



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR MATERNAL DAN PELAYANAN
ANTENATAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
BBLR DI PUSKESMAS RAJAGALUH
KABUPATEN MAJALENGKA
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**SRI KHOLISAH
NPM: 1006821893**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR MATERNAL DAN PELAYANAN
ANTENATAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
BBLR DI PUSKESMAS RAJAGALUH
KABUPATEN MAJALENGKA
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**SRI KHOLISAH
NPM: 1006821893**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

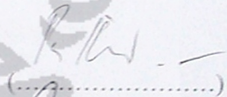
HALAMAN PENGESAHAN

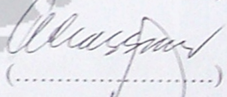
Skripsi ini diajukan oleh :


Nama : Sri Kholisah
NPM : 1006821893
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Gambaran Faktor Maternal Dan Pelayanan Ante Natal Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Pandu Riono, MPH., Ph.D.  (.....)

Penguji I : Drs. Anwar Hassan, MPH.  (.....)

Penguji II : dr. Hidayat Nuh Ghazali D  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Sri Kholisah
NPM : 1006821893
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Masyarakat
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

Gambaran Faktor Maternal Dan Pelayanan Ante Natal Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka Tahun 2011

Apabila suatu saat nanti, terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

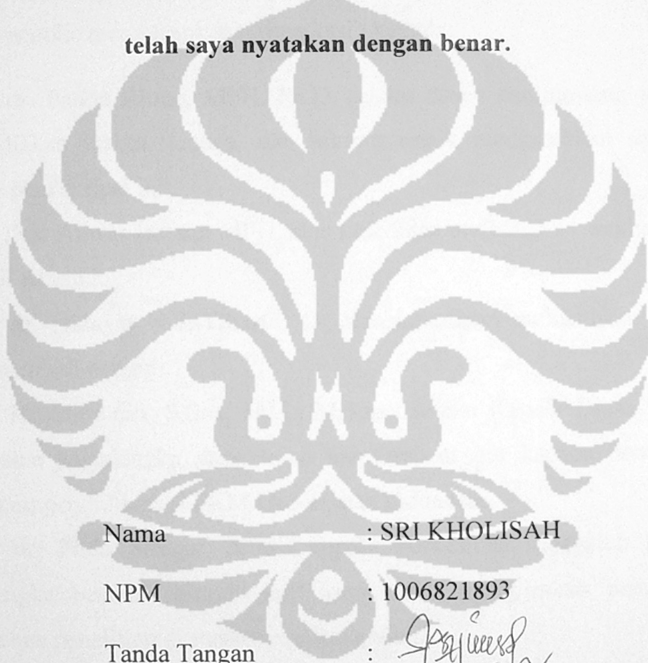
Depok, 12 Juli 2012



Sri Kholisah

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

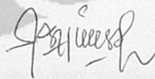
**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**



Nama : SRI KHOLISAH

NPM : 1006821893

Tanda Tangan



Tanggal

: 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

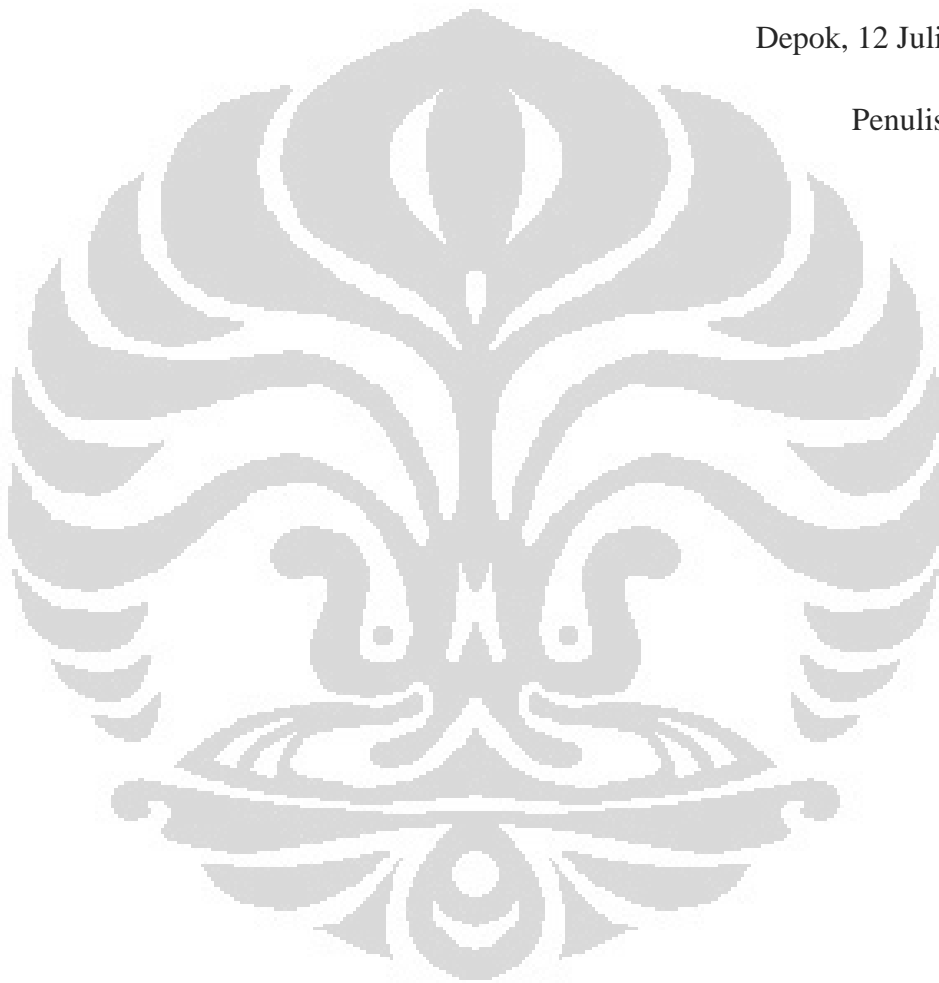
1. Bapak dr. Pandu Riono, MPH, Ph.D, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
2. Bapak Drs. Anwar Hassan MPH, atas kesediaan meluangkan waktunya untuk menjadi penguji.
3. Bapak dr. Hidayat Nuh Ghazali D, atas kesediaan meluangkan waktunya untuk menjadi penguji.
4. Bapak H. Alimudin, S.Sos, MM., M.Kes., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di FKM Universitas Indonesia.
5. Bapak dr. Pirdo Siregar, selaku kepala Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka beserta seluruh staff yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian di Puskesmas Rajagaluh.
6. Suamiku tercinta “H. Kusnari” serta putra putriku tersayang “Faris, Izdihar, Astrid dan Niv” atas doa dan dukungan kalian sehingga bunda bisa menjalani proses belajar sampai saat ini.
7. Ibunda tercinta yang selalu memberikan doa dan kasih sayang yang tiada henti demi kesuksesan anaknya.
8. Teman-teman satu angkatan dan seperjuangan Kebidanan Komunitas yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama pembuatan skripsi ini, terutama Iin, Ati, Puji, Rika dan Nofi .

9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu penulis dalam pembuatan skripsi ini.

Semoga Allah Yang Maha Kuasa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, 12 Juli 2012

Penulis



HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Kholisah
NPM : 1006821893
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

” Faktor Maternal Dan Pelayanan Ante Natal Yang Mempengaruhi Terjadinya BBLR di Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka Tahun 2011”

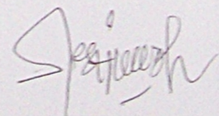
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



(Sri Kholisah)

ABSTRAK

Nama : Sri Kholisah
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul : Gambaran Faktor Maternal Dan Pelayanan Antenatal Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka Tahun 2011.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu penyumbang kematian neonatal di Indonesia. Kejadian BBLR di Indonesia pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 11,1%. Kejadian BBLR di Kabupaten Majalengka tahun 2011 sebesar 3,7% dan proporsi terbanyak ada di wilayah Puskesmas Rajagaluh yaitu 7,6%. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi BBLR di wilayah Puskesmas Rajagaluh sebesar 7%, dan kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang melahirkan dengan umur lebih dari 35 tahun, paritas lebih dari empat, jarak kehamilan kurang dari dua tahun, pada ibu yang anemia, ukuran LILA kurang dari 23,5 cm, dan pemberian tablet Fe kurang dari 90 tablet. Untuk mengatasi masalah BBLR di wilayah Puskesmas Rajagaluh perlu peningkatan kualitas antenatal pada ibu hamil, mempromosikan Keluarga Berencana dan perbaikan gizi pada ibu hamil dan Wanita sejak remaja.

Kata kunci: BBLR, faktor maternal, faktor pelayanan antenatal.

ABSTRACT

Name : Sri Kholisah
Study Program : Bachelor of Public Health Of Midwifery Community
Title : Description of maternal and antenatal factors that associated with the incidence of LBW in Rajagaluh health center Majalengka district in 2011.

Low Birth Weight Baby (LBW) is one of the contributors to neonatal mortality in Indonesia. Incidence of LBW in Indonesia in 2010 was estimated at 11.1%. Incidence of LBW in Majalengka district in 2011 by 3.7% and the highest proportion in the region Rajagaluh health center is 7.6%. This study is a descriptive study. The results showed that the proportion of LBW in the region of Rajagaluh Health Center is 7%, and the incidence of LBW was higher in mothers who gave birth to the age of more than 35 years, parity of more than four, a distance of less than two years of pregnancy, on maternal anemia, LILA size less of 23.5 cm, and giving tablet Fe less than 90 tablets. To overcome the problem of LBW in the Rajagaluh health centers to improve the quality of antenatal in pregnant women, promoting family planning and nutrition in pregnant women and women as a teenager.

Key words: low birth weight, maternal factors, ante natal care factors.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sri Kholisah
Tempat/Tanggal Lahir : Cirebon, 14 Januari 1971
Alamat Rumah : Blok Manis Rt/Rw 01/01 Desa Cikeusik Kecamatan
Sukahaji Kabupaten Majalengka

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 1 Arjawinangun : Tahun 1978-1984
2. SLTP 1 Arjawinangun : Tahun 1984-1987
3. SPK Depkes Cirebon : Tahun 1987-1990
4. PPB Depkes Cirebon : Tahun 1990-1991
5. AKBID Poltekes Tasikmalaya : Tahun 2005-2007
6. FKM Universitas Indonesia : Tahun 2010- sekarang

Riwayat Pekerjaan:

1. Bidan Desa Jagapura Wetan Puskesmas Gegesik Kabupaten Cirebon Propinsi Jawa Barat dari tahun 1991-1994
2. Bidan Desa Cikeusik Puskesmas Sukahaji Kabupaten Majalengka Propinsi Jawa Barat dari tahun 1994-2009
3. Bidan Pelaksana UPTD Puskesmas Sukahaji Kabupaten Majalengka Propinsi Jawa Barat dari tahun 2009-2010

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	0
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Peneliti	5
1.5.2 Bagi Puskesmas	5
1.5.3 Bagi Peneliti Lain	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	5
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Pengertian BBLR	7
2.2 Klasifikasi BBLR	7
2.2.1 Bayi Prematur	7
2.2.1.1 Penyebab Kelahiran Prematur	8
2.2.1.2 Dampak Kelahiran Prematur	8
2.2.1.3 Gambaran Klinik	9
2.2.2 Dismatur	10
2.2.2.1 Penyebab PJT.....	12
2.2.2.2 Dampak PJT	13
2.2.2.3 Gambaran Klinik	14
2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR	14
2.3.1 Faktor Ibu	14
2.3.1.1 Status Sosial Ekonomi	14
2.3.1.2 Tingkat Pendidikan	14
2.3.1.3 Pekerjaan	15
2.3.1.4 Ras	15

2.3.1.5	Umur	16
2.3.1.6	Paritas	17
2.3.1.7	Jarak Kehamilan	18
2.3.1.8	Status Gizi	18
2.3.1.9	Anemia	20
2.3.1.10	Komplikasi Kehamilan	20
2.3.2	Lingkungan dan Perilaku	22
2.3.2.1	Merokok	22
2.3.2.2	Konsumsi Kopi	23
2.3.2.3	Konsumsi Alkohol	23
2.3.2.4	Konsumsi Obat	23
2.3.3	Faktor Janin	24
2.3.3.1	Hidramnion/Polihidramnion	24
2.3.3.2	Kehamilan Kembar	24
2.3.3.3	Kelainan Kongenital	25
2.3.4	Pelayanan Ante Natal	25
2.4	Komplikasi BBLR	27
2.4.1	Komplikasi Langsung	27
2.4.2	Masalah jangka panjang	28
2.5	Alat pengukur BB bayi	29
2.6	Kerangka Teori	29
3.	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	30
3.1	Kerangka Konsep	30
3.2	Definisi Operasional	31
3.3	Hipotesis	33
4.	METODE PENELITIAN	34
4.1	Desain Penelitian	34
4.2	Lokasi dan waktu Penelitian	34
4.3	Populasi dan sampel	34
4.3.1	Populasi	34
4.3.2	Sampel	34
4.3.3	Kriteria Inklusi dan eksklusi	35
4.4	Pengumpulan Data	35
4.5	Pengolahan dan Analisis Data	35
4.5.1	Teknik Pengolahan Data	35
4.5.2	Analisa data	35
4.5.2.1	Analisa Univariat	35
4.5.2.2	Analisa Bivariat	36
5.	HASIL PENELITIAN	37
5.1	Gambaran Umum Puskesmas Rajagaluh	38
5.2	Visi dan Misi Puskesmas Rajagaluh	38
5.2.1	Visi	38
5.2.2	Misi	38
5.2.3	Motto Pelayanan Puskesmas rajagaluh	38
5.3	Gambaran Kejadian BBLR	39

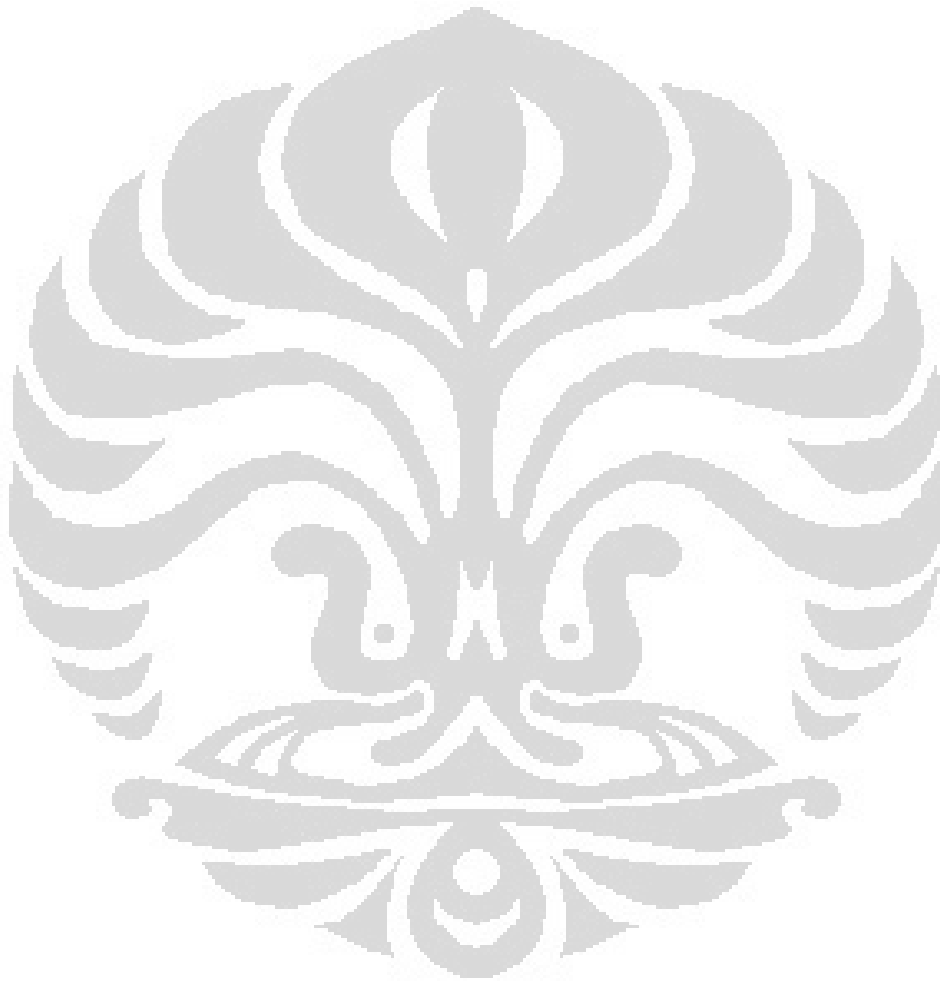
5.4	Gambaran Faktor Maternal	39
5.4.1	Umur	39
5.4.2	Paritas	40
5.4.3	Jarak kehamilan	40
5.5	Faktor Pelayanan Ante Natal	41
5.5.1	Umur kehamilan pada ANC pertama	41
5.5.2	Frekuensi ANC	41
5.5.3	Kadar Hemoglobin	41
5.5.4	Ukuran LILA	42
5.5.5	Pemberian tablet Fe	42
5.5.6	Kualitas ANC	43
5.6	Gambaran Hubungan Faktor maternal dengan BBLR	44
5.6.1	Hubungan umur dengan BBLR	44
5.6.2	Hubungan paritas dengan BBLR	44
5.6.3	Hubungan jarak kehamilan dengan BBLR	45
5.7	Gambaran Hubungan pelayanan ante natal dengan BBLR	45
5.7.1	Hubungan Umur kehamilan pada ANC pertama dengan BBLR	45
5.7.2	Hubungan Frekuensi ANC dengan BBLR	46
5.7.3	Hubungan Kadar Hemoglobin dengan BBLR	46
5.7.4	Hubungan Ukuran Lila dengan BBLR	47
5.7.5	Hubungan Pemberian tablet Fe dengan BBLR	47
5.7.6	Hubungan Kualitas ANC dengan BBLR	48
6.	PEMBAHASAN	49
6.1	Keterbatasan Penelitian	49
6.1.1	Desain penelitian	49
6.1.2	Sumber Data	49
6.2	Pembahasan	49
6.2.1	Kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh	49
6.2.2	Hubungan faktor maternal dengan kejadian BBLR	50
6.2.2.1	Hubungan umur dengan kejadian BBLR	50
6.2.2.2	Hubungan paritas dengan kejadian BBLR	51
6.2.2.3	Hubungan jarak kehamilan dengan kejadian BBLR	52
6.2.3	Hubungan pelayanan antenatal dengan kejadian BBLR	52
6.2.3.1	Hubungan ANC pertama dengan kejadian BBLR	52
6.2.3.2	Hubungan frekuensi ANC dengan kejadian BBLR	53
6.2.3.3	Hubungan Kadar Hemoglobin dengan kejadian BBLR	53
6.2.3.4	Hubungan ukuran Lila dengan kejadian BBLR	54
6.2.3.5	Hubungan pemberian Fe dengan kejadian BBLR	55
6.2.3.6	Hubungan kualitas ANC dengan kejadian BBLR	55
7.	KESIMPULAN DAN SARAN	57
7.1	Kesimpulan	57
7.2	Saran	58

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

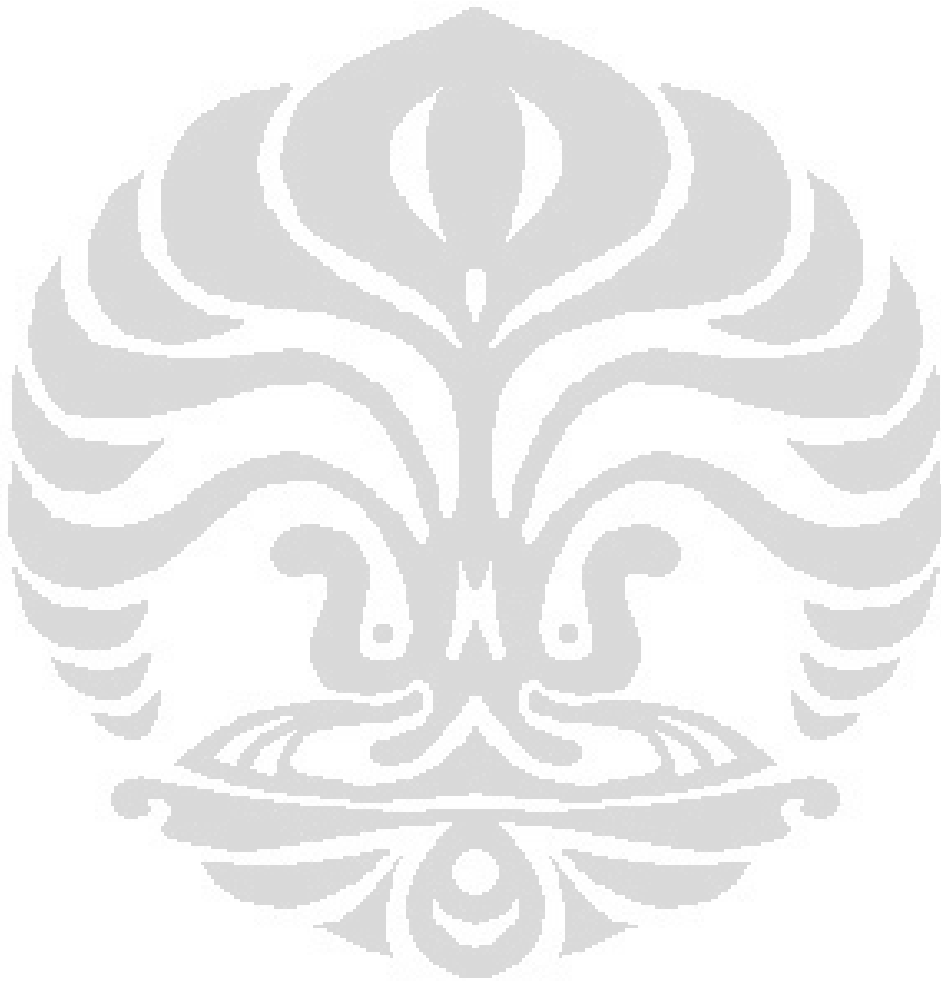
Tabel 5.1	Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	39
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	39
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011	40
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Kehamilan Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	40
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Kehamilan Pada Saat ANC Pertama Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011...	41
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Frekuensi ANC Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	41
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kadar Hemoglobin Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	42
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ukuran Lila Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	42
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian Fe Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	42
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas ANC Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	43
Tabel 5.11	Hubungan Umur Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	44
Tabel 5.12	Hubungan Paritas Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011	44
Tabel 5.13	Hubungan Jarak Kehamilan Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	45
Tabel 5.14	Hubungan Pemeriksaan Ante Natal Pertama Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	45
Tabel 5.15	Hubungan Frekuensi ANC Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	46
Tabel 5.16	Hubungan Kadar Hemoglobin Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	46

Tabel 5.17 Hubungan Ukuran Lila Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	47
Tabel 5.18 Hubungan Pemberian Tablet Fe Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	47
Tabel 5.19 Hubungan Kualitas ANC Responden Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011.....	48



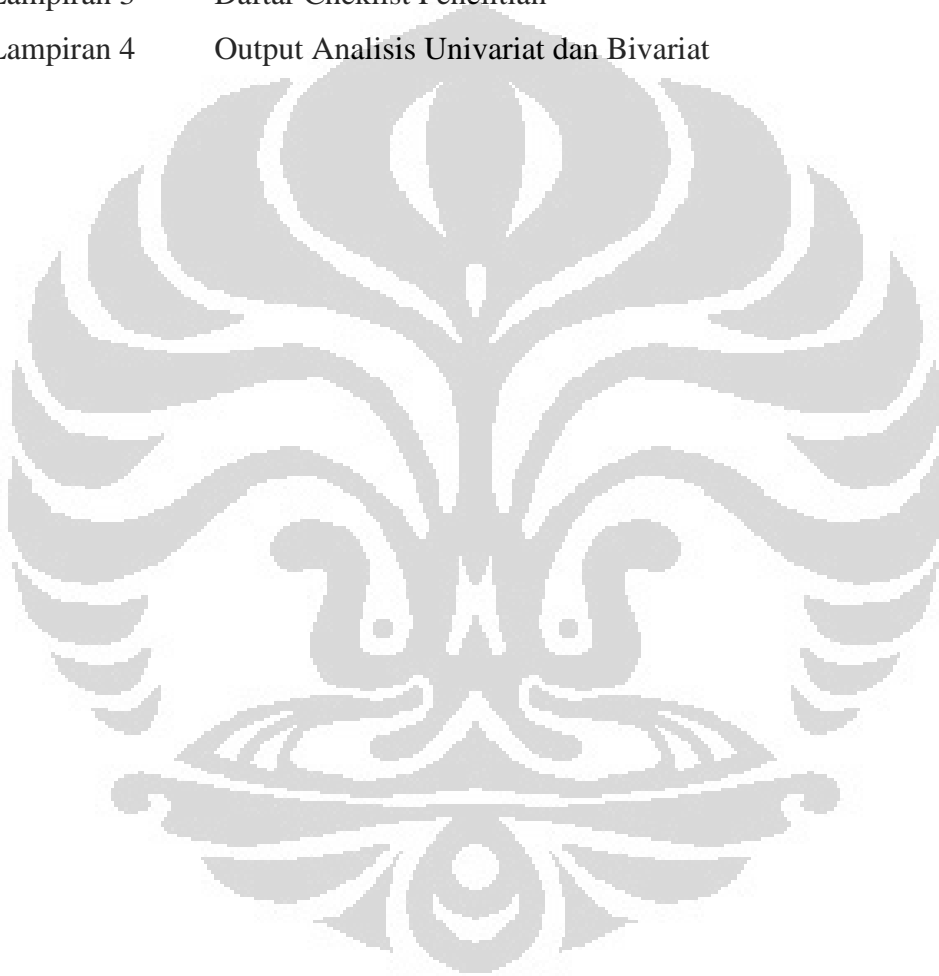
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	29
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	30



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat izin penelitian dan menggunakan data dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Majalengka
- Lampiran 2 Surat izin penelitian dan menggunakan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka
- Lampiran 3 Daftar Cheklist Penelitian
- Lampiran 4 Output Analisis Univariat dan Bivariat



DAFTAR SINGKATAN

ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APBN	: Anggaran Pembiayaan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pembiayaan dan Belanja Daerah
CPNS	: Calon Pegawai Negeri Sipil
Dati I/II	: Daerah Tingkat I/II
Depnaker	: Departemen Tenaga Kerja
Depkes	: Departemen Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Fe	: <i>Ferrosus</i>
GFK	: Gudang Farmasi Kabupaten
KB	: Keluarga Berencana
KepMenKes	: Keputusan Menteri Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
LB3	: Laporan Bulanan 3
Nakes	: Tenaga Kesehatan
P4K	: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PBF	: Pedagang Besar Farmasi
POD	: Pos Obat Desa
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PJP	: Pembangunan Jangka Panjang
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
POAC/E	: <i>Planning, Organizing, Actuating, Controlling/ Evaluating</i>
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RS	: Rumah Sakit
SIMPUS	: Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPAG	: Sekolah Pembantu Ahli Gizi
SPK	: Standar Pelayanan Kebidanan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas
SubDin BinKesMas	: Sub Dinas Bina Kesehatan Masyarakat
TKS	: Tenaga kerja Sukarela
TPG	: Tenaga Pelaksana Gizi
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTD	: Tablet Tambah Darah
UPGI	: Usaha Perbaikan Gizi Inststitusi
UPGK	: Usaha Perbaikan Gizi Keluarga
UPMD	: Unit Pelaksana Medik Dasar
WUS	: Wanita Usia Subur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu kontributor terbesar terhadap morbiditas dan mortalitas bayi di dunia, 70% kematian neonatal disebabkan oleh BBLR. Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Diperkirakan sekitar 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. Dalam laporan WHO dikemukakan bahwa di Asia Tenggara, 20-35 % bayi yang dilahirkan terdiri dari BBLR dan 70-80% dari kematian neonatus terjadi pada bayi kurang bulan dan BBLR (WHO, 2002). Di Indonesia angka kejadian BBLR sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain antara 9%-30%, hasil studi tujuh daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2,1%-17,2%. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, angka BBLR sekitar 7,5%, angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7% (Depkes, 2007).

Saat ini Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi di antara negara-negara ASEAN. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi, sekitar 34 per 1000 kelahiran hidup, dan angka kematian neonatal sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup (sekitar 56% kematian bayi terjadi pada masa neonatal) dan sebagai penyebab utama kematian neonatus adalah BBLR sebesar 29% (Depkes, 2007). Sedangkan menurut SKRT 2001 penyebab kematian neonatal antara lain berat badan lahir rendah atau BBLR (30,3%), Asfiksia (27%), tetanus (9,5%), masalah gangguan pemberian ASI (5,6%), masalah infeksi (5,4%), lain-lain (12,7%) (Depkes, 2002).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 sebagian besar (78,5%) kematian neonatal terjadi pada minggu pertama kehidupan yaitu usia 0-6 hari dan prematuritas sebagai penyebab utama kematian neonatal. Prevalensi BBLR secara keseluruhan 11,1%. Persentase berat badan lahir < 2500 gram pada anak perempuan (12,4%) lebih tinggi daripada anak laki-laki (9,8%) dan persentase di perdesaan (12,0%) lebih tinggi daripada di perkotaan (10,4%). Menurut tingkat pendidikan dan status ekonomi terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan status ekonomi, semakin rendah persentase berat badan lahir < 2500 gram. Menurut jenis pekerjaan tidak terdapat kecenderungan yang jelas, tetapi anak balita dari keluarga yang tidak bekerja, petani/buruh/nelayan, dan jenis pekerjaan lainnya mempunyai persentase yang lebih tinggi daripada jenis pekerjaan pegawai, dan wiraswasta. Data tersebut memperlihatkan bahwa status kesehatan anak di Indonesia masih merupakan masalah yang cukup tinggi yaitu sekitar 66,4 per 1000 kelahiran hidup dan 35,9% anak yang lahir mempunyai kategori resiko tinggi (Kemenkes, 2011).

Dalam *Millenium Development Goals* (MDGs), Indonesia menargetkan menurunkan 2/3 Angka Kematian Bayi (AKB) yaitu menjadi 17/1000 Kelahiran Hidup. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan mengetahui penyebab kematian bayi adalah asfiksia, berat badan lahir rendah, tetanus, infeksi, masalah pemberian ASI. Semua faktor resiko selama kehamilan & persalinan harus diatasi untuk mewujudkan tujuan MDGs 2015

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. Bayi berat lahir rendah dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi. Sebuah badan besar penelitian menemukan yang kuat hubungan antara BBLR dan berbagai perkembangan dan hasil kesehatan pada anak dan dewasa. BBLR telah dikaitkan dengan kondisi dewasa seperti Diabetes tipe 2, hipertensi, dan penyakit jantung koroner Di antara anak-anak, BBLR telah dikaitkan dengan tinggi tekanan darah, cerebral palsy, ketulian, kebutaan, asma, penyakit paru-paru, miskin kognitif dan

kinerja fisik, dan kematian (Datar dan Jacknowitz, 2009). Telah terbukti bahwa anak-anak yang lahir prematur mencapai skor lebih rendah pada tes kecerdasan dari rekan-rekan mereka yang lahir matur. Mereka juga memiliki gangguan lainnya di berbagai domain dari fungsi neuropsikologi daripada anak-anak lahir aterm (Lind dkk, 2011).

Angka Kematian Bayi di Provinsi Jawa Barat masih berada pada level yang cukup tinggi yaitu di atas 40 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2007). Di Kabupaten Majalengka jumlah kematian bayi pada tahun 2011 sebesar 13,7/1000 KH. Berdasarkan waktu kematian bayi terjadi pada usia 0-6 hari 62,5%, 7-28 hari 13,3% dan 29 hari-11 bulan 24,2% dan penyebab kematian terbesar adalah BBLR yaitu 33,3% (95 kasus). Walaupun BBLR bukan penyebab langsung kematian bayi namun dari tingginya angka kematian bayi karena BBLR menggambarkan kualitas pelayanan ANC dan kualitas penanganan BBLR masih rendah. (Depkes, 2007).

Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi terhadap kejadian BBLR menurut *Commitee of Institute of Medicine* (1985), antara lain adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 34 tahun, ras kulit hitam, status sosial ekonomi yang kurang, status perkawinan yang tidak sah, tingkat pendidikan yang rendah), risiko medis sebelum dan selama kehamilan (paritas, jarak kelahiran, berat badan dan tinggi badan, penyakit kronis (DM, Hipertensi), penyakit infeksi, anemia, pernah melahirkan BBLR, abortus spontan, kehamilan multipel, komplikasi kehamilan, dan masalah plasenta), faktor risiko personal dan lingkungan (merokok, nutrisi yang buruk, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, risiko pekerjaan, stres fisik dan psikososial, dan tempat yang tinggi), serta faktor perawatan ante natal yang tidak adekuat (Rabe, 2002).

Kejadian BBLR di Kabupaten Majalengka tahun 2011 sebesar 771 dari 20.824 kelahiran hidup (3,7%) dan dari 31 puskesmas yang ada di Kabupaten Majalengka, proporsi BBLR terbanyak adalah di Puskesmas Rajagaluh yaitu 7,6% dari 791 kelahiran hidup dan kematian bayi akibat BBLR sebanyak 5 kasus dari 30 kematian bayi (16,7%).

1.2 Rumusan Masalah

Melihat masih tingginya angka kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh di antara puskesmas-puskesmas lain di Kabupaten Majalengka dan belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR di Puskesmas Rajagaluh, maka peneliti tertarik untuk mengetahui faktor maternal dan pelayanan Antenatal yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh pada tahun 2011.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran faktor maternal (umur, paritas dan jarak kehamilan) dan pelayanan ante natal (umur kehamilan pada kunjungan ante natal pertama, frekuensi kunjungan ante natal, kadar hemoglobin, ukuran LILA pemberian Tablet Tambah Darah, dan kualitas pelayanan ante natal) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011?
- 1.3.3 Bagaimana hubungan faktor maternal (umur, paritas dan jarak kehamilan) dan pelayanan ante natal (umur kehamilan pada kunjungan ante natal pertama, frekuensi kunjungan ante natal, kadar hemoglobin, ukuran LILA pemberian Tablet Tambah Darah, dan kualitas pelayanan ante natal) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketahuinya faktor maternal dan pelayanan ante natal yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh pada tahun 2011

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1.4.2.1 Diketahuinya gambaran kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011
- 1.4.2.2 Diketahuinya gambaran faktor maternal (umur, paritas dan jarak kehamilan) dan pelayanan ante natal (umur kehamilan pada kunjungan

ante natal pertama, frekuensi kunjungan ante natal, kadar hemoglobin, ukuran LILA pemberian Tablet Tambah Darah, kualitas pelayanan ante natal) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011.

- 1.4.2.3 Diketuinya hubungan faktor maternal (umur, paritas dan jarak kehamilan) dan pelayanan ante natal (umur kehamilan pada kunjungan ante natal pertama, frekuensi kunjungan ante natal, kadar hemoglobin, ukuran LILA, pemberian Tablet Tambah Darah, kualitas pelayanan ante natal) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi peneliti dalam melaksanakan pelayanan ante natal sehingga dapat mendeteksi secara dini risiko BBLR dan memberikan informasi kepada ibu hamil dan keluarga tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR.

1.5.2 Bagi Puskesmas Rajagaluh

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pengelola program KIA dalam membina ibu hamil dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi yang disebabkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

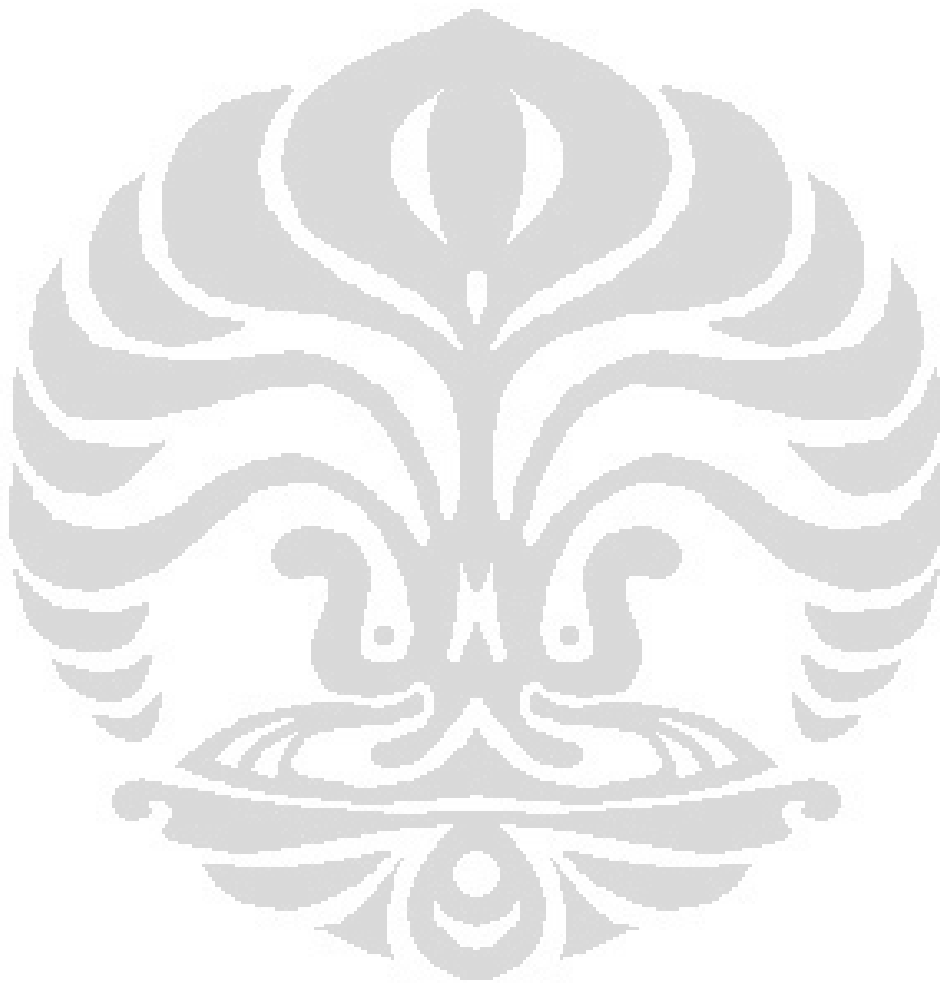
1.5.3 Bagi peneliti Lain

Hasil penelitian ini sebagai informasi untuk perkembangan penelitian yang akan datang khususnya penelitian mengenai faktor maternal dan pelayanan ante natal yang menyebabkan terjadinya bayi berat lahir rendah (BBLR).

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Berdasarkan tingginya angka kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh di antara puskesmas-puskesmas lain di Kabupaten Majalengka dan belum diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR, maka penelitian tentang faktor maternal dan pelayanan ante natal yang berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR), dilakukan di Puskesmas Rajagaluh,

dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Mei 2012. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif secara *cross sectional* dengan pengumpulan data sekunder dan pengambilan sampel secara total sampling. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor maternal dan pelayanan ante natal yang berhubungan dengan kejadian BBLR.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Berat lahir adalah berat yang ditimbang dalam satu jam setelah lahir (Depkes, 2007).

Menurut WHO 1961 BBLR dapat dibagi menjadi dua golongan yang disebut sebagai aspek BBLR yaitu :

1. Prematuritas murni.

Masa gestasi kurang dari 37 minggu dan berat badan lahir sesuai dengan masa gestasi atau biasa disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan (BKB SMK).

2. Dismaturitas

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu, artinya bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK).

2.2 Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.2.1 Bayi Prematur (SMK)

Kelahiran prematur atau preterm adalah istilah yang digunakan untuk menyebut bayi yang dilahirkan terlalu dini. *American Academy of Pediatrics* (1935) mendefinisikan prematuritas sebagai bayi yang lahir hidup dengan berat badan 2500 gram atau kurang. WHO (1961) menambahkan usia gestasi sebagai kriteria bayi prematur yaitu bayi yang dilahirkan pada usia gestasi kurang dari 37 minggu, dibedakan antara BBLR dan prematuritas. *American College of*

Obstetricians and Gynaecologist (1995) mendefinisikan kelahiran preterm adalah bayi yang dilahirkan sebelum kehamilan lengkap 37 minggu.

Berdasarkan batas timbulnya permasalahan pada derajat prematuritas, dapat digolongkan dalam tiga kelompok, yaitu :

1. Bayi yang sangat prematur (*Extremely Premature*), dengan masa gestasi 24 – 30 minggu
2. Bayi dengan derajat prematur sedang (*Moderately Premature*), yaitu masa gestasi 31–36 minggu
3. *Borderline premature*, yaitu bayi yang mempunyai sifat-sifat prematur dan matur dengan masa gestasi 37 – 38 minggu

Makin rendah masa gestasi dan makin kecil bayi yang dilahirkan makin tinggi morbiditas dan mortalitasnya. Dengan pengelolaan yang optimal dan dengan cara-cara yang kompleks serta menggunakan peralatan yang memadai, gangguan yang berhubungan dengan bayi prematur dapat diatasi (Prawirohardjo, 2002).

2.2.1.1 Penyebab Kelahiran Prematur

Menurut Penyebab kelahiran prematur yaitu:

1. Komplikasi medis dan obstetrik
2. Faktor gaya hidup
3. Faktor genetik

2.2.1.2 Dampak Kelahiran Prematur

Bayi-bayi yang dilahirkan prematur memerlukan perawatan yang khusus karena merupakan penyebab kematian bayi tersering. Makna berat lahir rendah yang hampir setara dengan kelahiran prematur merupakan prediktor kematian neonatal. Angka kematian neonatal dinyatakan berbanding lurus dengan kelahiran bayi dengan berat lahir rendah (BBLR). Negara dengan populasi penduduk besar atau banyak terdapat kemiskinan, mempunyai insiden kematian bayi paling tinggi.

Selain masalah ketahanan hidup, masalah penting lainnya adalah kualitas hidup yang dicapai oleh bayi immatur dan memiliki berat lahir sangat rendah. Tampak jelas bahwa ancaman besar baik fisik maupun intelektual menimpa anak-anak tersebut. Fakta bahwa beberapa bayi yang sangat kecil akan bertahan hidup bila tersedia perawatan intensif yang sangat mahal dan lama telah menciptakan masalah yang serius dalam pengambilan keputusan. Di Amerika Serikat kira-kira 7% dari jumlah kelahiran merupakan BBLR menghabiskan biaya lebih dari sepertiga pengeluaran biaya perawatan kesehatan pada tahun pertama kehidupan. Secara individual bayi yang bertahan hidup membutuhkan biaya perawatan yang mencapai beberapa ribu dolar (Walker dkk, 1984).

Angka morbiditas neonatus yang cukup tinggi dan kemungkinan hidup normal, harus dijadikan pertimbangan bagi keberhasilan ketahanan hidup bayi prematur. Allen dkk (1993) menjabarkan hasil akhir dari bayi-bayi yang dilahirkan pada usia gestasi 22-25 minggu serta dibantu dengan perawatan intensif secara agresif, bertahan hidup hingga 6 bulan setelah lahir. Tidak ada bayi yang dilahirkan pada minggu ke-22 mampu hidup, dan semua bayi yang dilahirkan pada usia gestasi 23-24 minggu dan bertahan hidup dipastikan mempunyai kelaianan otak yang signifikan. Hack dkk (1994) menyimpulkan dari penelitiannya bahwa anak-anak yang memiliki berat lahir dibawah 750 gram dan bertahan hidup, mengalami kekurangan serius pada setiap keterampilan yang diperlukan untuk kinerja yang adekuat. Secara spesifik, 45% yang bertahan hidup tersebut memerlukan fasilitas pendidikan khusus, 21% mempunyai inteligensia (IQ) subnormal (dibawah 70) dan banyak yang mengalami pertumbuhan serta kemampuan visual subnormal.

2.2.1.3 Gambaran Klinik Bayi Prematur

Tampak luar dan tingkah laku bayi prematur tergantung dari tuanya umur kehamilan. Makin muda umur kehamilan makin jelas tanda-tanda prematuritas. Tanda bayi kurang bulan atau prematur yaitu:

1. Kulit tipis dan mengkilat
2. Tulang rawan telinga sangat lunak karena belum terbentuk sempurna

3. Lanugo (Rambut halus) masih banyak terlihat terutama di punggung
4. Jaringan payudara belum terlihat, puting masih berupa titik
5. Pada bayi perempuan labia mayora belum menutupi labia minora
6. Pada bayi laki-laki skrotum belum banyak lipatan, kadang testis belum turun
7. Rajah telapak kaki kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk
8. Kadang disertai dengan pernafasan yang tidak teratur
9. Aktifitas dan tangisnya lemah
10. Refleks mengisap dan menelan tidak efektif/lemah

2.2.2 Dismatur/Bayi Kecil Untuk Masa Kehamilan (KMK)

Beberapa istilah digunakan untuk menunjukkan bahwa pertumbuhan bayi KMK menderita gangguan pertumbuhan intra uterin, seperti: *pseudopremature*, *small for dates*, *dysmature*, *fetal malnutrition syndrome*, *chronic fetal distress*, *IUGR* dan *small for gestation (SGA)*. Semua istilah tersebut digunakan untuk menyatakan pertumbuhan janin atau berat lahir bayi pada usia kehamilan tertentu berada di bawah nilai batas normal. Batasan yang digunakan oleh Lubchenco (1963) adalah bayi dengan berat lahir sama dengan atau lebih rendah dari 10 persentil untuk masa kehamilan pada kurva pertumbuhan intra uterin.

Menurut Renfield (1975) ada 2 bentuk *intrauterine growth retardation* (IUGR), yaitu:

1. *Proportionate* IUGR, janin lahir dengan berat, panjang, dan lingkaran kepala dalam proporsi yang seimbang, akan tetapi keseluruhannya masih dibawah masa gestasi yang sebenarnya. Bayi tidak menunjukkan adanya *wasted* oleh karena retardasi pada janin terjadi sebelum terbentuknya *adipose tissue*.
2. *Disproportionate* IUGR, janin lahir dengan panjang dan lingkaran kepala normal akan tetapi berat tidak sesuai dengan masa gestasi. Bayi tampak *wasted* dengan tanda-tanda sedikit jaringan lemak dibawah kulit, kulit kering keriput, bayi tampak kurus dan lebih panjang.

Sebagian besar bayi yang tergolong kecil masa kehamilan/KMK (*small for date*) menderita gangguan pertumbuhan janin terhambat/PJT (IUGR/*intra uterine growth retardation*). IUGR tidak sama dengan KMK. Janin dengan PJT adalah

janin yang pertumbuhannya tidak sesuai dengan potensi pertumbuhan secara genetik. Janin dengan KMK mungkin memang sudah berupa konstitusional.

PJT sering berkaitan erat dengan komplikasi kehamilan atau sebagai akibat bahan toksik atau abnormalitas janin. Pertumbuhan janin terhambat (PJT) ditegakkan apabila pada pemeriksaan ultrasonografi (USG) perkiraan berat badan janin berada di bawah persentil 10 dibawah usia kehamilan atau lebih kecil dari yang seharusnya (sesuai grafik).

Terminologi “kecil untuk masa kehamilan” adalah berat badan bayi yang tidak sesuai dengan masa kehamilan dan dapat muncul pada bayi cukup bulan atau prematur. Pada umumnya janin tersebut memiliki tubuh yang kecil dan risiko kecacatan atau kematian bayi kecil akan lebih besar baik pada saat dilahirkan ataupun setelah melahirkan.

Kejadian PJT bervariasi, berkisar 4-8% pada negara maju dan 6-30% pada negara berkembang. Angka mortalitas perinatal akibat PJT meningkat 3-8 kali dibandingkan bayi berat lahir normal. Sekitar 26% kejadian lahir mati ternyata ada kaitannya dengan PJT. Pertumbuhan janin terhambat juga disertai morbiditas perinatal yang tinggi, terutama menyangkut masalah perkembangan neurologik dan mental. Sebagian kelainan yang diakibatkan PJT bersifat permanen. Sekitar 70% kematian akibat PJT dapat dicegah apabila kelainan tersebut dapat dikenali sebelum usia kehamilan 34 minggu. Risiko terjadinya PJT semakin meningkat bila usia kehamilan lanjut, dimulai pada usia kehamilan 32-34 minggu dan lebih buruk lagi pada usia kehamilan 36 minggu.

PJT terbagi atas dua, yaitu:

1. Gangguan pertumbuhan janin simetris

Memiliki kejadian lebih awal dari gangguan pertumbuhan janin yang tidak simetris, semua organ mengecil secara proporsional. Janin kecil masa kehamilan dengan rasio lingkaran kepala dengan lingkaran abdomen yang normal.

Faktor yang berkaitan dengan hal ini adalah kelainan kromosom, kelainan organ (terutama jantung), infeksi TORCH (*Toxoplasmosis, Other Agents <Coxsackie virus, Listeria, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex/Hepatitis*

B/HIV, Syphilis), kekurangan nutrisi berat pada ibu hamil, dan wanita hamil yang merokok.

2. Gangguan pertumbuhan janin asimetris (tidak simetris)

Gangguan pertumbuhan janin asimetris memiliki waktu kejadian lebih lama dibandingkan gangguan pertumbuhan janin simetris. Beberapa organ lebih terpengaruh dibandingkan yang lain, terdapat fenomena dimana kepala mempertahankan aliran ke bagian kepala dibandingkan ke organ lain. Akibatnya adalah terjadi peningkatan rasio lingkaran kepala dengan lingkaran abdomen. Lingkaran perut adalah bagian tubuh yang terganggu untuk pertama kali, kelainan panjang tulang paha umumnya terpengaruh belakangan, lingkaran kepala dan diameter biparietal juga berkurang. Faktor yang mempengaruhi adalah *insufisiensi* (tidak efisiennya) plasenta yang terjadi karena gangguan kondisi ibu termasuk diantaranya tekanan darah tinggi dan diabetes dalam kehamilan dalam kehamilan.

2.2.2.1 Penyebab PJT

Pada umumnya 75% janin dengan PJT memiliki proporsi tubuh yang kecil, 15-25% terjadi karena *insufisiensi uteroplacenta*, 5-10% terjadi karena infeksi selama kehamilan atau kecacatan bawaan.

1. Penyebab ibu

- a. Fisik ibu yang kecil dan kenaikan berat badan yang tidak adekuat.
Faktor keturunan dari ibu dapat mempengaruhi berat badan janin. Kenaikan berat tidak adekuat selama kehamilan dapat menyebabkan PJT. Kenaikan berat badan ibu selama kehamilan sebaiknya 9-16 kg. Apabila wanita dengan berat badan kurang harus ditingkatkan sampai berat badan ideal ditambah dengan 10-12 kg.
- b. Penyakit kronik.
Kondisi ibu yang memiliki hipertensi kronik, penyakit jantung sianotik, diabetes, serta penyakitvaskular kolagen dapat menyebabkan PJT. Semua penyakit ini dapat menyebabkan pre-eklampsia yang dapat membawa ke PJT.
- c. Kebiasaan seperti merokok, minum alkohol, dan narkotik

2. Penyebab janin

a. Infeksi selama kehamilan

Infeksi bakteri, virus, protozoa dapat menyebabkan PJT. Rubela dan cytomegalovirus (CMV) adalah infeksi yang sering menyebabkan PJT

b. Kelainan bawaan dan kelainan kromosom

Kelainan kromosom seperti trisomi atau triploidi dan kelainan jantung bawaan yang berat sering berkaitan dengan PJT. Trisomi 18 berkaitan dengan PJT simetris serta polihidramnion. Trisomi 13 dan sindroma Turner juga berkaitan dengan PJT

c. Paparan teratogen (zat yang berbahaya bagi pertumbuhan janin)

Berbagai macam zat yang bersifat teratogen seperti obat anti kejang, rokok, narkotik, dan alkohol dapat menyebabkan PJT

3. Penyebab plasenta (ari-ari)

a. Kelainan plasenta sehingga menyebabkan plasenta tidak dapat menyediakan nutrisi yang baik bagi janin seperti, abruptio plasenta, infark plasenta (kematian sel pada plasenta), korioangioma, dan plasenta previa

b. Kehamilan kembar

c. Twin-to-twin transfusion syndrome

2.2.2.2 Dampak PJT

PJT meningkatkan resiko kematian janin sehingga bila terdapat dugaan PJT maka ibu hamil harus mendapatkan pengawasan yang ketat. Dampak PJT yaitu:

1. *Anomali janin*
2. *Asfiksia perinatal*
3. *Persalinan operatif*
4. *Kematian perinatal*
5. *Hipoglikemia dan hipokalsemia neonatal*
6. *Enterokolitis nekrotikan*
7. *“longterm handicap”*

8. Peningkatan kejadian diabetes non-insulin dependen dan penyakit jantung koroner

2.2.2.3 Gambaran Bayi KMK

Tanda bayi kecil untuk masa kehamilan.

1. Kulit keriput, lemak di bawah kulit tipis
2. Bila bayi kurang bulan jaringan payudara kecil, puting kecil
3. Pada bayi perempuan labia mayora menutupi labia minora
4. Pada bayi laki-laki testis sudah turun
5. Rajah telapak kaki lebih dari 1/3 bagian
6. Aktifitas dan tangisnya kuat
7. Refleks mengisap dan menelan kuat

2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi BBLR

2.3.1 Faktor ibu

2.3.1.1 Status Sosial Ekonomi

Ekonomi keluarga dapat menunjukkan gambaran kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu selama hamil yang berperan dalam pertumbuhan janin. Keadaan sosial ekonomi sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini disebabkan keadaan gizi yang kurang baik dan kurangnya perhatian terhadap perawatan kehamilan.

2.3.1.2 Tingkat Pendidikan

Pendidikan orang tua berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dalam keluarga. Pendidikan ibu berpengaruh terhadap kelangsungan hidup anak (Royston dan Armstrong, 1989). Pendidikan secara tidak langsung akan mempengaruhi hasil suatu kehamilan khususnya terhadap kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah. Hal ini dikaitkan dengan pengetahuan ibu dalam memelihara kondisi kehamilan serta upaya mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan selama kehamilan.

Hasil penelitian Atiyanto pada tahun 2008 menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat pendidikan rendah dengan kejadian BBLR ($PV = 0,024$).

2.3.1.3 Pekerjaan

Pekerjaan fisik banyak dihubungkan dengan peranan seorang ibu yang mempunyai pekerjaan tambahan diluar pekerjaan rumah tangga dalam upaya meningkatkan pendapatan keluarga. Beratnya pekerjaan ibu selama kehamilan dapat menimbulkan terjadinya prematuritas karena ibu tidak dapat beristirahat dan hal tersebut dapat mempengaruhi janin yang sedang dikandung.

Bekerja diwaktu hamil biasanya tidak memiliki bahaya khusus, akan tetapi kondisi kerja yang penuh stres, kelelahan dalam bekerja dan jam bekerja yang panjang dapat menyebabkan risiko kelahiran prematur yang lebih besar (Luke dkk, 1995)

American College on Obstetric and Gynecologic (1994) merekomendasikan para wanita yang memiliki resiko rendah agar dipandu oleh kemampuan dan stamina mereka. Cara lain yang aman bagi para wanita hamil adalah latihan fisik moderat, tidak terlalu memaksakan diri dan tidak meningkatkan detak jantung mereka diatas 150, serta selalu berhenti perlahan pada setiap latihan tidak mendadak

2.3.1.4 Ras

Bayi yang lahir dari ras kulit hitam dua kali lebih besar kemungkinannya mengalami BBLR dibanding ras kulit putih. Disparitas yang paling jelas adalah bahwa angka persalinan prematur pada wanita kulit hitam dua kali dibandingkan kelompok wanita ras lainnya di AS, dengan pertentangan yang lebih besar pada angka persalinan prematur sangat dini. Perbedaan ini tidak bisa dijelaskan. Namun, lebih banyak wanita kulit hitam yang memiliki *vaginosis bakterialis*, *korioamnionitis* yang didiagnosis secara histologis atau klinis dan *endometritis postpartum*, infeksi saluran genital mungkin menjelaskan banyaknya persalinan prematur pada wanita tersebut.

2.3.1.5 Umur Ibu Sewaktu Hamil

Secara biologis, seorang wanita memasuki usia reproduksinya paling lama antara kurun waktu adalah 20-35 tahun setelah itu risiko ibu dan bayi akan meningkat setiap tahun. Besarnya risiko ibu sangat dipengaruhi oleh keadaan dan lingkungan hidup setempat. Namun demikian angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi akan lebih meningkat bila melahirkan terlalu muda, karena ibu belum mencapai usia 20 tahun sedang dalam proses pertumbuhan dan perkembangan fisik. Karena tubuh belum berkembang secara maksimal. Ini muda kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol, ini dapat meningkatkan berbagai risiko kehamilan dan dapat munculnya kanker rahim. Ini erat kaitannya dengan hukum sempurnanya perkembangan dinding uterus.

Ibu hamil yang berusia lanjut atau lebih dari 35 tahun, proses faal dalam tubuhnya sudah mengalami kemunduran. Peredaran darah mulai mengalami pengapuran sehingga mempengaruhi sirkulasi makanan ke janin. Risiko yang paling hebat yang akan dihadapi yang umur dari 35 tahun ini adalah melahirkan anak dengan *sindroma down* (keterbelakangan mental). Oleh karena itu, dianjurkan agar seorang ibu jangan hamil sebelum umur 20 tahun dan diatas 35 tahun, karena risiko ibu dan bayi akan sangat tinggi. Pendapat para ahli, kehamilan pertama kali lebih baik pada saat umur ibu 20 tahun sampai umur 35 tahun, dimana otot masih bersifat elastis muda diregang. (Wiknjastro, 1999).

Wanita yang hamil pada usia 40 tahun lebih rentan menderita komplikasi diabetes, tekanan darah tinggi, atau pendarahan akut. Sebagian besar risiko bagi kesehatan bayi tidak lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir dari ibu yang berusia muda. Setelah usia 35 tahun terdapat lebih banyak peluang untuk terkena keguguran atau bayi lahir mati, kelahiran prematur, keterlambatan pertumbuhan janin, komplikasi kelahiran lain, atau cacat lahir, seperti Down Syndrome. Akan tetapi seiring dengan meluasnya memindaian janin (fetal defect) terhadap calon ibu yang berusia lebih tua, hanya sedikit bayi dengan cacat fisik yang lahir pada saat ini (Berkowitz dkk, 1990; P. Brown, 1993; Cunningham & Levono, 1995)

Seorang remaja akan cenderung memiliki bayi prematur atau lahir dengan berat badan yang kurang, hal ini disebabkan tubuh seorang gadis yang masih berkembang juga mengonsumsi nutrisi vital yang dibutuhkan oleh janin (Fraser,

Brockert, & Ward, 1995). Bayi yang baru lahir cenderung memiliki risiko kematian di bulan pertama, juga ketidakmampuan, atau masalah kesehatan yang lebih tinggi (AAP Committee on Adolescence, 1999; Alan Guttmacher Institute, 1999a; Children's Defense Fund, 1998)

Beberapa peneliti menyatakan bahwa umur ibu mempengaruhi terjadinya BBLR. Analisis faktor risiko umur didapatkan OR = 4,28 artinya ibu yang termasuk kategori umur berisiko (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 34 tahun) mempunyai peluang melahirkan BBLR 4,28 kali dibandingkan ibu yang tidak termasuk kategori umur yang berisiko (umur 20 tahun sampai dengan umur 34 tahun) (Atriyanto, 2006 dan Sistiarani, 2008).

2.3.1.6 Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan dan oleh seorang wanita baik yang berakhir dengan kelahiran hidup ataupun lahir mati. Paritas terdiri atas 3 kelompok yaitu:

1. Primipara yaitu wanita dengan paritas 0-1 anak.
2. Multipara yaitu wanita dengan paritas 2-6 anak.
3. Grande multipara yaitu ibu dengan paritas lebih dari 6 anak.

Paritas yang tinggi merupakan salah satu faktor risiko tinggi pada ibu hamil. Kejadian kematian ibu dan bayi pada persalinan pertama cukup tinggi, yang kedua paling rendah dan yang ketiga sedikit rendah dari yang pertama. Risiko persalinan selanjutnya akan lebih tinggi.

Paritas 2 –3 merupakan paritas paling aman di tinjau dari sudut kesehatan dan kematian maternal, tetapi ini akan berkurang tingkat keamanannya apabila persalinan sebelumnya telah melalui bedah caesar sehingga masih perlu untuk tetap memperhatikan kondisi kesehatan ibu selama kehamilan dan saat persalinan (Prawirohardjo, 1999).

Beberapa peneliti menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara paritas dengan kejadian BBLR. Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa paritas merupakan faktor risiko penyebab kejadian BBLR pada bayi. Hal

ini ditunjukkan dengan hasil pengujian statistik yang diperoleh nilai *Odds Ratio* (*OR*) = 2,438 sehingga dapat dikatakan bahwa paritas merupakan faktor risiko terhadap kejadian BBLR dimana ibu dengan paritas > 4 anak berisiko 2 kali terhadap melahirkan bayi dengan BBLR (Kartika, 2000 dan Joearno, 2006).

2.3.1.7 Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan adalah jarak interval waktu antara dua kehamilan yang berurutan dari seorang wanita. Jarak kehamilan yang pendek secara langsung akan memberikan efek terhadap kesehatan wanita maupun kesehatan janin yang dikandungnya. Seorang wanita setelah bersalin membutuhkan waktu 2 sampai 3 tahun untuk memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan diri untuk kehamilan dan persalinan berikutnya.

Jarak kehamilan juga merupakan faktor resiko medis ibu sebelum hamil yang mempengaruhi kejadian BBLR. Semakin kecil jarak antara dua kelahiran semakin besar resiko melahirkan BBLR. Kejadian tersebut disebabkan oleh komplikasi perdarahan antepartum, partus prematur dan anemia berat. Dari suatu penelitian didapatkan bahwa interval persalinan menunjukkan hubungan bermakna dengan kejadian BBLR. Beberapa peneliti menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara jarak kelahiran dengan kejadian BBLR. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,004 - 0,015$. Analisis faktor risiko jarak kelahiran didapatkan $OR = 5,09 - 5,11$, artinya ibu yang memiliki jarak kelahiran kurang dari 2 tahun mempunyai peluang melahirkan BBLR 5 kali dibandingkan ibu yang memiliki jarak kelahiran lebih dari sama dengan 2 tahun. (Rosikin, 2004; Arditha, 2007; dan Sistiarani, 2008).

2.3.1.8 Status Gizi ibu

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau penambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur kadar Hemoglobin.

Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10 – 12 kg, dimana pada trimester I pertambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg, dan trimester III sekitar 6 kg. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin. Sebagian besar pertambahan berat badan selama hamil dihubungkan dengan uterus dan isinya, payudara, berubahnya volume darah serta cairan ekstrasel ekstrasvaskuler. Penambahan berat badan yang lebih kecil adalah akibat perubahan metabolik yang menyebabkan bertambahnya air dalam sel dan penumpukan lemak dan protein baru. Lemak bawah kulit pada umumnya tertimbun di bagian perut serta bagian depan dan belakang paha terutama pada trimester pertama dan kedua.

Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis (KEK) atau tidak. Ibu hamil dengan status gizi buruk atau mengalami KEK (kurang energi kronis) cenderung melahirkan bayi BBLR dan dihadapkan pada risiko kematian yang lebih besar dibanding dengan bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan berat badan yang normal.

Pengukuran kadar Hemoglobin untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi. Wanita dengan level zat besi yang rendah, yang mengkonsumsi zat besi setiap harinya, berkecenderungan kecil untuk memiliki bayi dengan berat badan dibawah normal dan lingkaran kepala yang kecil (Goldenberg dkk 1995)

Malnutrisi sepanjang pertumbuhan fetal dapat berakibat jangka panjang. Penelitian terhadap ibu yang pernah mengalami bencana kelaparan selama perang menyatakan bahwa kekurangan nutrisi pada semester pertama dan kedua berpengaruh terhadap perkembangan otak, meningkatkan risiko kelainan kepribadian anti sosial pada umur 18 tahun (Neugebauer, Hoek & Susser, 1999).

Terdapat hubungan yang jelas antara status gizi ibu selama bulan-bulan terakhir kehamilan dan ukuran bayi pada saat lahir. Semakin buruk gizi ibu semakin kurang berat dan panjang bayinya. LILA kurang dari 23,5 cm, Berat Badan kurang dari 40 kg dan Tinggi Badan ibu kurang dari 145 cm dan anemia

memperlihatkan kurangnya status gizi ibu yang dapat menyebabkan persalinan BBLR.

Beberapa peneliti menyatakan bahwa ada hubungan bermakna status gizi ibu dengan kejadian BBLR. Analisis faktor risiko didapatkan OR = 2,54, artinya ibu yang memiliki LILA kurang dari 23,5 cm BB kurang dari 40 Kg dan TB kurang dari 145 cm mempunyai peluang melahirkan BBLR 2 kali dibandingkan ibu dengan LILA lebih dari 23,5 cm, BB lebih dari 40 Kg dan TB lebih dari 145 cm. (Kartika, 2000; Rosikin, 2004; dan Arditha, 2007).

2.3.1.9 Anemia Kehamilan

Anemia pada ibu hamil adalah suatu keadaan yang menunjukkan kadar haemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah dari nilai normal yaitu 11g/100ml. Kehamilan memerlukan tambahan zat besi untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pengaruh anemia terhadap kehamilan yaitu dapat terjadi kematian janin dalam kandungan, abortus, persalinan prematur, dan perdarahan antepartum. Hal ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi meningkat.

Beberapa peneliti menyatakan bahwa ada hubungan bermakna antara anemia dengan kejadian BBLR. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000 - 0,029$. Analisis kadar Hb kurang dari 11 gr% didapatkan OR = 2,159 - 9,000, artinya ibu yang memiliki kadar Hb kurang dari 11 gr% mempunyai peluang melahirkan BBLR 2 - 9 kali kadar Hb kurang dari 11 gr% (Rosikin, 2004; Joeharno, 2006; dan Susanti, 2011).

2.3.1.10 Komplikasi Selama Kehamilan

Komplikasi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan BBLR antara lain :

1. Ketuban pecah dini.
2. Perdarahan *pervaginam* :
3. Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa *edema pre-tibial*.
4. Ancaman persalinan prematur.

5. Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, *rubella*, *tifus abdominalis*, *Sepsis*.

Menurut penelitian Atriyanto pada tahun 2006, hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian BBLR, hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000$, artinya ada hubungan antara komplikasi kehamilan dengan kejadian BBLR.

Berdasarkan penelitian Suryati tahun 2000 dan Sistiarani tahun 2008, hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,03$, berarti pada $\alpha = 5\%$ dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan persentase BBLR antara ibu yang mempunyai penyakit selama kehamilan dengan ibu yang tidak mempunyai penyakit selama kehamilan. Analisis faktor risiko penyakit selama hamil didapatkan $OR = 2,91 - 5,127$, artinya ibu yang mengalami penyakit selama kehamilan mempunyai peluang melahirkan BBLR 2 - 5 kali dibandingkan ibu yang tidak mengalami penyakit selama kehamilan.

Kedua calon orangtua seharusnya menghindari semua infeksi seperti flu, pilek, radang saluran kencing, infeksi vaginal dan juga penyakit yang ditularkan secara seksual. Sifilis dapat menyebabkan masalah dalam pertumbuhan janin. Gonore dan herpes genital dapat menimbulkan akibat yang buruk pada bayi di saat melahirkan. Kasus genital herpes simpleks virus (HSV) mengalami peningkatan dikalangan bayi yang baru lahir, yang mungkin mendapatkan penyakit tersebut dari ayah atau ibu pada saat atau beberapa saat setelah kelahiran (Sullivan dkk,1983)

Rubella (campak jerman), apabila menginfeksi seorang wanita di usia kesebelas kehamilannya, hampir dapat dipastikan mengakibatkan ketulian dan cacat jantung pada bayi yang dikandungnya. Infeksi toxoplasmosis, biasanya tidak memberikan simptom tertentu atau hanya menghasilkan simtom yang serupa dengan demam biasa, tetapi pada ibu hamil khususnya pada trimester ketiga dapat mengakibatkan kerusakan otak, kebutaan atau kerusakan mata parah, epilepi, kegiguran, lahir mati, atau kematian bayi. Walaupun 9 dari 10 bayi tampak normal pada saat kelahiran, lebih dari setengah mempunyai masalah di kemudian

hari, diantaranya infeksi mata, kehilangan pendengaran dan ketidakmampuan belajar (*March of Dimes Foundation*, 2002).

2.3.2 Lingkungan dan perilaku

Ancaman lingkungan luar seperti bahan kimia, radiasi, panas atau kelembaban serta ancaman kehidupan modern lain dapat menimbulkan akibat pada perkembangan prenatal. Wanita hamil yang bekerja pada perusahaan yang menggunakan bahan kimia memiliki tingkat keguguran 2 kali lebih tinggi dibandingkan yang bekerja di tempat lain (Markoff, 1992), begitu pula dengan wanita hamil yang berhubungan dengan DDT (*dichlorodiphenyltrichloroethane*) cenderung memiliki tingkat kelahiran preterm yang lebih tinggi (Longnecker, 2001). Radiasi dapat menyebabkan mutasi genetik. Risiko keterbelakangan mental yang lebih besar, ukuran kepala kecil, *kromosomal multifungsi*, *sindroma down epilepsi* dan tingkat prestasi tes IQ serta pelajaran sekolah yang buruk. Periode kritis terjadi antara minggu kedelapan dan kelima belas setelah pembuahan (Yamazaki & Schull, 1990).

Lingkungan prenatal bayi adalah tubuh ibunya, maka jelas semua yang mempengaruhi keberadaannya, mulai dari makanan sampai perasaan dapat mempengaruhi lingkungan bayi dan berdampak pada pertumbuhannya. Perilaku ibu yang suka merokok maupun terkena pajanan asap rokok, minum kopi, konsumsi alkohol dan obat-obatan beresiko untuk melahirkan bayi BBLR.

2.3.2.1 Merokok

Penggunaan tembakau selama masa kehamilan merupakan sebab dari 115.000 keguguran setiap tahunnya di Amerika Serikat dan kematian 5000 bayi. Aktifitas tersebut menyebabkan 53.000 kelahiran dengan berat badan dibawah normal tiap tahun dan 22.000 bayi yang membutuhkan perawatan intensif (DiFranza & Lew, 1995). Ia juga meningkatkan risiko terhadap keterlambatan pertumbuhan prenatal, keterbelakangan mental, keguguran, kematian bayi, dan masalah kognitif serta perilaku jangka panjang (AAP Commitee on Substance Abuse, 2001; Martin et al, 2002).

2.3.2.2 Konsumsi Kopi (Kafein)

Sebuah penelitian terkontrol terhadap 1205 ibu baru dan bayi mereka menunjukkan tidak ada efek kekurangan berat waktu lahir, kelahiran prematur, atau keterlambatan pertumbuhan janin dari mereka yang mengonsumsi kafein (Santos dkk, 1998). Di sisi lain lebih dari 4 cangkir kopi setiap hari bisa meningkatkan risiko kematian mendadak pada bayi (Ford dkk, 1998)

2.3.2.3 Konsumsi Alkohol

Semakin banyak ibu minum alkohol, maka akan semakin parah akibatnya. 1 dari 750 bayi menderita Fetal Alcohol Syndrome (FAS), kombinasi keterlambatan pertumbuhan pada masa prenatal maupun postnatal, cacat wajah dan tubuh dan kelainan sistem saraf pusat. Untuk setiap anak yang terkena FAS, 10 anak lainnya memiliki kemungkinan untuk lahir dengan fetal alcohol effect. Kondisi dengan tingkat keparahan dibawah FAS ini dapat meliputi keterlambatan mental, keterlambatan pertumbuhan dalam rahim, ketidaknormalan kongenital yang ringan. Anak dari seorang ibu yang minum alkohol satu gelas sehari selama tiga semester pertama kehamilannya cenderung menunjukkan penurunan pertumbuhan pada usia 14 tahun. Tidak ada level aman berkaitan dengan aktifitas minum-minuman keras pada masa kehamilan. Yang terbaik adalah menghindari alkohol dari mulai seorang wanita berpikir untuk hamil sampai ibu menyapih anaknya (AAP Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities, 1993; Day et al, 2002).

2.3.2.4 Konsumsi Obat

Saat ini hampir 30 obat-obatan telah ditemukan teratogenic dalam dosis yang direkomendasikan klinis (Koren, Pastuszak & Ito, 1998). Efek mengonsumsi obat selama kehamilan tidak selalu muncul seketika. *American Academic of Pediatrics (AAP), Committee on Drug* (1994) merekomendasikan bahwa tidak ada obat yang diresepkan kepada wanita hamil kecuali apabila obat tersebut sangat esensial bagi kesehatan wanita tersebut dan bayinya.

Para peneliti Kanada menemukan gangguan syaraf temporer seperti bergetar dan terkejut dan juga tingginya tingkat kelahiran dengan berat dibawah normal pada bayi para perokok mariyuana (Freid, Watkinson & Willan, 1984).

Wanita yang kecanduan heroin atau opiat seperti morfin dan kodein cenderung melahirkan bayi prematur yang juga akan ketagihan obat yang sama, bayi-bayi tersebut lebih sering menangis, kurang responsif dan waspada dibandingkan bayi-bayi lainnya (Strauss, Lessen-Firestone, Starr & Ostrea, 1975).

Penggunaan kokain selama masa kehamilan telah dikaitkan dengan berbagai risiko, seperti aborsi mendadak, keterlambatan pertumbuhan, dan ketidaksempurnaan perkembangan saraf (Chibiroga dkk, 1999; Macmillan dkk, 2001; Scher dkk, 2000).

2.3.3 Faktor janin

2.3.3.1 Hidramnion/Polihidramnion

Yaitu keadaan dimana banyaknya air ketuban melebihi 2000 cc, pada keadaan normal banyaknya air ketuban dapat mencapai 1000 cc untuk kemudian menurun lagi setelah minggu ke 38 sehingga hanya tinggal beberapa ratus cc saja. Hidramnion dianggap sebagai kehamilan resiko tinggi karena dapat membahayakan ibu dan anak, pada hidramnion menyebabkan uterus regang sehingga dapat menyebabkan partus prematur. Kondisi ini biasanya terjadi pada kehamilan ganda.

2.3.3.2 Kehamilan Ganda/Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Berbagai faktor mempengaruhi frekuensi kehamilan kembar seperti bangsa, herediter, umur dan paritas ibu. Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Berat badan bayi yang baru lahir pada kehamilan kembar umumnya kurang dari 2500 gram. Pada kehamilan kembar cenderung untuk terjadinya partus prematur.

2.3.3.3 Kelainan Kongenital

Yaitu cacat bawaan akibat kelainan kromosom (sindroma down, turner) serta cacat bawaan karena infeksi intrauterine (menyebabkan gangguan pada bayi dalam bentuk *fetal dismaturity*) sehingga janin lahir dengan berat badan yang lebih kecil atau mati dalam kandungan.

2.3.4 Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK). Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). 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.

Jumlah kunjungan 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, Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Pelayanan antenatal yang dilakukan secara rutin juga merupakan upaya untuk melakukan deteksi dini kehamilan berisiko sehingga dapat dengan segera dilakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi dan merencanakan serta memperbaiki kehamilan tersebut.

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

Standar operasional pelayanan antenatal, dikenal dengan standar “10 T”, yang terdiri atas :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2. Ukur tekanan darah
3. Tentukan status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
4. Ukur tinggi fundus uteri
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (Djj)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) jika diperlukan
7. Berikan tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Test laboratorium rutin dan khusus (rutin: pemeriksaan golongan darah, hb, protein urin dan gula darah puasa, khusus: untuk kelompok berisiko HIV, sifilis, Hepatitis, malaria, Tbc, kecacingan, Talasemia, dll)
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan

Dengan demikian maka secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut.

Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

Penerapan standar operasional antenatal secara praktis dipakai standar pelayanan minimal meliputi 5T. Untuk pemeriksaan paripurna meliputi seluruhnya yaitu 10T. Standar pelayanan tersebut ditentukan untuk menjamin mutu pelayanan khususnya dalam memberi kesempatan yang cukup dalam menangani kasus resiko tinggi yang ditemukan.

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.

Beberapa peneliti menyatakan ada hubungan yang bermakna antara kualitas pelayanan ANC dengan kejadian BBLR. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000 - 0,034$. Analisis faktor risiko kualitas pelayanan antenatal didapatkan $OR = 2,827 - 5,85$ artinya ibu yang memiliki kualitas pelayanan antenatal yang kurang baik mempunyai peluang melahirkan BBLR 2 - 5 kali dibandingkan ibu yang memiliki kualitas pelayanan antenatal baik (Kartika dan Suryati, 2000; Atriyanto dan Joeharno, 2006; Sistiarani, 2008; dan Susanti, 2011).

2.4 Komplikasi BBLR

2.4.1 Komplikasi Langsung

Komplikasi langsung yang dapat terjadi pada bayi berat lahir rendah antara lain:

- 1 *Hipotermia*
- 2 *Hipoglikemia*
- 3 Gangguan cairan dan elektrolit
- 4 *Hiperbilirubinemia*
- 5 Sindroma gawat nafas

- 6 *Paten duktus arteriosus*
- 7 Infeksi
- 8 Perdarahan *intraventrikuler*
- 9 *Apnea of Prematurity*
- 10 *Anemia*

2.4.2 Masalah Jangka Panjang

Masalah jangka panjang yang mungkin timbul pada bayi-bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) antara lain:

- 1 Gangguan perkembangan
- 2 Gangguan pertumbuhan
- 3 Gangguan penglihatan (*Retinopati*)
- 4 Gangguan pendengaran
- 5 Penyakit paru kronis
- 6 Kenaikan angka kesakitan dan sering masuk rumah sakit
- 7 Kenaikan frekuensi kelainan bawaan

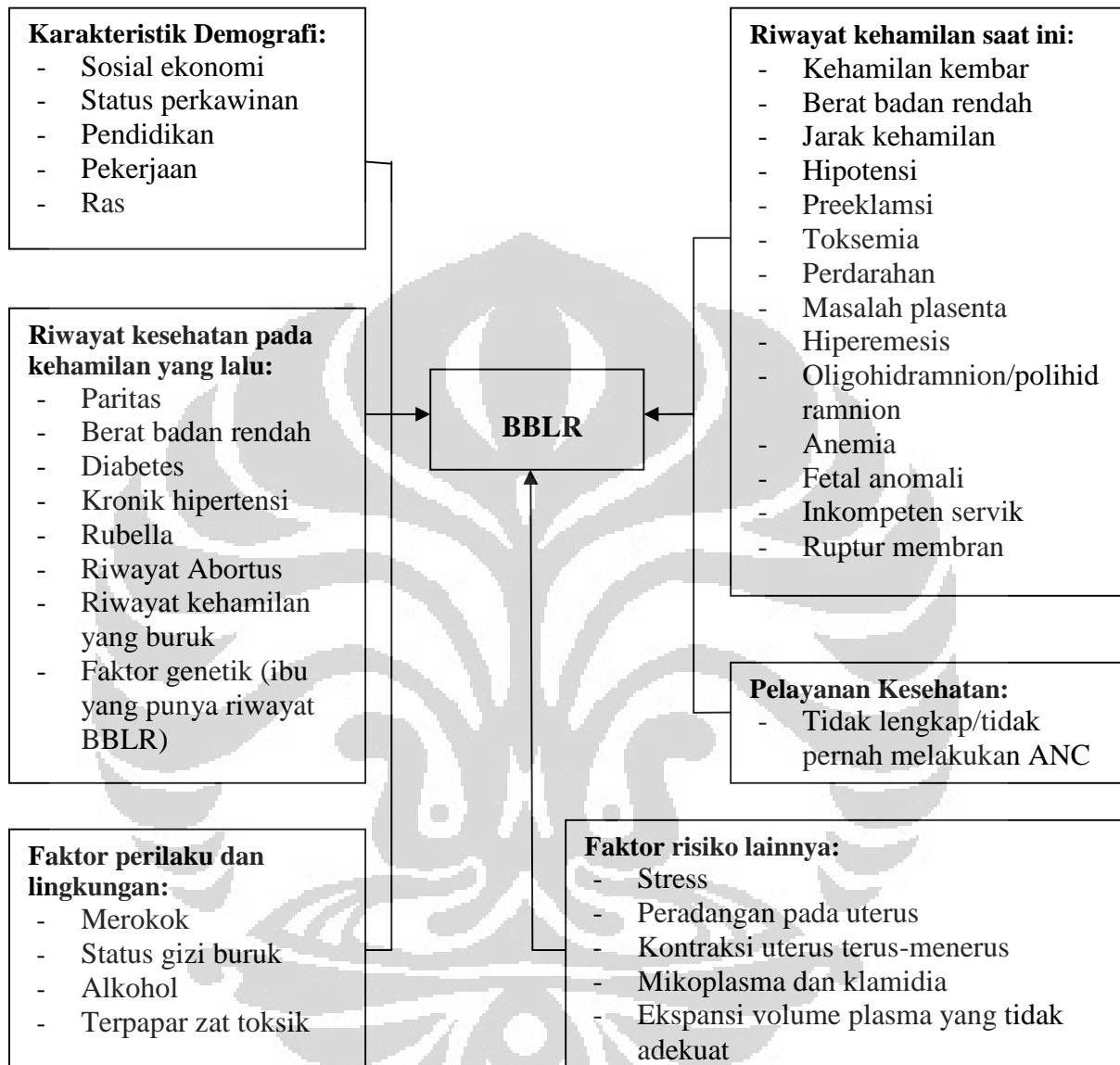
2.5 Alat Pengukur BB Bayi Baru Lahir

Penilaian terhadap BBLR dilakukan dengan cara menimbang bayi pada saat baru lahir atau dalam waktu satu jam setelah lahir. Pengukuran berat badan bayi lahir dapat dilakukan dengan menggunakan alat timbangan yang mudah dan tidak memerlukan banyak waktu. Alat yang penimbangan digunakan adalah timbangan bayi tipe standar atau digital. Untuk pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan menggunakan timbangan bayi duduk (*baby scale*), tetapi untuk pelayanan persalinan di luar fasilitas kesehatan menggunakan timbangan neraca pegas.

Neraca pegas (dinamometer) adalah timbangan sederhana yang menggunakan pegas sebagai alat untuk menentukan massa benda yang diukurnya neraca pegas mengukur ketegangan pegas, yang sebenarnya adalah tekanannya. Benda yang akan diukur massanya, digantung pada pengait neraca. skala yang ditunjukkan oleh penunjuk neraca, sama dengan nilai massa benda yang diukur, skala satuan besaran massa yang di tunjukan oleh penunjuk neraca adalah lima, berarti massa benda tersebut adalah lima kilogram.

2.6 Kerangka Teori

Gambar 3.1 Kerangka Teori



Sumber: *Institut of Medicine (1985)*

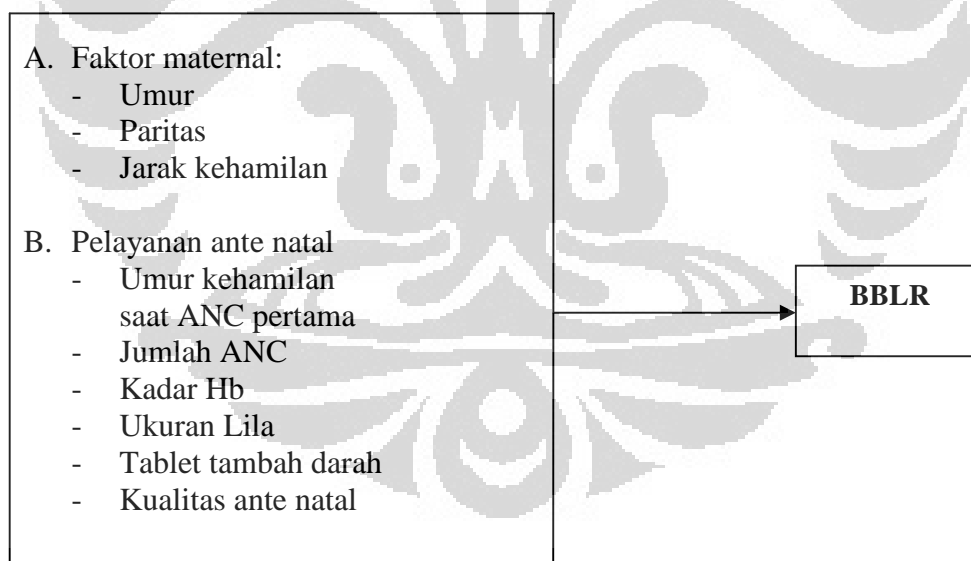
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menghubungkan kejadian BBLR dengan faktor maternal dan pelayanan ante natal yang mungkin berhubungan dengan kejadian BBLR tersebut. Dari kerangka teori yang telah dijelaskan dalam gambar 3.1, disusun kerangka konsep yang menunjukkan hubungan faktor maternal faktor maternal (umur, paritas dan jarak kehamilan) dan pelayanan ante natal (umur kehamilan pada kunjungan ante natal pertama, frekuensi kunjungan ante natal, kadar hemoglobin, ukuran LILA, pemberian Tablet Tambah Darah, kualitas pelayanan ante natal) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



3.2 Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR
BBLR	Bayi yang lahir dengan BB kurang dari atau sama dengan 2500 gram (Depkes 2007)	Kuesioner, buku kohort ibu dan bayi	Melihat buku kohort ibu dan bayi
Umur	Lamanya hidup responden dalam tahun dihitung sejak lahir sampai pada saat melahirkan. (Budiarti, 2003)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh responden baik yang lahir hidup maupun lahir mati sampai pada saat penelitian. (Kartika, 2000)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Jarak kelahiran	Rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan anak sebelumnya. (Budiarti, 2003)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Umur kehamilan saat ANC pertama	Umur kehamilan dalam minggu ketika melakukan Pemeriksaan kehamilan pertama kali	Kiesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Frekuensi ANC	Jumlah kunjungan ibu hamil ke tenaga kesehatan profesional untuk memeriksakan kehamilannya. (Kartika, 2000)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Kadar Hemoglobin	Suatu ukuran banyaknya kandungan Fe dalam darah dalam satuan gr/dl	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Ukuran Lila	Ukuraan keliling lingkaran lengan atas yang diukur pada lengan kiri 1/3 bagian atas	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Tablet Tambah Darah	Jumlah tablet tambah darah yang didapat ibu hamil selama memeriksakan kehamilannya	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu
Pemberian TT	Jumlah suntikan TT yang didapat ibu selama kehamilan anak terakhir	Kuesioner	Wawancara
Kualitas ANC	Suatu keadaan dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan yang sesuai standar	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu

3.3 Hipotesis

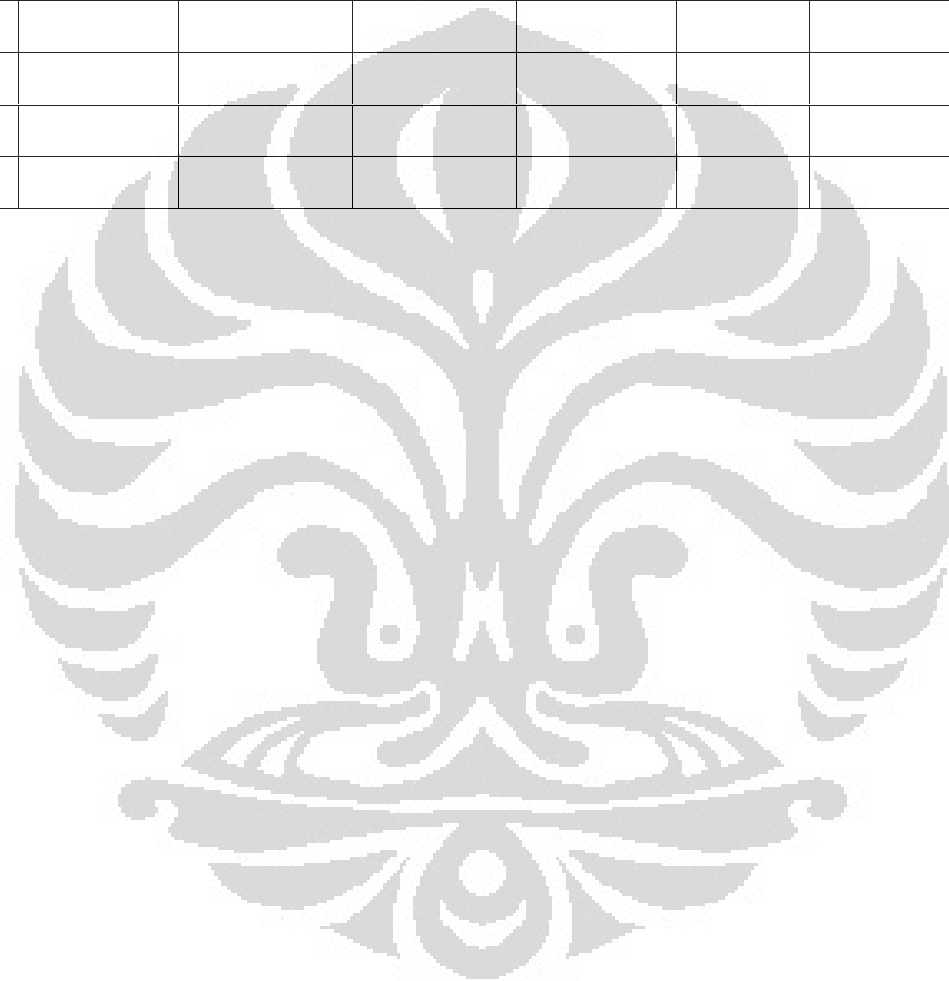
- 3.3.1 Ada hubungan antara faktor maternal (umur, paritas, dan jarak kelahiran) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011
- 3.3.2 Ada hubungan antara pelayanan ante natal (umur kehamilan saat ANC pertama, frekuensi ANC, kadar Hemoglobin, ukuran Lila, pemberian Tablet Tambah Darah, dan kualitas ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011



3.2 Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
BBLR	Bayi yang lahir dengan BB kurang dari atau sama dengan 2500 gram (Depkes 2007)	Kuesioner, buku kohort ibu dan bayi	Melihat buku kohort ibu dan bayi	- BBLR : < 2500 gram - Tidak BBLR : 2500 gram	Nominal
Umur	Lamanya hidup responden dalam tahun dihitung sejak lahir sampai pada saat melahirkan. (Budiarti, 2003)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- < 20 tahun - 20-35 tahun - > 35 tahun	Ordinal
Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh responden baik yang lahir hidup maupun lahir mati sampai pada saat penelitian. (Kartika, 2000)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- 1-2 - 2-4 - > 4	Ordinal
Jarak kelahiran	Rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan anak sebelumnya. (Budiarti, 2003)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- < 2 tahun - 2 tahun.	Nominal
Umur kehamilan saat ANC pertama	Umur kehamilan dalam minggu ketika melakukan Pemeriksaan kehamilan pertama kali	Kiesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- > 12 minggu - 12 minggu	Nominal
Frekuensi ANC	Jumlah kunjungan ibu hamil ke tenaga kesehatan profesional untuk memeriksakan kehamilannya. (Kartika, 2000)	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- < 4 kali - 4 kali	Nominal
Kadar Hemoglobin	Suatu ukuran banyaknya kandungan Fe dalam darah dalam satuan gr/dl	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- < 11 gr/dl (Anemia) - 11 gr/dl (Tidak anemia)	Nominal

Ukuran Lila	Ukuraan keliling lingkaran lengan atas yang diukur pada lengan kiri 1/3 bagian atas	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- KEK - Tidak KEK	Nominal
Tablet Tambah Darah	Jumlah tablet tambah darah yang didapat ibu hamil selama memeriksakan kehamilannya	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- TTD < 90 tablet - TTD ≥ 90 tablet	Nominal
Kualitas ANC	Suatu keadaan dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan yang sesuai standar	Kuesioner dan buku kohort ibu	Melihat buku kohort ibu	- Kurang baik - Baik	Nominal



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bersifat analitik. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian potong lintang (*Cross Sectional*) yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui prevalensi, distribusi maupun hubungan penyakit dan paparan (faktor penelitian) dari suatu populasi pada satu saat. Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan yaitu kejadian BBLR, faktor maternal (umur, paritas, jarak kehamilan) dan pelayanan antenatal (umur kehamilan saat ANC pertama, frekuensi ANC, kadar hemoglobin, ukuran Lila, pemberian Fe dan kualitas ANC).

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka yang terdiri dari 13 desa. Waktu penelitian dilaksanakan pada Bulan Maret sampai dengan Bulan April 2012 .

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini seluruh ibu bersalin yang tercatat di buku kohort ibu dan kohort bayi di wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka pada Bulan Januari–Desember 2011. Jumlah populasi sebesar 796 orang.

4.3.2 Sampel

Pengambilan sampel secara total sampling, artinya seluruh populasi dijadikan sampel penelitian yaitu seluruh ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011 sebesar 796. Berdasarkan dengan kriteria inklusi dan eksklusi maka jumlah sampel menjadi 782 orang responden.

4.3.3 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

4.3.3.1 Kriteria inklusi:

1. Ibu yang melakukan pemeriksaan antenatal dan tercatat dalam register ibu hamil di Puskesmas Rajagaluh
2. Ibu yang melahirkan kepada tenaga kesehatan

4.3.3.2 Kriteria eksklusi:

1. Ibu yang melahirkan bayi kembar.
2. Ibu yang melahirkan bayi dengan cacat bawaan

4.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan data sekunder, yaitu data dari kartu ibu dan buku kohort ibu di 13 desa wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh

4.5 Pengolahan dan Analisis Data

4.5.1 Teknik Pengolahan Data

Setelah data diperoleh, maka dilakukan pengolahan data dengan menggunakan soft ware proram SPSS seri 13,0.

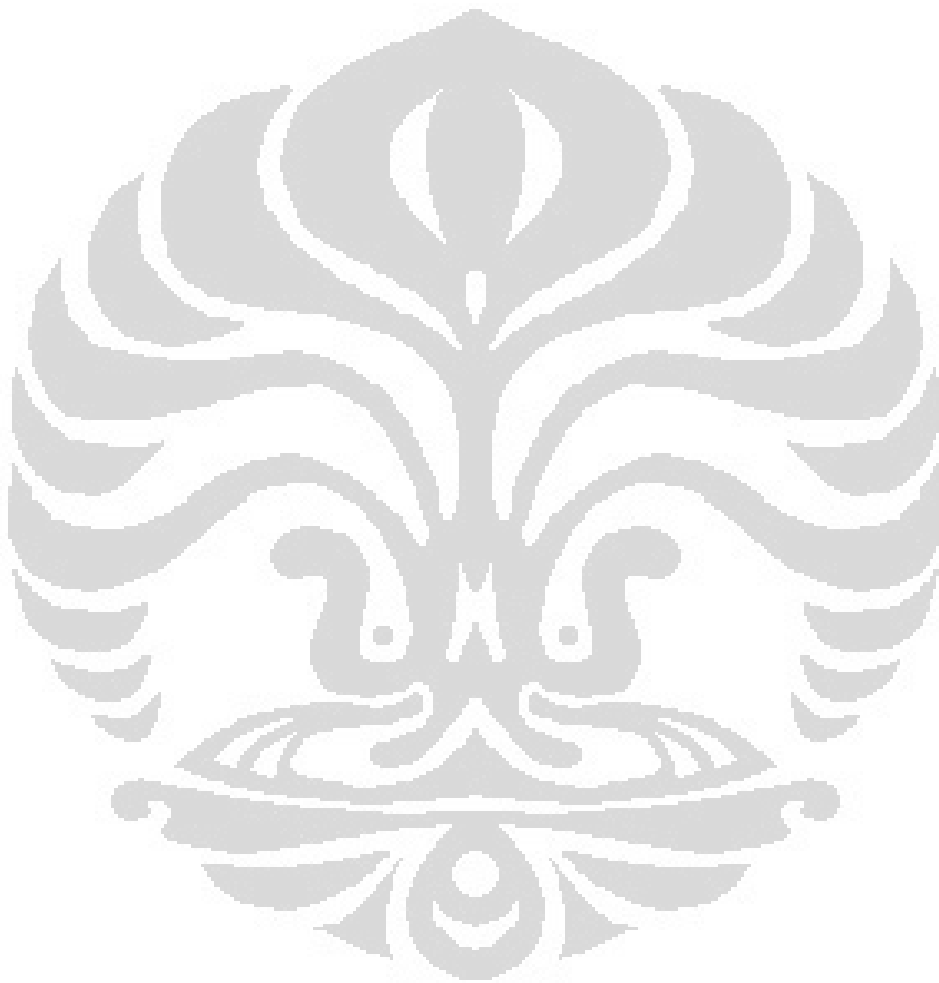
4.5.2 Analisa Data

4.5.2.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat dimaksudkan untuk mengetahui besar kecilnya permasalahan dari masing-masing variabel yang akan dianalisis. Dilakukan melalui prosedur statistik distribusi frekuensi sehingga diperoleh gambaran umur, paritas, jarak kehamilan, umur kehamilan saat ANC pertama, frekuensi ANC, kadar Hemoglobin, ukuran LILA, pemberian tablet Fe, dan kualitas ANC di Puskesmas Rajagaluh pada tahun 2011.

4.5.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Analisis bivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui besarnya proporsi antara umur, paritas, jarak kehamilan, umur kehamilan saat ANC pertama, frekuensi ANC, kadar Hemoglobin, ukuran Lila, pemberian tablet Fe, dan kualitas ANC dengan kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh pada tahun 2011.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Puskesmas Rajagaluh

Puskesmas Rajagaluh berada di wilayah Kecamatan Rajagaluh Kabupaten Majalengka, mempunyai luas wilayah 34,37 Km². Batas wilayah Kecamatan Rajagaluh yaitu:

1. Sebelah Utara : Kecamatan Leuwimunding
2. Sebelah Selatan : Kabupaten Kuningan
3. Sebelah Barat : Kecamatan Sukahaji
4. Sebelah Timur : Kecamatan Sindangwangi

Kondisi alam Kecamatan Rajagaluh sebagian besar terletak di dataran tinggi dan berbukit-bukit (300-2000 m dpl) dan sebagian kecil terletak di dataran lebih rendah. Hampir seluruh wilayah mudah dicapai oleh kendaraan roda dua dan roda empat, kecuali daerah pelosok yang berbatasan dengan Gunung Ciremai.

Kecamatan Rajagaluh terdiri dari 13 desa yang merupakan bagian dari wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh, yaitu: Desa Rajagaluh Lor, Rajagaluh, Rajagaluh Kidul, Cipinang, Cisetu, Kumbang, Sadomas, Singawada, Babakankareo, Sindangpano, Payung, Teja dan Pajajar. Jarak terjauh adalah Desa Payung yang terletak 6 Km dari Pusat Kecamatan Rajagaluh dan 21 Km dari Ibukota Kabupaten Majalengka.

Estimasi penduduk Kecamatan Rajagaluh Tahun 2011 adalah 41.377 jiwa. Distribusi berdasarkan golongan umur lebih banyak pada usia produktif yaitu umur 15-44 tahun sebanyak 20.471 jiwa (49,5%), sedangkan umur 0-5 tahun sebanyak 22,6% dan umur diatas 44 tahun sebanyak 27,9%.

5.2 Visi dan Misi Puskesmas Rajagaluh

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, Visi dan Misi Puskesmas Rajagaluh mengacu pada Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka.

5.2.1 Visi

“Terwujudnya Masyarakat Majalengka Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat Menuju Kabupaten Majalengka Religius, Maju dan Sejahtera (REMAJA)”.

5.2.2 Misi

Dalam rangka mewujudkan Visi Terwujudnya Masyarakat Majalengka Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat Menuju Kabupaten Majalengka Religius, Maju dan Sejahtera, maka Puskesmas Rajagaluh mempunyai beberapa misi adalah :

1. Meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang terjangkau dan merata kepada seluruh masyarakat.
2. Meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan yang proporsional dan profesional.
3. Mengembangkan manajemen pelayanan kesehatan untuk peningkatan akuntabilitas publik.
4. Meningkatkan sinergitas upaya pembangunan kesehatan diantara sektor terkait.
5. Mendorong kemandirian individu, keluarga dan masyarakat untuk mampu hidup sehat.

5.2.3 Motto Pelayanan Puskesmas Rajagaluh

Untuk meningkatkan pelayanan secara prima kepada masyarakat, Puskesmas Rajagaluh mempunyai motto pelayanan SIGAP yaitu senyum, ikhlas, gerak cepat, akurat dan profesional.

5.3 Gambaran Kejadian BBLR

Populasi dari penelitian ini adalah semua ibu yang melahirkan di wilayah Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka pada bulan Januari–Desember 2011. Pengambilan sampel dilakukan secara total sampling yaitu semua ibu yang melahirkan tersebut dijadikan sampel. Dengan kriteria inklusi dan eksklusi jumlah sampel seluruhnya sebanyak 782 responden.

Tabel 5.1
Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Berat Bayi Lahir	Persentase (%)
< 2500 gr (BBLR)	7
2500 gr (tidak BBLR)	93
Total	100

Hasil penelitian BBLR di Puskesmas Rajagaluh menunjukkan bahwa kejadian BBLR sebesar 7% sedangkan tidak BBLR sebesar 93% (lihat tabel 5.1).

5.4 Gambaran Faktor Maternal

5.4.1 Umur

Hasil penelitian berdasarkan umur adalah lebih banyak umur antara 20-35 tahun yaitu 605 responden (77,4%) sedangkan umur <20 tahun 95 responden (12,1%) dan umur >35 tahun sebanyak 81 responden (10,5%) (lihat tabel 5.2).

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Umur	Persentase (%)
< 20 tahun	12,1
20-35 tahun	77,4
> 35 tahun	10,5
Total	100

5.4.2 Paritas

Hasil penelitian berdasarkan paritas adalah lebih banyak paritas antara 1-2 yaitu 619 responden (79,2%), sedangkan paritas 3-4 sebanyak 147 responden (18,8%) dan paritas > 4 sebanyak 16 responden (2%) (lihat tabel 5.3).

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Paritas
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Paritas	Persentase (%)
1-2	79,2
3-4	18,8
> 4	2
Total	100

5.4.3 Jarak Kehamilan

Hasil penelitian berdasarkan jarak kehamilan adalah lebih banyak < 2 tahun yaitu 407 responden (52%) sedangkan yang 2 tahun sebanyak 372 responden (48%) (lihat tabel 5.4).

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jarak Kehamilan
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Jarak Kehamilan	Persentase (%)
< 2 tahun	52
2 tahun	48
Total	100

5.5 Faktor Pelayanan Ante Natal

5.5.1 Umur Kehamilan Pada saat ANC Pertama

Hasil penelitian berdasarkan umur kehamilan saat pemeriksaan ante natal pertama sebagian besar 12 minggu yaitu sebanyak 702 responden (89,8%) sedangkan yang > 12 minggu sebanyak 60 responden (10,2%) (lihat tabel 5.5).

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Kehamilan
Pada Saat ANC Pertama Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Umur kehamilan saat ANC Pertama	Persentase (%)
> 12 minggu	10,2
12 minggu	89,8
Total	100

5.5.2 Frekuensi ANC

Hasil penelitian berdasarkan frekuensi ANC adalah sebagian besar 4 kali yaitu 746 responden (95,4%) sedangkan yang < 4 kali sebanyak 36 responden (4,6%) (lihat tabel 5.6).

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Frekuensi ANC
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Frekuensi ANC	Persentase (%)
< 4 kali	4,6
4 kali	95,4
Total	100

5.5.3 Kadar Hemoglobin

Hasil penelitian berdasarkan kadar Hb adalah lebih banyak normal (> 11 gr/dl) yaitu 645 responden (83%) sedangkan yang anemia (< 11 gr/dl) sebanyak 133 responden (17%) (lihat tabel 5.7).

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kadar Hemoglobin
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Kadar Hemoglobin	Persentase (%)
< 11 gr/dl (Anemia)	17
11 gr/dl (Normal)	83
Total	100

5.5.4 Ukuran LILA

Hasil penelitian berdasarkan ukuran LILA adalah sebagian besar normal (> 23,5 cm) yaitu 741 responden (94,8%) sedangkan yang KEK (< 23,5 cm) sebanyak 41 responden (5,2%) (lihat tabel 5.8).

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Ukuran LILA
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Ukuran LILA	Persentase (%)
23,5 cm (KEK)	5,2
> 23,5 cm (Normal)	94,8
Total	100

5.5.5 Pemberian Tablet Fe

Hasil penelitian berdasarkan pemberian Fe adalah sebagian besar telah mendapat Fe 90 tablet yaitu 746 responden (95,4%) sedangkan yang < 90 tablet sebanyak 36 responden (4,6%) (lihat tabel 5.9).

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pemberian Fe
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Pemberian Fe	Persentase (%)
< 90 tablet	4,6
90 tablet	95,4

Total	100
--------------	-----

5.5.6 Kualitas ANC

Kualitas ANC di klasifikasi dalam kualitas yang tidak baik dan baik, yaitu:

1. Kualitas tidak baik:
 - a. Umur kehamilan saat pemeriksaan ante natal pertama kali > 12 minggu
 - b. Frekuensi pemeriksaan ante natal < 4 kali
 - c. Mendapat imunisasi < 2 kali
 - d. Mendapat Fe < 90 tablet
2. Kualitas ANC yang baik, bila memenuhi kriteria berikut:
 - a. Umur kehamilan saat pemeriksaan ante natal pertama kali \leq 12 minggu (trimester I), dan
 - b. Frekuensi pemeriksaan ante natal \geq 4 kali dengan katagori minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester III, dan
 - c. Mendapat imunisasi 2 kali, dan
 - d. Mendapat tablet Fe \geq 90 tablet.

Hasil penelitian berdasarkan kualitas ante natal adalah sebagian besar baik yaitu 690 responden (88,6%) sedangkan yang tidak baik sebanyak 88 responden (11,4%) (lihat 5.10).

Tabel 5.10
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas ANC
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Kualitas ANC	Persentase (%)
Tidak Baik	11,4
Baik	88,6
Total	100

5.6 Gambaran Hubungan Faktor Maternal Dengan Kejadian BBLR

5.6.1 Gambaran Hubungan Umur Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR paling tinggi pada umur lebih dari 35 tahun yaitu sebesar 9,9%, sedangkan umur kurang dari 35 tahun berkisar antara 6,3-6,8% (lihat tabel 5.11).

Tabel 5.11
Hubungan Umur Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Umur	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 20 tahun	6,3	93,7
20-35 tahun	6,8	93,2
> 35 tahun	9,9	90,1
Total	7	93

5.6.2 Gambaran Hubungan Paritas Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR paling tinggi pada paritas lebih dari 4 yaitu sebesar 12,5%, sedangkan yang paritas kurang dari 4 tahun berkisar antara 6,5-8,8% (lihat tabel 5.12).

Tabel 5.12
Hubungan Paritas Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Paritas	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
1-2	6,5	93,5
3-4	8,8	91,2
> 4	12,5	87,5
Total	7	93

5.6.3 Gambaran Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada jarak kehamilan kurang dari 2 tahun yaitu sebesar 7,6%, sedangkan jarak kehamilan lebih dari atau sama dengan 2 tahun sebesar 6,4% (lihat tabel 5.13).

Tabel 5.13
Hubungan Jarak Kehamilan Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Jarak Kehamilan	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 2 tahun	7,6	92,4
2 tahun	6,4	93,6
Total	7	93

5.7 Gambaran Hubungan Pelayanan Ante Natal Dengan Kejadian BBLR

5.7.1 Gambaran Hubungan Umur Kehamilan Pada Pemeriksaan Ante Natal Pertama Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kurang dari atau sama dengan 12 minggu yaitu sebesar 7,3%, sedangkan yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama lebih dari 12 minggu sebesar 5% (lihat tabel 5.14).

Tabel 5.14
Hubungan Pemeriksaan Ante Natal Pertama Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

ANC Pertama	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
> 12 minggu	5,0	95
12 minggu	7,3	92,7
Total	7	93

5.7.2 Gambaran Hubungan Frekuensi Ante Natal Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada frekuensi ANC yang lebih dari atau sama dengan 4 kali yaitu sebesar 7,3%, sedangkan frekuensi yang kurang dari 4 kali sebesar 2,8% (lihat tabel 5.15).

Tabel 5.15
Hubungan Frekuensi ANC Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Frekuensi ANC	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 4 kali	2,8	97,2
4 kali	7,3	92,7
Total	7	93

5.7.3 Gambaran Hubungan Anemia Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan kadar Hemoglobin kurang dari 11 gr/dl yaitu sebesar 12,8%, sedangkan kadar Hemoglobin lebih dari atau sama dengan 11 gr/dl sebesar 5,9% (lihat tabel 5.16).

Tabel 5.16
Hubungan Kadar Hemoglobin Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Kadar Hb	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 11 gr/dl (Anemia)	12,8	88,2
11 gr/dl (Normal)	5,9	94,1
Total	7	93

5.7.4 Gambaran Hubungan Ukuran LILA Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan ukuran LILA kurang dari 23,5 cm (KEK) yaitu sebesar 12,2%, sedangkan ukuran Lila lebih dari atau sama dengan 23,5 cm sebesar 6,7% (lihat tabel 5.17).

Tabel 5.17
Hubungan Ukuran LILA Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Ukuran LILA	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 23,5 cm (KEK)	12,2	97,8
23,5 cm (Normal)	6,7	93,3
Total	7	93

5.7.5 Gambaran Hubungan Pemberian Fe Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang mendapat tablet Fe kurang dari 90 tablet yaitu sebesar 11,1%, sedangkan yang mendapat tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet sebesar 6,8% (lihat tabel 5.18).

Tabel 5.18
Hubungan Pemberian Tablet Fe Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Pemberian Tablet Fe	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
< 90 tablet	11,1	88,9
90 tablet	6,8	93,2
Total	7	93

5.7.7 Gambaran Hubungan Kualitas Ante Natal Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada kualitas ANC yang baik yaitu sebesar 7,2%, sedangkan kualitas yang kurang baik sebesar 5,6% (lihat tabel 5.19).

Tabel 5.19
Hubungan Kualitas ANC Responden Dengan Kejadian BBLR
Di Puskesmas Rajagaluh Tahun 2011, n = 782

Kualitas ANC	Persentase (%)	
	BBLR	Tidak BBLR
Kurang Baik	5,6	94,4
Baik	7,2	92,8
Total	7	93

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *Cross sectional*, dimana semua variabel baik independen maupun dependen diukur pada waktu bersamaan. Keterbatasan rancangan penelitian hanya bersifat menggambarkan adanya suatu hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen, namun tidak bisa melihat hubungan sebab akibat sehingga tidak dapat dipastikan apakah *exposure* yang mempengaruhi *outcome*.

6.1.2 Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder berupa catatan kohort ibu dan kohort bayi dari 13 desa di wilayah kerja Puskesmas Rajagaluh. Data dalam kohort ibu dan kohort bayi tidak selengkap data dari status ibu/kartu ibu atau data dari buku kunjungan yang dipegang ibu hamil (buku KIA). Karena ketidaklengkapan data tersebut, sehingga variabel yang digunakan dalam penelitian ini hanya variabel yang terdapat dalam catatan kohort ibu dan kohort bayi. Beberapa variabel tidak dapat dilakukan penelitian antara lain: pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, tekanan darah, kenaikan berat badan, tinggi fundus uteri dan jumlah Fe yang diminum serta faktor perilaku ibu selama hamil (merokok, konsumsi obat atau alkohol).

6.2 Pembahasan

6.2.1 Kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh

Proporsi BBLR di Puskesmas Rajagaluh tahun 2011 adalah 7,6 % dengan angka kematian bayi akibat BBLR sebanyak 16,7% (5 kasus) dari 30 kematian bayi. Sedangkan pada penelitian ini didapatkan jumlah kasus BBLR sebanyak 7% dari total populasi 782 ibu bersalin.

Prevalensi BBLR diperkirakan sebesar 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3-38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio ekonomi rendah. Data secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR terjadi di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding dengan bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram.

Tingginya angka kematian bayi karena BBLR menggambarkan kualitas pelayanan ANC dan kualitas penanganan BBLR masih rendah (Depkes, 2007). Faktor tersebut antara lain dari faktor ibu, faktor uterus dan plasenta, faktor janin, dan faktor lain (Prawirohardjo, 2002). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi BBLR adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi kunjungan antenatal care, kadar hemoglobin ibu hamil dan berat badan ibu selama hamil, paritas, jarak kehamilan, ukuran LILA, dan umur, sementara faktor eksternal meliputi lingkungan, sosial ekonomi dan sarana yaitu fasilitas kesehatan (Depkes, 2002).

6.2.2 Hubungan Faktor Maternal Dengan Kejadian BBLR

6.2.2.1 Hubungan Umur Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR paling tinggi terjadi pada ibu dengan umur lebih dari 35 tahun yaitu sebesar 9,9%, sedangkan umur kurang dari 35 tahun berkisar antara 6,3-6,8%. Selisih proporsi dari ketiga klasifikasi umur tersebut tidak berbeda jauh sehingga menunjukkan bahwa umur tidak berpengaruh terhadap kejadian BBLR.

Berbeda dengan penelitian Berkowitz dkk bahwa setelah usia 35 tahun terdapat lebih banyak peluang untuk terkena keguguran atau bayi lahir mati, kelahiran prematur, keterlambatan pertumbuhan janin, komplikasi kelahiran lain, atau cacat lahir, seperti Down Syndrome. Akan tetapi seiring dengan meluasnya

memindaian janin (fetal defect) terhadap calon ibu yang berusia lebih tua, hanya sedikit bayi dengan cacat fisik yang lahir pada saat ini (Berkowitz dkk, 1990; P. Brown, 1993; Cunningham & Levono, 1995).

Demikian juga dengan Penelitian Kartika (2000) dan Susanti (2011), menyatakan bahwa kejadian BBLR paling tinggi pada umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu sebesar 8,33%, sedangkan umur 20 sampai 35 tahun 5,5%. Di negara berkembang, faktor umur merupakan hal penting untuk diperhatikan, karena umur ketika hamil dapat berpengaruh pada kejadian BBLR. Umur ibu di bawah 20 tahun menyumbang 9,8% kejadian BBLR dan usia lebih dari 35 tahun menyumbang 4,1% kejadian BBLR (Sutjiningsih, 1998). Penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2011) di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok juga menunjukkan bahwa proporsi kejadian BBLR sebagian besar terjadi dengan ibu yang berusia pada usia berisiko (<20 tahun atau > 35 tahun).

Selain pada pada umur yang tua, seorang remaja akan cenderung memiliki bayi prematur atau lahir dengan berat badan yang kurang, hal ini disebabkan tubuh seorang gadis yang masih berkembang juga mengonsumsi nutrisi vital yang dibutuhkan oleh janin (Fraser, Brockert, & Ward, 1995). Bayi yang baru lahir cenderung memiliki risiko kematian di bulan pertama, juga ketidakmampuan, atau masalah kesehatan yang lebih tinggi (AAP Committee on Adolescence, 1999; Alan Guttmacher Institute, 1999a; Children's Defense Fund, 1998).

6.2.2.2 Hubungan Paritas Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR paling tinggi pada paritas lebih dari 4 yaitu sebesar 12,5%, sedangkan yang paritas kurang dari 4 tahun berkisar antara 6,5-8.8%. Selisih proporsi dari ketiga klasifikasi paritas tersebut cukup berbeda sehingga menunjukkan kejadian BBLR pada ibu dengan paritas banyak hampir 2 kali lebih tinggi daripada ibu yang mempunyai paritas sedikit (<4 anak).

Hal ini sesuai dengan Penelitian Kartika (2000), menyatakan bahwa menyatakan bahwa kejadian BBLR paling tinggi pada paritas lebih dari 4 yaitu

sebesar 7,41%, sedangkan yang paritas kurang dari 4 tahun sebesar 5,12%. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2011) yang mendapatkan proporsi kejadian BBLR lebih tinggi (65%) terjadi pada bayi dengan ibu yang mempunyai parita lebih dari 4.

6.2.2.3 Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada jarak kehamilan kurang dari 2 tahun yaitu sebesar 7,6%, sedangkan jarak kehamilan lebih dari atau sama dengan 2 tahun sebesar 6,4%. Selisih proporsi dari kedua klasifikasi jarak kehamilan tersebut tidak berbeda jauh sehingga menunjukkan bahwa jarak kehamilan tidak berpengaruh terhadap kejadian BBLR.

Berbeda dengan teori yang mengatakan bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat menyebabkan hasil kehamilan yang kurang baik. Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun berpengaruh pada kehamilan berikutnya karena kondisi ibu rahim yang belum pulih. Secara fisiologis rahim akan siap menerima kehamilan kembali dalam waktu 2-3 tahun dari persalinan sebelumnya (Manuaba, 2000).

Demikian juga dengan Penelitian Kartika (2000), menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada jarak kehamilan kurang dari 2 tahun yaitu sebesar 7,41%, sedangkan jarak kehamilan lebih dari atau sama dengan 2 tahun sebesar 5,96%.

6.2.3 Hubungan Pelayanan Ante Natal Dengan Kejadian BBLR

6.2.3.1 Hubungan Umur Kehamilan Saat ANC Pertama Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kurang dari atau sama dengan 12 minggu yaitu sebesar 7,3%, sedangkan yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama lebih dari 12 minggu sebesar 5%. Selisih proporsi dari kedua klasifikasi tersebut tidak berbeda jauh sehingga menunjukkan bahwa kunjungan ANC yang lebih awal tidak berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Hal ini

mungkin disebabkan kualitas ANC yang kurang baik. Dalam pemeriksaan kehamilan petugas kesehatan kurang memberikan informasi dan penyuluhan yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan bayi.

Sedangkan penelitian Salmawati (2010), menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kurang dari 12 minggu yaitu sebesar 80,5%, sedangkan yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama lebih dari atau sama dengan 12 minggu sebesar 19,5%.

6.2.3.2 Hubungan Frekuensi ANC Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada frekuensi ANC yang lebih dari atau sama dengan 4 kali yaitu sebesar 7,3%, sedangkan frekuensi yang kurang dari 4 kali sebesar 2,8%. Selisih proporsi dari kedua klasifikasi tersebut tidak berbeda jauh sehingga menunjukkan bahwa ibu yang sering memeriksakan kehamilannya pada kenyataannya tidak menjamin tidak terjadi BBLR. Hal ini mungkin berhubungan dengan kualitas ANC yang kurang baik di sebabkan petugas kesehatan (bidan) Puskesmas Rajagaluh kurang memberikan konseling.

Berbeda dengan teori yang mengatakan bahwa Pemeriksaan antenatal yang teratur akan memberikan kesempatan untuk dapat mendiagnosis secara dini masalah-masalah yang dapat menyulitkan kehamilan maupun persalinan, sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat secepatnya (Depkes, 2007) .

Begitu pula dengan penelitian Bunadi, Arditha dan Kartika, (2000-2007), menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada frekuensi ANC yang kurang dari 4 kali. Frekuensi ANC kurang dari 4 yaitu sebesar 13,7%, sedangkan frekuensi yang lebih dari atau sama dengan 4 kali sebesar 12,9% (Bunadi, 2000).

6.2.3.3 Hubungan Kadar Hemoglobin Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan kadar Hemoglobin kurang dari 11 gr/dl yaitu sebesar 12,8%, sedangkan kadar Hemoglobin lebih dari atau sama dengan 11 gr/dl sebesar 5,9%. Data

tersebut menggambarkan bahwa kejadian BBLR pada ibu yang anemia 2 kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak anemia.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia dapat mengakibatkan kematian janin didalam kandungan, abortus, cacat bawaan, BBLR, anemia pada bayi yang dilahirkan, hal ini menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan kematian perinatal secara bermakna lebih tinggi. Ibu hamil dengan level zat besi yang rendah (anemia), yang kurang mengkonsumsi zat besi setiap harinya, berkecenderungan kecil untuk memiliki bayi dengan berat badan dibawah normal dan lingkaran kepala yang kecil (Goldenberg dkk 1995)

Penelitian Nurhidayati, et al (2006-2010) menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan kadar Hemoglobin kurang dari 11 gr/dl. Ibu dengan anemia sebesar 14,76% sedangkan yang tidak anemia sebesar 7,7% (Arditha, 2007). Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Maulida (2012) yang mendapatkan hasil bahwa sebagian besar bayi dengan BBLR dilahirkan oleh ibu dengan kondisi anemia yaitu sebesar 65,7%. Penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2011) jugam menunjukkan hasil bahwa 69,2% BBLR terjadi pada bayi dengan ibu yang anemia.

6.2.3.4 Hubungan Ukuran LILA Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan ukuran LILA kurang dari 23,5 cm (KEK) yaitu sebesar 12,2%, sedangkan ukuran LILA lebih dari atau sama dengan 23,5 cm sebesar 6,7%. Hasil ini menunjukkan bahwa status gizi ibu hamil akan mempengaruhi berat badan bayi. Kejadian BBLR pada ibu dengan KEK 2 kali lebih tinggi daripada ibu yang tidak KEK.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa LILA ibu hamil menggambarkan keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit sebagai persediaan nutrisi selama kehamilan. LILA merupakan salah satu cara untuk mengetahui risiko KEK

pada ibu hamil dan WUS. Deteksi dini malnutrisi pada janin dan risiko BBLR dapat di prediksi dengan mengukur LILA ibu hamil.

Penelitian Bunadi (2006) dan Syofianti (2007) yang menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu dengan ukuran LILA kurang dari 23,5 cm (KEK). Ibu dengan KEK lebih banyak yaitu sebesar 22,9%, sedangkan yang tidak KEK sebesar 9,2% (Bunadi, 2006).

6.2.3.5 Hubungan Pemberian Tablet Fe Dengan Kejadian BBLR

Hasil analisa menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang mendapat tablet Fe kurang dari 90 tablet yaitu sebesar 11,1%, sedangkan yang mendapat tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet sebesar 6,8%. Hasil ini menggambarkan bahwa kejadian BBLR pada ibu yang mendapat tablet Fe kurang dari 90 tablet 2 kali lebih tinggi daripada ibu yang mendapat tablet Fe lebih dari 90 tablet selama kehamilan (sesuai dengan standar).

Hal ini sesuai dengan penelitaian Goldenberg dkk bahwa kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat meningkatkan risiko kematian ibu dan perinatal, meningkatnya risiko kelahiran prematur, keguguran, lahir mati dan BBLR. Wanita dengan level zat besi yang rendah, yang mengkonsumsi zat besi setiap harinya, berkecenderungan kecil untuk memiliki bayi dengan berat badan dibawah normal dan lingkaran kepala yang kecil (Goldenberg dkk 1995)

Demikian juga dengan Penelitian Bunadi (2006), menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada ibu yang mendapat tablet Fe lebih kurang dari 90 tablet yaitu sebesar 17%, sedangkan yang mendapat tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet sebesar 15,8%. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Susanti (2011), yang menyatakan 48,6% BBLR terjadi pada bayi dengan ibu yang kurang mengkonsumsi Fe.

6.2.3.6 Hubungan Kualitas ANC Dengan Kejadian BBLR

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada kualitas ANC yang baik yaitu sebesar 7,2% sedangkan kualitas ANC yang tidak baik sebesar 5,6%.

Hasil tersebut menggambarkan bahwa meskipun kualitas ANC di Puskesmas Rajagaluh sudah baik tapi kejadian BBLR masih tinggi. Hal ini mungkin disebabkan oleh kualitas petugas yang kurang kompeten melakukan Pelayanan antenatal yang sesuai standar meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas), tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, serta temu wicara (konseling) termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta KB pasca persalinan (Depkes RI, 2010). Perawatan prenatal yang berkualitas tinggi yang termasuk pelayanan pendidikan, sosial dan gizi yang dilakukan sejak awal dapat membantu mencegah kematian bayi dan ibu serta komplikasi persalinan lainnya (Shiono dan Behrman, 1995).

Sedangkan Penelitian Sistiarani (2008), menyatakan bahwa kejadian BBLR lebih tinggi pada kualitas ANC yang kurang baik yaitu sebesar 53,1% sedangkan kualitas ANC yang baik sebesar 16,2%.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah di uraikan pada bab 5 dan 6, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Kejadian BBLR di wilayah Puskesmas Rajagaluh masih tinggi dibandingkan kejadian BBLR di puskesmas-puskesmas lain di wilayah Kabupaten Majalengka. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kejadian BBLR di Puskesmas Rajagaluh yaitu sebesar 7%. Angka tersebut masih di bawah angka prevalensi secara nasional yaitu sebesar 11,1% dan prevalensi Kabupaten Majalengka yaitu sebesar 3,7%. Meskipun demikian, kejadian BBLR menyebabkan kematian bayi terutama masa neonatus sehingga perlu diupayakan pencegahan terkait dengan masalah-masalah pada BBLR.
2. Faktor maternal yaitu umur dan jarak kehamilan tidak ada pengaruhnya terhadap kejadian BBLR. Sedangkan pada paritas lebih dari 4 kejadian BBLR hampir 2 kali lipat dibandingkan dengan paritas kurang dari 4.
3. Faktor pelayanan antenatal yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR yaitu pada ibu dengan ukuran LILA kurang dari 23,5 cm, kadar Hemoglobin kurang dari 11 gr/dl dan pemberian tablet Fe kurang dari 90 tablet. Pada ibu yang KEK, anemia dan pemberian tablet Fe yang kurang memenuhi standar mengakibatkan kejadian BBLR 2 kali daripada ibu dengan keadaan tidak KEK, tidak anemia dan pemberian Tablet Fe sesuai standar. Hasil ini menunjukkan bahwa status gizi sangat berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Sedangkan pada kunjungan ANC pertama, frekuensi ANC dan kualitas ANC tidak berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Hal ini mungkin disebabkan pemeriksaan ante natal yang tidak memenuhi standar operasional pelayanan (SOP) atau mungkin juga disebabkan pencatatan dan pelaporan program KIA

yang lebih mengutamakan kuantitas artinya lebih mementingkan pencapaian cakupan program KIA daripada kualitas pelayanan.

7.2 Saran

Dari temuan didapatkan ibu yang KEK, anemia dan pemberian tablet Fe yang kurang dari 90 tablet berpengaruh terhadap kejadian BBLR, sedangkan pada kunjungan ANC pertama, frekuensi ANC dan kualitas ANC tidak berpengaruh terhadap BBLR, sehingga saran yang di berikan adalah:

1. Bagi Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka
 - a. Perlu pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang KEK dan anemia.
 - b. Perlu pengumpulan dana sehingga peduli terhadap ibu hamil yang KEK dan anemia.
2. Bagi Tenaga Kesehatan Khususnya Pelaksana Program KIA
 - a. Meningkatkan status gizi ibu hamil dengan memberikan tablet Fe kepada ibu hamil dengan memberikan penjelasan tentang manfaat dan cara mengkonsumsi tablet Fe sehingga ibu hamil benar-benar mau minum Fe setiap hari.
 - b. Memmpersiapkan wanita pra hamil supaya meningkatkan status gizinya sehingga tidak KEK dan tidak anemia ketika hamil.
 - c. Mempromosikan Keluarga Berencana sehingga kehamilan dapat direncanakan dengan jarak kehamilan tidak terlalu dekat dan paritas kurang dari empat.
3. Bagi masyarakat

Diharapkan para remaja putri dapat meningkatkan status gizinya sehingga ketika hamil tidak KEK dan tidak anemia.
4. Bagi peneliti lain

Diharapkan dilakukan penelitian lebih lanjut tentang ANC agar dapat membuktikan bahwa pelayanan ante natal sangat berpengaruh terhadap kejadian BBLR sehingga dapat membantu dalam penurunan angka BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Arditha, Intan, (2007). Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Pada Bayi Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta Tahun 2007. Skripsi UI
- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Atriyanto, Primades (2006). Pengaruh Kualitas Pelayanan Antenatal (Berdasarkan Jadwal Pelayanan dan Konseling) terhadap Kejadian BBLR di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2002-2003). Skripsi UI
- Bunadi. (2006). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Kota Cirebon Tahun 2006. Tesis UI
- Cunningham, F.G., dkk. (2006). *Obstetri Williams*. Ed. 1 Vol. 1. Jakarta: EGC
- Datar, Ashlesha ; Jackowitz E Alison.(2009). Weight Effects on Children's Mental, Motor, and Physical Development
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010442676&site=ehost-liveBirth>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Manajemen BBLR untuk Bidan Desa*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Manajemen BBLR untuk Bidan dan Perawat*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka (2011). *Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Keluarga dan Pelayanan KB tahun 2011* Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka
- Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka (2010). *Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Keluarga dan Pelayanan KB tahun 2010* Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka
- <http://reproduksiumj.blogspot.com/2009/08/pertumbuhan-janin.html>
- <http://reproduksiumj.blogspot.com/2011/09/pertumbuhan-janin-terhambat.html>
- <http://adulgoapar.files.wordpress.com/2009/12/pertumbuhan-janin-terhambat-pjt.pdf>
- <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/112/jtptunimus-gdl-iraputmasa-5591-3-babii.pdf>
- http://eprints.undip.ac.id/23742/1/Dhiah_Farida_Ariyanti.pdf

- Intan, Arditha (2007). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Pada Bayi Lahir di RSAB Harapan Kita Jakarta
- Junita. (2003). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan kejadian BBLR di kota Jambi Tahun 2002. Tesis UI
- Kartika, Nunung, (2000). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di RSHS Bandung Provinsi Jawa Barat. Skripsi UI
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2011). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Profil Kesehatan Indonesia 2010. Jakarta.
- Klein, Susan., Miller, Suellen., & Thomson, Fiona. (2004). A Book for Midwives Care for Pregnancy, Birth and Women's Health. USA, California.
- Lind, Annika., Et all. (2010) Cognitive and neuropsychological outcomes at 5 years of age in preterm children born in the 2000s
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010312276&site=ehost-live>
- Machfoedz, Ircham., Et all (2005). Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, dan Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Manuaba, Ida Bagus Gede (2000) Ilmu Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
- Maryunani, Anik; Nurhayati. (2009). Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit pada Neonatus. Jakarta: Trans Info Media.
- Muslihatun, W.N. (2010). Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita. Yogyakarta: Fitramaya.
- Nurhidayati, Yeti. (2012). Hubungan antara Pertambahan Berat Badan selama kehamilan, umur kehamilan, anemia dan berat bayi lahir di Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka tahun 2010.
- Notoatmodjo, Soekidjo, (2003). Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan. Penerbit Rineka Cipta
- Noviani, (2010). Hubungan BBLR dengan Kejadian Kematian Neonatal Dini di Indonesia, Skripsi UI

- Papalia, Diane E. Et all (2008). Human Development (Psikologi Perkembangan) edisi kesembilan cetakan ke satu. Jakarta: Kencana Media Group.
- Puskesmas Rajagaluh (2011). Laporan Tahunan Kesehatan Ibu dan Anak dan KB tahun 2011
- Rabe, Thomas. (2003). Buku Saku Ilmu Kebidanan. Jakarta: Hipokrates.
- Rosikin, (2004). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Cangkol Kabupaten Cirebon Provinsi Jawa Barat. Skripsi UI
- Salmawati, (2011). Hubungan Antenatal Care dengan Kejadian BBLR Tahun 2010-2010 di Kecamatan Lalan Kabupaten Musi Banyuasin Sumatera Selatan. Tesis UI
- Shah PS., et all. (2009). Second Births to Teenage Mothers: Risk Factors For Low Birth Weight and Preterm Birth
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010312276&site=ehost-live>
- Sistiarani, Colti. Faktor Maternal Dan Kualitas Pelayanan Antenatal Yang Berisiko Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Studi Pada Ibu Yang Periksa Hamil Ke Tenaga Kesehatan dan Melahirkan di RSUD Banyumas. Skripsi
- Susanti, Olivia Yuli, (2011). Studi Kasus Hubungan Antara Anemia dan Faktor-faktor lain dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Pancoran Mas Depok. Skripsi UI
- Syofianti, Haflina, (2007). Pengaruh Risiko KEK pada Bumil Terhadap BBLR (Analisis Data Kohort Ibu di Kabupaten Sawahlunto Sijunjung Tahun 2007). Tesis UI
- Wiharjo, Siti Handayani, (2009). Faktor-faktor yang berhubungan dengan bayi BBLR di RSUD Cibinong Tahun 2009. Skripsi UI
- Wiknjosastro, H., Saifudin, A.B., & Rachimhadhi, T. (2002). Ilmu kebidanan (6rd ed). Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Output hasil analisis

bblahir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	55	7,0	7,0	7,0
	tidak BBLR	727	93,0	93,0	100,0
	Total	782	100,0	100,0	

umuribu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20 tahun	95	12,1	12,1	12,1
	20-35 tahun	605	77,4	77,4	89,5
	> 35 tahun	82	10,5	10,5	100,0
	Total	782	100,0	100,0	

paritas.ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2	619	79,2	79,2	79,2
	3-4	147	18,8	18,8	98,0
	> 4	16	2,0	2,0	100,0
	Total	782	100,0	100,0	

jarakhamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2 tahun	407	52,0	52,0	52,0
	2 tahun atau lebih	375	48,0	48,0	100,0
	Total	782	100,0	100,0	

ancpertama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 12 mgg	702	89,8	89,8	89,8
	<= 12 mgg	80	10,2	10,2	100,0
	Total	782	100,0	100,0	

frekanc

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 4 kali	36	4,6	4,6	4,6
> = 4 kali	746	95,4	95,4	100,0
Total	782	100,0	100,0	

kadarhb

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid anemia	133	17,0	17,0	17,0
normal	649	83,0	83,0	100,0
Total	782	100,0	100,0	

lilaibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KEK	41	5,2	5,2	5,2
normal	741	94,8	94,8	100,0
Total	782	100,0	100,0	

jumlahfe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 90 tablet	36	4,6	4,6	4,6
> = 90 tablet	746	95,4	95,4	100,0
Total	782	100,0	100,0	

TT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 2	27	3,5	3,5	3,5
2 kali	755	96,5	96,5	100,0
Total	782	100,0	100,0	

KualitasANC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang baik	89	11,4	11,4	11,4
baik	693	88,6	88,6	100,0
Total	782	100,0	100,0	

umuribu * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
umuribu	< 20 tahun	Count	6	89	95
		% within umuribu	6,3%	93,7%	100,0%
	20-35 tahun	Count	41	564	605
		% within umuribu	6,8%	93,2%	100,0%
	> 35 tahun	Count	8	74	82
		% within umuribu	9,8%	90,2%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within umuribu	7,0%	93,0%	100,0%

paritas.ibu * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
paritas.ibu	1-2	Count	40	579	619
		% within paritas.ibu	6,5%	93,5%	100,0%
	3-4	Count	13	134	147
		% within paritas.ibu	8,8%	91,2%	100,0%
	> 4	Count	2	14	16
		% within paritas.ibu	12,5%	87,5%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within paritas.ibu	7,0%	93,0%	100,0%

jarakhamil * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
jarakhamil	< 2 tahun	Count	31	376	407
		% within jarakhamil	7,6%	92,4%	100,0%
	2 tahun atau lebih	Count	24	351	375
		% within jarakhamil	6,4%	93,6%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within jarakhamil	7,0%	93,0%	100,0%

ancpertina * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
ancpertina	> 12 mgg	Count	51	651	702
		% within ancpertina	7,3%	92,7%	100,0%
	<= 12 mgg	Count	4	76	80
		% within ancpertina	5,0%	95,0%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within ancpertina	7,0%	93,0%	100,0%

frekanc * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
frekanc	< 4 kali	Count	1	35	36
		% within frekanc	2,8%	97,2%	100,0%
	> = 4 kali	Count	54	692	746
		% within frekanc	7,2%	92,8%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within frekanc	7,0%	93,0%	100,0%

kadarhb * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
kadarhb	anemia	Count	17	116	133
		% within kadarhb	12,8%	87,2%	100,0%
	normal	Count	38	611	649
		% within kadarhb	5,9%	94,1%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within kadarhb	7,0%	93,0%	100,0%

lilaibu * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
lilaibu	KEK	Count	5	36	41
		% within lilaibu	12,2%	87,8%	100,0%
	normal	Count	50	691	741
		% within lilaibu	6,7%	93,3%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within lilaibu	7,0%	93,0%	100,0%

jumlahfe * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
jumlahfe	< 90 tablet	Count	4	32	36
		% within jumlahfe	11,1%	88,9%	100,0%
	> = 90 tablet	Count	51	695	746
		% within jumlahfe	6,8%	93,2%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within jumlahfe	7,0%	93,0%	100,0%

TT * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
TT	< 2	Count	1	26	27
		% within TT	3,7%	96,3%	100,0%
	2 kali	Count	54	701	755
		% within TT	7,2%	92,8%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within TT	7,0%	93,0%	100,0%

KualitasANC * bblahir Crosstabulation

			bblahir		Total
			BBLR	tidak BBLR	
KualitasANC	kurang baik	Count	5	84	89
		% within KualitasANC	5,6%	94,4%	100,0%
	baik	Count	50	643	693
		% within KualitasANC	7,2%	92,8%	100,0%
Total		Count	55	727	782
		% within KualitasANC	7,0%	93,0%	100,0%



PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Gerakan Koperasi No. 38 Kode Pos 45411 Telepon (0233) 282511 Faximile (0233) 282511

SURAT KETERANGAN

Nomor : Kesbangpol/071/cgy/2012

1. Yang bertandatangan dibawah ini :
- a. Nama : Drs. H. DEDI KUSNADI M.M.Pd
 - b. Jabatan : Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Majalengka

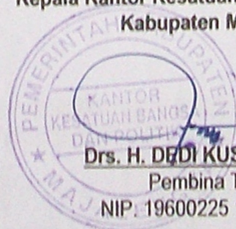
Berdasarkan Surat dari : Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Nomor : 2236/H2.F10/PPM.00.00/2012 tanggal 02 Maret 2012
Perihal Permohonan Izin Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : SRI KHOLISAH
 - b. Tempat/tgl. Lahir : Cirebon, 14-01-1971
 - c. NIM : 1006821893
 - d. Agama : Islam
 - e. Pekerjaan : Mahasiswa
 - f. Alamat : Blok Maniis Ds/Kel. Cikeusik Kec. Sukahaji Kab. Majalengka
 - g. Untuk Keperluan : Permohonan Izin Penelitian
 - h. Judul : "FAKTOR MATERNAL DAN PELAYANAN ANTENATAL YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA BBLR DI KABUPATEN MAJALENGKA"
 - i. Tempat : Dinas Kesehatan kab Majalengka
2. Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitas yang diperlukan.
3. Yang bersangkutan wajib segera memberikan laporan hasil pelaksanaannya kepada Bupati Majalengka melalui Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Majalengka.
4. Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan berlaku dari tanggal 12 Maret 2012 s/d 12 April 2012

Ditetapkan di : MAJALENGKA
Pada tanggal : 12 Maret 2012

**Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Majalengka**



Drs. H. DEDI KUSNADI, M.M.Pd
Pembina Tingkat I

NIP: 19600225 198303 1 005

Tembusan : disampaikan kepada :

- 1. Yth. Bupati Majalengka (sebagai laporan)
- 2. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Majalengka
- 3. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Majalengka
- 4. Yth. Wakil Dekan Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat

Gambaran faktor..., Sri Kholisah, FKM UI, 2012



PEMERINTAH KABUPATEN MAJALENGKA
DINAS KESEHATAN

Jl. Gerakan Koperasi No. 44 Majalengka
Telepon/ Fax. (0233) 281042

Majalengka, 04 April 2012

Nomor : 440-SDK/1145 /Dinkes/2012
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Izin Penelitian**

Kepada Yth:
Wakil Dekan FKM
Universitas Indonesia
di -

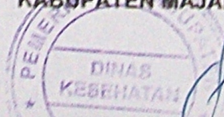
DEPOK

Dipermaklumkan dengan hormat, berdasarkan Surat Keterangan dari Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Majalengka Nomor : Kesbangpol/071/094/2012 tanggal 12 Maret 2012, pada dasarnya kami tidak berkeberatan dan memberikan ijin / rekomendasi untuk keperluan Penelitian dari tanggal 12 Maret 2012 s.d 12 Mei 2012 kepada :

Nama : SRI KHOLISAH
NIM : 1006821893
Judul : "FAKTOR MATERNAL DAN PELAYANAN ANTENATAL YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA BBLR DI PUSKESMAS RAJAGALUH TAHUN 2011"
Lokasi : UPTD Puskesmas Rajagaluh Kabupaten Majalengka

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN MAJALENGKA



H. ALIMUDIN, S.Sos., MM., M.MKes.
Pembina Tk.I
NIP. 19610910 198203 1 015

