILA < 23,5 cm

g. Anemia ibu hamil

Yang dimaksud dengan anemia ibu hamil adalah kondisi ibu hamil yang dilihat dari kadar hemoglobin pada saat pemeriksaan.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Jika kadar Hemoglobin ibu hamil ≥ 11 gr / dl

Risiko tinggi : Jika kadar Hemoglobin ibu hamil < 11 gr / dl

h. Kelengkapan pemeriksaan ANC

Yang dimaksud dengan kelengkapan pemeriksaan ANC adalah kelengkapan pemeriksaan yang telah di berikan kepada ibu hamil sesuai dengan standar pelayanan ANC terpadu yaitu dengan menggunakan standar 7 T

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila memenuhi standar asuhan ANC

Risiko tinggi : Apabila tidak memenuhi standar asuhan ANC

i. Frekwensi pemeriksaan ANC

Yang dimaksud dengan Frekwensi pemeriksaan ANC adalah jumlah kunjungan yang dilakukan oleh ibu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan 2 kali pada trimester ketiga.

Kriteria objektif :

Risiko rendah : Apabila jumlah kunjungan ANC 4 kali

Risiko tinggi : Apabila jumlah kunjungan ANC < 4 kali

G. Hipotesis penelitian

1. Umur ibu merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
2. Paritas merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
3. Jarak kehamilan merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
4. Pendidikan ibu merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
5. Pekerjaan ibu merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
6. Status gizi ibu merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
7. Anemia ibu merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
8. Kelengkapan pemeriksaan antenatal care merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah
9. Frekwensi pemeriksaan antenatal care merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah