



**UNIVERSITAS INDONESIA**



**GAMBARAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH  
DAN KARAKTERISTIK IBU  
DI PUSKESMAS SUNGAI MALANG  
KABUPATEN HULU SUNGAI UTARA  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**

**Sri Wahyanti Maulida  
1006821943**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH  
DAN KARAKTERISTIK IBU  
DI PUSKESMAS SUNGAI MALANG  
KABUPATEN HULU SUNGAI UTARA  
TAHUN 2011**

**SKRIPSI**


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


**Sri Wahyanti Maulida  
1006821943**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
KEBIDANAN KOMUNITAS  
DEPOK  
2012**

## 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 Wahyanti Maulida**  
**NPM : 1006821943**  
**Tanda Tangan :**   
**Tanggal : 15 Juni 2012**

## HALAMAN PERSETUJUAN


Skripsi dengan judul :

GAMBARAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH  
(BBLR) DAN KARAKTERISTIK IBU  
DI PUSKESMAS SUNGAI MALANG  
KABUPATEN HULU SUNGAI UTARA  
TAHUN 2011

Telah diperiksa dan disetujui dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 15 Juni 2012

Pembimbing



dr. Chandra Satrya, M.App.Sc

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Sri Wahyanti Maulida  
NPM : 1006821943  
Program Studi : Kebidanan Komunitas  
Judul Skripsi : Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dan Karakteristik Ibu Di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011.

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr.Chandra Satrya,M.App.Sc (.....)

Penguji : Dr.dr.L. Meily Kurniawidjaja,MSc,SpOK (.....)

Penguji : dr. H. Hidayat Nuh Ghazali (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juni 2012

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Sri Wahyanti Maulida  
Tempat/Tanggal Lahir : Barabai/ 2 Pebruari 1979  
Jenis Kelamin : Perempuan

### **Riwayat Pendidikan**

1. Menamatkan Sekolah Dasar di SDN Paya Mayani Kabupaten Hulu Sungai Tengah Propinsi Kalimantan Selatan pada tahun 1990.
2. 1993 lulus SMPN Birayang Kabupaten Hulu Sungai Tengah Propinsi Kalimantan Selatan.
3. 1996 lulus Program Pendidikan Bidan di SPK Suaka Insan Propinsi Kalimantan Selatan.
4. 2005 lulus D3 Kebidanan di Poltekkes Banjarmasin Propinsi Kalimantan Selatan.

### **Riwayat Pekerjaan**

1. 1996 – 1998 sebagai bidan di Desa Masiraan Kecamatan Pandawan Kabupaten Hulu Sungai Tengah.
2. 1998 – 2000 sebagai bidan di Desa Murung Kecamatan pandawan Kabupaten Hulu Sungai Tengah.
3. 2000 – 2006 sebagai bidan pelaksana di Puskesmas Terminal Kecamatan Banjarmasin Timur Kota Banjarmasin.
4. 2006 – sekarang sebagai staf Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya 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 sejak awal masa perkuliahan sampai penyusunan skripsi ini, tidak mungkin saya berhasil untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya ingin mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

- 1) dr.Chandra Satrya,M.App.Sc, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan banyak waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 2) Dr.dr.L.Meily Kurniawidjaja,MSc,SpOK, yang telah meluangkan waktu untuk menjadi dewan penguji skripsi yang saya buat dan memberikan banyak masukan untuk kesempurnaan skripsi ini.
- 3) dr.H. Hidayat Nuh Ghazali, selaku penguji dari luar yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan saran bagi skripsi saya.
- 4) Puskesmas Sungai Malang sebagai tempat penelitian saya yang telah banyak membantu dalam menyediakan data yang dipergunakan dalam penelitian ini.
- 5) Dinas Kesehatan Keluarga yang telah memberikan ijin untuk saya melakukan penelitian di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara.
- 6) Kedua orangtua dan mertua saya yang banyak membantu saya dengan selalu mendukung dan bersedia menjaga dan merawat kedua buah hati saya selama saya mengikuti perkuliahan di Universitas Indonesia ini.
- 7) Suami dan kedua anak saya tercinta yang menjadi penyemangat saya untuk bisa menyelesaikan kuliah tepat waktu.
- 8) Sahabat satu kelompok yang sudah menjadi saudara selama ini, menjadi sandaran dalam menjalani hari-hari, saling berbagi dan mendukung tanpa ada pamrih.

- 9) Seluruh sahabat khususnya Kelas D Kebidanan Komunitas Angkatan 2010 yang selama 2 tahun telah menjadi teman terdekat yang saling membantu dan saling dukung demi keberhasilan dan kesuksesan bersama. Kebersamaan kita selama ini sangatlah indah dan tak ternilai.

Tiada kata dan perbuatan yang bisa membalas kebaikan mereka semua, hanya ucapan terimakasih yang tulus yang bisa saya sampaikan. Dari lubuk hati saya berdo'a semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu saya.

Hanya ini yang bisa saya sampaikan saya sadar bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Maka dari itu, segala saran dan kritik untuk sangat diharapkan.

Depok, 15 Juni 2012

Penulis,

Sri Wahyanti Maulida



## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

---

---

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

Nama : Sri Wahyanti Maulida  
NPM : 1006821943  
Program Studi : 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:

Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Dan Karakteristik Ibu Di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011.

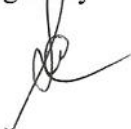
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti NonEksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 15 Juni 2012

Yang menyatakan



Sri Wahyanti Maulida

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Sri Wahyanti Maulida  
NPM : 1006821943  
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2010/2011

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

Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Dan Karakteristik Ibu Di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 15 Juni 2012



(SRI WAHYANTI MAULIDA)

## ABSTRAK

Nama : Sri Wahyanti Maulida  
Judul : Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Dan Karakteristik Ibu Yang Melahirkan Di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.  
xvii+ 57 halaman + 15 tabel + 3 lampiran

Penelitian bertujuan untuk mempelajari distribusi frekwensi BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 karena kejadian BBLR di wilayah tersebut masih banyak dan tertinggi dibandingkan Puskesmas lain di Kabupaten Hulu Sungai Utara. Penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2012, dengan menggunakan bantuan checklist untuk pengambilan data sekunder yang berasal dari Kohort ibu di Puskesmas dan Bidan desa. Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan metode studi kasus.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 47,7 % mempunyai berat lahir < 2.000 gram dan dari 44 kasus BBLR 72,7 % berhasil hidup sampai umur 1 bulan. Karakteristik ibu yang melahirkan sebagian besar berada pada kelompok umur aman untuk hamil dan melahirkan, hampir 50 % merupakan primigravida dengan 36,4 % jarak melahirkan < 2 tahun. Untuk status gizi ibu lebih dari 50 % berada pada kategori kurang.

Kata kunci : bayi berat lahir rendah, karakteristik ibu, status gizi

## ABSTRACT

Name : Sri Wahyanti Maulida

Title : Incident Description Low Birth Weight Babies And Characteristics of Mother on the Sungai Malang Community Health Center in Hulu Sungai Utara District in 2011.

xvii + 57 pages + 15 + 3 appendix tables

The research aims to study the frequency distribution of low birth weight and characteristics of mothers LBW in Sungai Malang of Community Health, district of Kabupaten Hulu Sungai Utara in 2011 because the incidence of LBW in the region is the highest compared to many other health centers in the district of Hulu Sungai Utara. The research was conducted in April-May 2012, using a checklist for taking secondary data derived from maternals cohort in Community Health Center and midwives. This study includes a descriptive study by case study method.

The results showed that 47.7% had birth weight <2,000 grams of 44 cases of low birth weight and 72.7% had lived until the age of 1 month. Characteristics of mothers who gave birth are mostly located in the age group is safe for pregnancy and childbirth, nearly 50% were primigravid with 36.4% gave birth spacing <2 years. For maternal nutritional status of more than 50% in the category of less.

Key words: low birth weight babies, maternal characteristics, nutritional status

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....</b>	<b>viii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT .....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xviii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Bagi Peneliti .....	5
1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara.....	5
1.5.3 Bagi FKM UI.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1. Definisi Bayi Berat Lahir Rendah.....	7
2.2. Jenis Jenis BBLR .....	7
2.2.1 Bayi Prematur.....	7

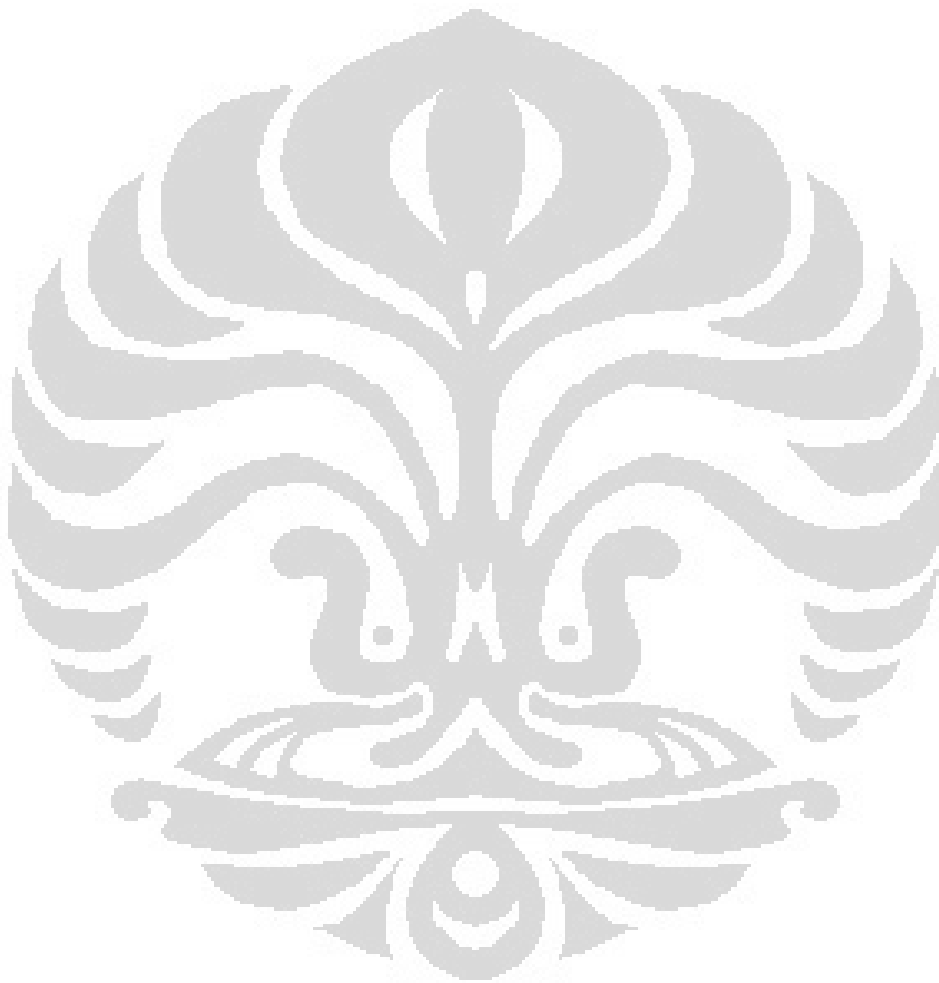
2.2.2	Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)	8
2.3.	Karakteristik BBLR	9
2.3.1	Karakteristik Bayi Prematur	9
2.3.2	Karakteristik Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)	10
2.4.	Faktor Yang Berhubungan Dengan BBLR	10
2.4.1	Faktor Ibu	11
2.4.1.1	Umur Ibu	13
2.4.1.2	Paritas	13
2.4.1.3	Jarak Melahirkan	14
2.4.1.4	Penambahan Berat Badan	14
2.4.1.5	Lingkar Lengan Atas (LILA)	15
2.4.1.6	Anemia	16
2.4.1.7	Riwayat Kehamilan Terdahulu	17
2.4.1.8	Penyakit Dan Infeksi	17
2.4.2	Faktor Janin	17
2.4.2.1	Jenis Kelamin	17
2.4.2.2	Keadaan Plasenta	18
2.4.3	Status Ekonomi	18
2.4.4	Kebiasaan	18
2.4.4.1	Aktifitas Fisik	18
2.4.4.2	Merokok, Minuman Beralkohol dan Narkotika	19
2.5.	Upaya Mencegah Kejadian BBLR	19
2.5.1	Pelayanan Antenatal Care Berkualitas	19
2.5.2	Meningkatkan Status Gizi	20
2.5.3	Keluarga Berencana	20
2.5.4	Istirahat Yang Cukup	20
2.5.5	Kemitraan Bidan Dukun	20
2.6.	Tatalaksana BBLR	21
2.7.	Perawatan Metode Kanguru	21
2.7.1	Posisi	23
2.7.2	Nutrisi	24
2.7.3	Dukungan	24
2.7.4	Pemulangan Dan Pemantauan	24

2.8. Prognosis.....	24
2.9. Determinan Kesehatan Ibu.....	25
2.9.1 Determinan Proksi/Dekat.....	26
2.9.1.1 Kejadian Kehamilan.....	26
2.9.1.2 Komplikasi Kehamilan dan Persalinan.....	26
2.9.2 Determinan Antara.....	26
2.9.2.1 Status Kesehatan.....	26
2.9.2.2 Status Reproduksi.....	26
2.9.2.3 Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	27
2.9.2.4 Perilaku Sehat.....	27
2.9.2.5 Faktor Yang Tidak Diketahui.....	27
2.9.3 Determinan Kontekstual.....	27
2.9.3.1 Status Perempuan Dalam Keluarga Dan Masyarakat.....	27
2.9.3.2 Status Keluarga Dalam Masyarakat.....	28
2.9.3.3 Status Masyarakat.....	28
2.10 Kerangka Teori.....	28
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>30</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	30
3.2 Definisi Operasional.....	31
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>33</b>
4.1 Desain Penelitian.....	33
4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	33
4.3 Populasi Dan Sampel.....	33
4.3.1 Populasi.....	33
4.3.2 Sampel.....	33
4.4 Pengumpulan Data.....	34
4.5 Pengolahan Data.....	34
4.5.1 Editing.....	34
4.5.2 Coding.....	34
4.5.2.1 BBLR.....	34
4.5.2.2 Lokasi.....	35

4.5.2.3 Keadaan Bayi .....	35
4.5.2.4 Umur .....	35
4.5.2.5 Paritas .....	35
4.5.2.6 Jarak Melahirkan .....	35
4.5.2.7 Ukuran LILA .....	35
4.5.2.8 Kenaikan Berat Badan .....	36
4.5.2.9 Kadar Hb .....	36
4.5.3 Entry Data .....	36
4.5.4 Cleaning .....	36
4.6 Analisa Data .....	36
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>37</b>
5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian .....	37
5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	37
5.2.1 Keadaan Geografis Dan Demografi .....	37
5.2.2 Sumber Daya Kesehatan .....	40
5.3 Gambaran Umum Hasil Penelitian .....	41
5.4 Frekwensi Kejadian BBLR .....	42
5.5 Keadaan BBLR .....	42
5.6 Distribusi Lokasi Kejadian BBLR .....	43
5.7 Karakteristik Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	44
5.7.1 Distribusi Umur Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	44
5.7.2 Distribusi Paritas Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	44
5.7.3 Distribusi Jarak Melahirkan Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	45
5.7.4 Distribusi Ukuran LILA Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	45
5.7.5 Distribusi Penambahan Berat Badan Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	46
5.7.6 Distribusi Kadar Hb Ibu Yang Melahirkan BBLR .....	46
<b>BAB 6 PEMBAHASAN HASIL .....</b>	<b>48</b>
6.1 Frekuensi BBLR .....	48
6.2 Keadaan BBLR .....	49
6.3 Lokasi BBLR .....	51



6.4 Karakteristik Ibu.....	52
<b>BAB 7 PENUTUP.....</b>	<b>56</b>
7.1 Kesimpulan .....	56
7.2 Saran .....	57
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

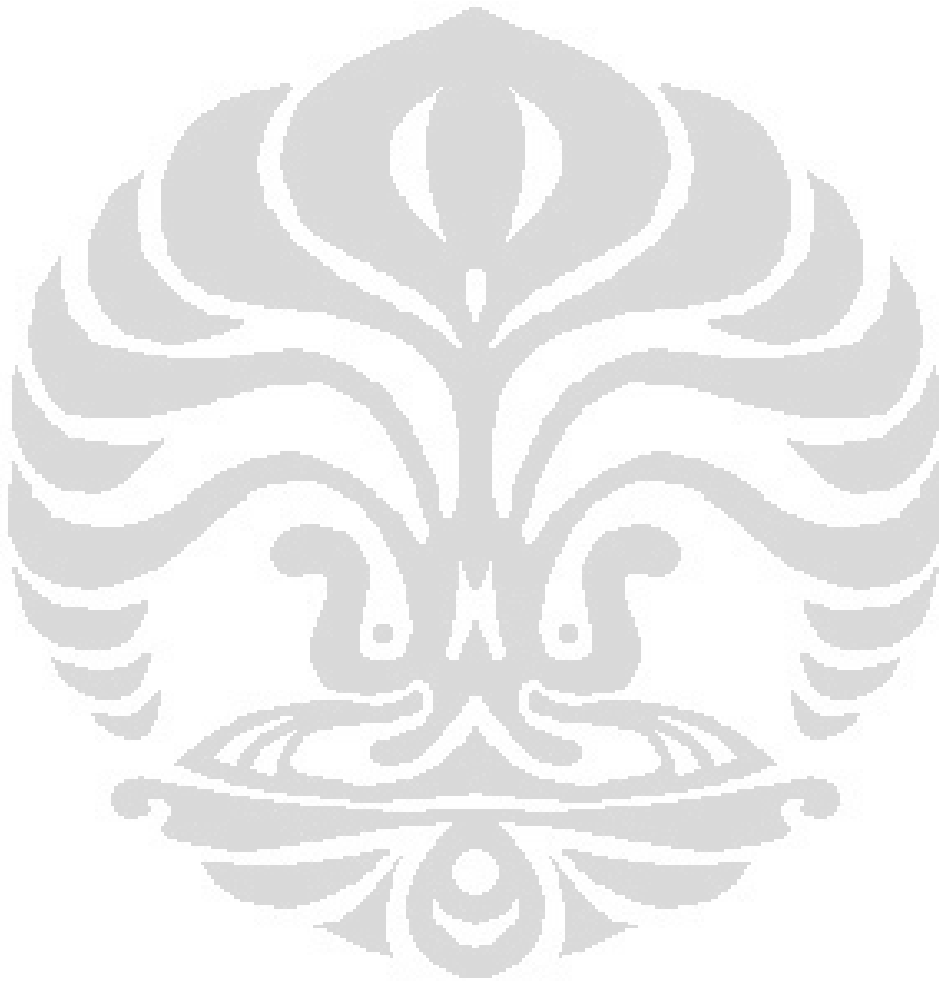


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	31
Tabel 5.1	Batas Wilayah kabupaten Hulu Sungai Utara.....	38
Tabel 5.2	Jumlah Penduduk Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 .....	39
Tabel 5.3	Jumlah Desa .....	39
Tabel 5.4	Jumlah tenaga di Puskesmas Sungai Malang.....	40
Tabel 5.5	Jumlah UKBM .....	40
Tabel 5.6	Gambaran Umum Hasil Penelitian.....	41
Tabel 5.7	Frekuensi Kategori BBLR.....	42
Tabel 5.8	Frekuensi Bblr Berdasarkan Keadaan Bayi .....	42
Tabel 5.9	Frekuensi BBLR Berdasarkan Lokasi.....	43
Tabel 5.10	Distribusi Kelompok Umur Ibu .....	44
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Paritas .....	44
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi Jarak Melahirkan .....	45
Tabel 5.13	Distribusi Ukuran LILA .....	45
Tabel 5.14	Distribusi Frekuensi Penambahan Berat Badan Ibu.....	46
Tabel 5.15	Distribusi Kadar Hb Ibu.....	46

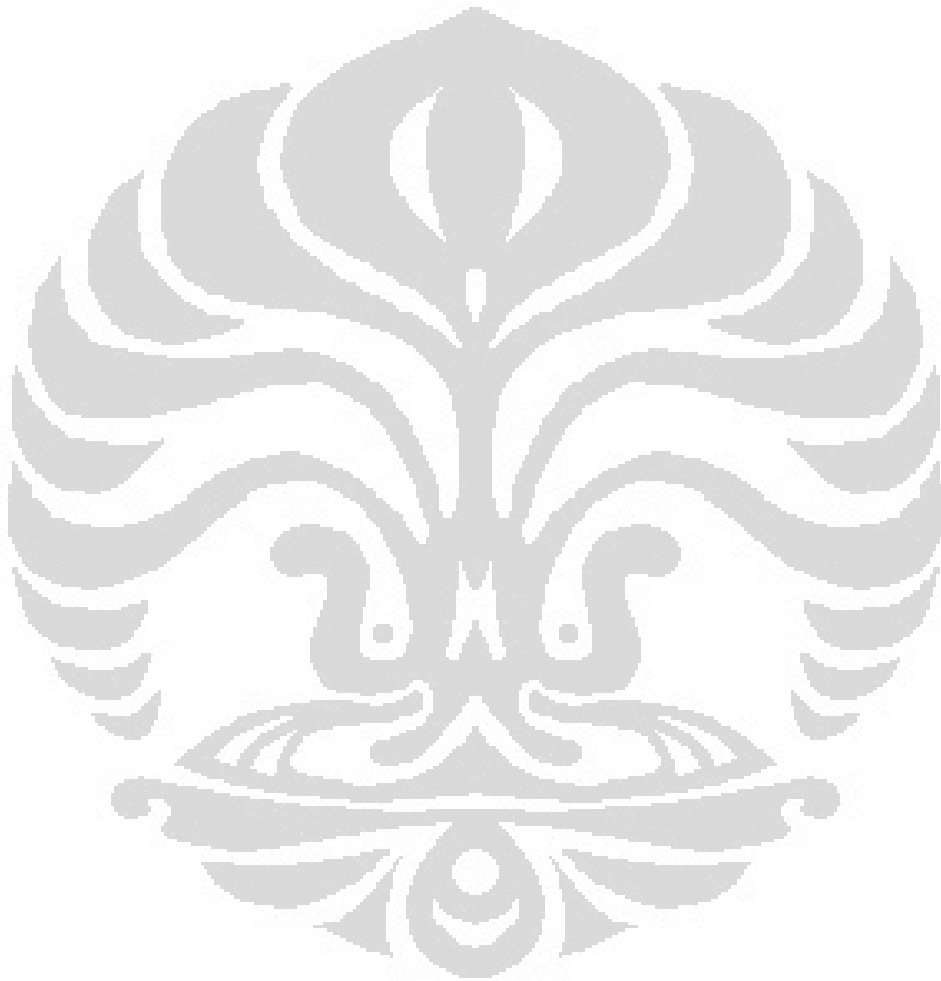
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Jenis Kain Yang dapat Digunakan Untuk PMK.....	23
Gambar 2.2	Gizi Dalam Daur Kehidupan .....	25
Gambar 2.3	Kerangka Teori .....	29
Gambar 3.1	Kerangka Konsep .....	30
Gambar 5.1	Peta Kabupaten Hulu Sungai Utara.....	38



## DAFTAR SINGKATAN

BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
PMK	: Perawatan Metode Kanguru
MPS	: <i>Making Pregnancy Safer</i>
Hb	: Hemoglobin



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate*) merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam mendeskripsikan tingkat pembangunan manusia di sebuah negara dari sisi kesehatan masyarakatnya. Oleh sebab itu, salah satu target pencapaian MDG's pada tahun 2015 mendatang adalah menurunnya Angka Kematian Bayi menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup dan 32/1.000 kelahiran hidup untuk Angka Kematian Balita. Akan tetapi sampai saat ini Angka Kematian Bayi di Indonesia masih tinggi.

Menurut SDKI 2007, Angka Kematian Bayi di Indonesia sebesar 34/1.000 kelahiran hidup, sementara untuk Angka Kematian Balita mencapai 44/1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia (2011) Angka Kematian Bayi di tahun 2009 berada di kisaran 30/1.000 kelahiran hidup, menduduki peringkat 10 dari 18 negara di ASEAN dan SEARO. Di Propinsi Kalimantan Selatan, Angka Kematian Bayi mencapai 58/1.000 kelahiran hidup.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu penyebab terbanyak kematian bayi. Sebagian besar BBLR < 2.000 gram meninggal pada masa neonatal (Kemenkes RI, 2011). Dari sekitar 4 juta kematian neonatal, prematur dan BBLR menyumbang lebih dari seperlima kasus, dan Indonesia terdaftar sebagai negara di urutan ke-8 berdasarkan jumlah kematian neonatal per tahun menurut data WHO. Di Indonesia, BBLR merupakan salah satu dari 3 penyebab utama kematian bayi (Depkes, 2005). Menurut data SKRT 2001, 29% kematian neonatal disebabkan oleh BBLR.

Di Propinsi Kalimantan Selatan kematian bayi yang disebabkan oleh BBLR menempati peringkat pertama. Pada tahun 2010 kematian bayi karena BBLR di Propinsi tersebut sebesar 20,47 %. Kematian bayi karena BBLR di Kabupaten Hulu Sungai Utara juga merupakan penyebab kematian bayi yang paling utama. Pada tahun 2010 kematian bayi karena BBLR di kabupaten ini mencapai 26,09 % dari total kematian bayi dan pada tahun 2011 meningkat

menjadi 35,66 %. Di Puskesmas Sungai Malang, kematian bayi yang disebabkan oleh BBLR pada tahun 2011 adalah 41,38% (Dinkes HSU, 2010).

BBLR merupakan masalah kesehatan yang sering dialami pada sebagian besar masyarakat. Setiap tahun diperkirakan kejadian BBLR mencapai 20 juta di seluruh dunia baik yang disebabkan oleh kelahiran sebelum waktunya (prematurn) maupun perkembangan janin terhambat saat dalam kandungan (IDAI, 2012). Frekwensi kejadian BBLR di negara maju berkisar antara 3,6 – 10,8% sedangkan untuk negara berkembang adalah 10-43% (Mochtar, 1998).

Menurut Ibrahim (1997) dalam Kemenkes RI (2006) insidensi BBLR di Asia Selatan sebesar 22%. Sedangkan di Indonesia insidensi BBLR di Rumah Sakit berkisar 20%. Di pusat rujukan regional Jawa Barat setiap tahunnya 20-25% kelahiran dengan BBLR, sedangkan di pedesaan angkanya mencapai 10,5% (Kemenkes RI, 2006). Dari Profil Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Selatan tahun 2010 kejadian BBLR di Propinsi tersebut sebesar 2% sama dengan kejadian BBLR di Propinsi Kalimantan Timur yang juga sebesar 2 %.

Ada banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR, salah satunya faktor dari ibu seperti umur, status gizi, jarak kehamilan dan paritas ibu bisa menyebabkan terjadinya BBLR (Manuaba). Penelitian di RS Al Fatah Ambon tahun 2005 membuktikan bahwa status Hb bisa menyebabkan BBLR. Data dari RS New Jersey yang dikumpulkan dari tahun 1989 – 1990 menunjukkan bahwa ibu yang berumur > 40 tahun beresiko paling tinggi untuk melahirkan BBLR (Reichman & Pagnini, 1997).

BBLR seringkali tidak disebabkan oleh satu penyebab saja, tapi gabungan dari berbagai faktor yang saling berkaitan (Kemenkes RI, 2011). BBLR sangat erat kaitannya dengan kondisi ibu karena selama hamil bayi mendapatkan nutrisi dari ibu melalui placenta (Manuaba, 1998). Menurut teori yang dikemukakan oleh Mc Carthy dan Maine, bahwa status kesehatan ibu juga dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan seperti jumlah tenaga dan jarak (Harsono, 2002).

Di Kabupaten Hulu Sungai Utara, BBLR sudah menjadi penyebab utama kematian bayi selama 3 tahun berturut-turut. Dari hasil laporan Program Kesehatan Keluarga (Kesga) tahun 2011 didapatkan data bahwa di Kabupaten

Hulu Sungai Utara angka kelahiran BBLR mencapai 7,01 % tertinggi di Propinsi Kalimantan Selatan.

Kejadian BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 sebesar 9,39 % sangat jauh meningkat dibandingkan tahun 2010 yang hanya 3,00 %. Angka ini juga lebih tinggi apabila dibandingkan dengan Puskesmas tetangganya Sungai Karias yang kejadian BBLRnya hanya 3,14 % atau Puskesmas Amuntai Selatan yang sebesar 6,10 %.

Puskesmas Sungai Malang memiliki karakteristik wilayah yang mewakili daerah perkotaan, desa biasa dan desa sangat terpencil di Kabupaten Hulu Sungai Utara. Oleh sebab itu peneliti merasa tertarik untuk mengetahui tentang gambaran kejadian BBLR dan karakteristik ibu hamil yang melahirkan BBLR di daerah tersebut. Selain karena memang belum pernah dilakukan penelitian serupa di Puskesmas ini.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Angka Kematian Bayi masih cukup tinggi sebesar 34/1.000 kelahiran hidup di tahun 2007. Salah satu penyebab terbesar kematian bayi adalah BBLR. Data SKRT tahun 2001 menunjukkan bahwa kematian bayi karena BBLR mencapai 29 %. Di Kabupaten Hulu Sungai Utara, Angka Kematian Bayi (AKB) di tahun 2010 mencapai angka 40/1.000 Kelahiran Hidup dengan penyebab BBLR berada pada angka 26,09%.

Kejadian BBLR sampai sekarang masih banyak ditemukan, untuk di Rumah sakit insiden kelahiran BBLR mencapai 20 %. Kejadian BBLR di Kabupaten Hulu Sungai Utara berPuskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara pada tahun 2011 meningkat menjadi 9,39 % yang sebelumnya ditahun 2010 hanya sebesar 3 %. Angka ini juga lebih tinggi dibandingkan kejadian BBLR di Puskesmas yang berdekatan dengan Puskesmas Sungai Malang seperti Puskesmas Sungai Karias yang kejadian BBLRnya sebesar 3,14 % atau Puskesmas Amuntai Selatan yang sebesar 6,10 %.

Hal tersebut menjadi dasar peneliti untuk mengetahui gambaran lebih lanjut tentang kejadian BBLR dan karakteristik ibu hamil yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara pada tahun 2011.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan teori yang menjelaskan tentang faktor yang berkaitan dengan terjadinya BBLR, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1.3.1 Bagaimana proporsi BBLR berdasarkan berat badan bayi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.2 Bagaimana proporsi BBLR berdasarkan lokasi bayi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.3 Bagaimana proporsi BBLR berdasarkan keadaan bayi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.4 Bagaimana fasilitas kesehatan di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011?
- 1.3.5 Bagaimana proporsi umur ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.6 Bagaimana proporsi paritas ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.7 Bagaimana proporsi jarak melahirkan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.8 Bagaimana proporsi ukuran LILA ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.9 Bagaimana proporsi kenaikan berat badan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?
- 1.3.10 Bagaimana proporsi kadar Hb ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui gambaran kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.



## **1.4.2 Tujuan Khusus**

- 1.4.2.1 Diketuainya proporsi BBLR berdasarkan berat badan bayi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.2 Diketuainya proporsi BBLR berdasarkan lokasi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.3 Diketuainya proporsi BBLR berdasarkan keadaan bayi di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.4 Diketuainya sarana kesehatan di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011.
- 1.4.2.5 Diketuainya proporsi umur ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.6 Diketuainya proporsi paritas ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.7 Diketuainya proporsi jarak melahirkan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.8 Diketuainya proporsi ukuran LILA ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.9 Diketuainya proporsi kenaikan berat badan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.
- 1.4.2.10 Diketuainya proporsi kadar Hb ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Peneliti**

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan analisa kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR.

### **1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara**

Bisa digunakan sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara khususnya Seksi Kesehatan Keluarga untuk perencanaan program Kesehatan Anak dalam upaya menurunkan kejadian BBLR Kabupaten Hulu Sungai Utara.

### 1.5.3 Bagi FKM UI

Menambah bahan kepustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia dan dapat menjadi sumber informasi yang berhubungan dengan pelayanan antenatal.

### 1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 karena kejadian BBLR di wilayah tersebut masih banyak dan tertinggi dibandingkan Puskesmas lain di Kabupaten Hulu Sungai Utara. Penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2012, dengan menggunakan bantuan checklist untuk pengambilan data yang berasal dari Kohort ibu di Puskesmas dan Bidan desa.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif untuk mengetahui kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 dengan metode studi kasus. Sehingga semua BBLR yang tercatat di Kohort ibu melalui bantuan bidan Puskesmas dan bidan di desa akan diambil datanya untuk kemudian dilakukan analisa distribusi frekwensinya.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Definisi Bayi Berat Lahir Rendah**

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (Prawiroharjo,2001). Sedangkan menurut Kemenkes RI RI (2006), BBLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan.

Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. Untuk keperluan bidan didesa berat lahir masih dapat diterima apabila dilakukan penimbangan dalam 24 jam pertama setelah lahir (Kemenkes RI, 2011).

Untuk keseragaman, WHO telah mengubah istilah "*premature baby*" menjadi "*low birth weight baby*" (Bayi dengan Berat Lahir Rendah/BBLR) karena tidak semua bayi lahir yang beratnya dibawah 2500 gram adalah prematur (Prawirohardjo, 2001).

#### **2.2 Jenis – Jenis BBLR**

BBLR dibagi menjadi dua golongan yaitu prematur dan dismatur. Bayi prematur adalah bayi yang dilahirkan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat dan sesuai untuk masa kehamilan, sedangkan bayi dismatur adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (Jumiarni, et all,1995).

Berdasarkan perawatannya Kemenkes RI (2011) membagi BBLR dengan berat > 2000 kg boleh dirawat di rumah dengan pengawasan oleh tenaga kesehatan sedangkan bayi yang beratnya < 2000 kg harus dirujuk ke Rumah Sakit karena lebih mudah untuk terkena berbagai masalah seperti infeksi, hipotermi dan masalah pemberian minum.

##### **2.2.1 Bayi Prematur**

Bayi prematur umumnya lahir pada umur kehamilan 28-36 minggu. Biasanya bayi prematur disebabkan karena tidak mampunya uterus menahan

janin, adanya gangguan selama kehamilan, lepasnya plasenta lebih cepat dari waktunya atau adanya rangsangan yang memudahkan terjadinya kontraksi uterus sebelum mencapai kehamilan aterm (Kemenkes RI, 2011).

Bayi prematur mempunyai organ dan alat tubuh yang belum berfungsi normal untuk bertahan hidup di luar rahim. Semakin muda umur kehamilan, fungsi organ tubuh semakin kurang sempurna dan prognosinya semakin kurang baik. Kelompok ini lebih sering mendapatkan penyulit atau komplikasi akibat kurang matangnya organ karena masa gestasi yang kurang (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan umur kehamilan dan masalah yang mungkin dihadapinya, maka Usher (1975) dalam Prawirohardjo (2001) menggolongkan bayi prematur menjadi :

- 2.2.1.1 Bayi yang sangat prematur (*extremely premature*) : masa kehamilan 24 – 30 minggu. Kelompok ini sangat sukar bertahan hidup terutama apabila masa kehamilannya < 27 minggu, bayi dengan masa kehamilan 28-30 minggu mungkin bisa bertahan hidup dengan perawatan sangat intensif dan bantuan alat-alat canggih.
- 2.2.1.2 Bayi yang derajat prematuritas sedang (*moderately premature*) : masa kehamilan 31 – 36 minggu. Golongan ini mempunyai prognosis yang lebih baik dibandingkan kelompok pertama dan gejala sisa yang dihadapi juga lebih ringan dengan perawatan yang intensif.
- 2.2.1.3 Borderline premature : masa kehamilan 37 – 38 minggu. Bayi ini sudah mempunyai sifat-sifat bayi matur dan biasanya dirawat seperti bayi aterm tetapi seringkali mengalami masalah sindrom gangguan pernafasan, hiperbilirubinemia, gangguan mengisap dan menelan seperti pada bayi premature sehingga perlu pengawasan maksimal.

## **2.2.2 Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)**

Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK) adalah bayi yang tidak tumbuh dengan baik di dalam kandungan selama kehamilan. Kelompok ini terjadi karena ada hambatan pertumbuhan saat dalam kandungan (janin tumbuh lambat). Retardasi pertumbuhan intrauterin (IUGR) berhubungan dengan keadaan yang mengganggu sirkulasi dan efisiensi plasenta dengan pertumbuhan dan

perkembangan janin atau dengan keadaan umum dan gizi ibu. Keadaan ini mengakibatkan kurangnya oksigen dan nutrisi secara kronik dalam waktu yang lama untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Kematangan fungsi organ tergantung pada usia kehamilan walaupun berat lahirnya rendah (Kemenkes RI, 2006).

Menurut Reinfield (1975) dalam Prawirohardjo (1991), ada 2 bentuk IUGR, yaitu :

2.2.2.1 *Proportionate IUGR* : janin yang mengalami gangguan pertumbuhan yang lama (berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan) sebelum bayi lahir sehingga berat, panjang badan dan lingkar kepala dalam porsi yang seimbang tapi dibawah ukuran masa kehamilan yang sesungguhnya. Retardasi biasanya terjadi sebelum pembentukan jaringan adiposa.

2.2.2.2 *Disproportionate IUGR* : terjadi akibat distress sub akut. Gangguan terjadi beberapa hari/minggu sebelum lahir. Panjang dan lingkar kepala normal akan tetapi berat badan tidak sesuai umur kehamilan.

### 2.3 Karakteristik BBLR

Karakteristik BBLR menurut Manuaba (1998) adalah berat badan kurang dari 2.500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, kepala tidak mampu tegak, umur kehamilan kurang dari 37 minggu, kepala relatif lebih besar, kulit terlihat tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot hipotonik – lemah, pernafasan tak teratur dapat terjadi apnea (gagal nafas), frekwensi nafas sekitar 45 sampai 50 kali per menit, frekuensi nadi 100 sampai 140 kali per menit, paha terlihat abduksi, sendi lutut/kaki fleksi – lurus.

#### 2.3.1 Karakteristik Bayi Prematur

Gambaran yang bisa digunakan untuk mengenali bayi prematur adalah kulit yang tipis dan mengkilap, tulang rawan telinga sangat lunak, lanugo banyak terutama pada bagian punggung, jaringan payudara belum terlihat dan puting susu hanya berupa titik, untuk genetalia eksterna bayi perempuan labia mayora belum menutupi labia minora sedangkan pada bayi laki-laki skrotum belum banyak

lipatan dan testis kadang belum turun, rajah telapak kaki  $< 1/3$  bagian atau malah belum terbentuk, kadang disertai pernafasan tidak teratur, aktifitas tangisan lemah, refleks menghisap dan menelan tidak efektif/lemah. Hal ini karena bayi prematur dilahirkan sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu sehingga proses pembentukan dan pematangan organ belum sempurna (Kemenkes RI, 2011).

### **2.3.2 Karakteristik Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)**

Bayi KMK bisa saja cukup bulan, kurang bulan atau malah lebih bulan hanya saja berat badannya kurang dari 2500 gram. Tanda-tanda bayi KMK adalah gerakannya cukup aktif dan tangisnya cukup kuat, kulit keriput, lemak bawah kulit tipis, rajah telapak kaki lebih dari  $1/3$  bagian, kuku lebih panjang, refleks mengisap cukup kuat. Labia mayor sudah menutupi labia minor pada bayi perempuan dan untuk bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum. Terutama bagi bayi yang cukup bulan dan lebih bulan (Kemenkes RI, 2011).

Bagi bayi yang kurang bulan pada perempuan jaringan payudara kecil, puting kecil tapi bila sudah cukup bulan payudara dan puting sesuai masa kehamilan (Kemenkes RI, 2011).

## **2.4 Faktor Yang Berhubungan dengan BBLR**

Menurut Manuaba (1998), faktor - faktor yang dapat menyebabkan terjadinya persalinan preterm atau Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah :

### **2.4.1 Faktor ibu**

Faktor-faktor dari ibu seperti umur, jumlah paritas, gizi yang kurang/malnutrisi, penyakit yang menyertai kehamilan (hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah), trauma, kelelahan, ibu yang perokok atau pengguna obat terlarang dan mengkonsumsi alkohol bisa menyebabkan terjadinya kelahiran BBLR (Manuaba, 1998).

Umur ibu waktu hamil dan jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat menyebabkan seorang ibu melahirkan BBLR yaitu usia  $< 16$  tahun atau  $> 36$  tahun serta jarak  $< 1$  tahun (Kemenkes RI, 2011).

## **2.4.2 Faktor Kehamilan**

Hidramnion bisa menyebabkan BBLR. Kehamilan ganda, perdarahan ante partum dan komplikasi kehamilan seperti pre eklamsi/eklamsia juga menyebabkan terjadinya BBLR. Hal ini terjadi karena adanya gangguan sirkulasi yang mengakibatkan kurangnya asupan nutrisi bagi janin (Kemenkes RI, 2011).

## **2.4.3 Faktor Janin**

Faktor dari janin sendiri seperti adanya kecacatan/kelainan bawaan dan infeksi dalam rahim juga bisa menyebabkan terjadinya BBLR (Manuaba, 1998).

## **2.4.4 Faktor –faktor lain yang belum diketahui**

Sebagian kelahiran BBLR tidak diketahui penyebabnya (Institute of Medicine, 1985).

Prawirohardjo (1991) menyatakan ada banyak faktor yang mempengaruhi kelahiran prematur/BBLR, antara lain : 1) faktor ibu seperti riwayat kelahiran prematur sebelumnya, perdarahan antepartum, malnutrisi, kelainan uterus, hidramnion, penyakit kronik, hipertensi, umur ibu < 20 tahun atau > 35 tahun, jarak kehamilan yang terlalu dekat, infeksi, trauma, dan lain-lain; 2) faktor janin antara lain kecacatan, kehamilan kembar, hidramnion, ketuban pecah dini, infeksi; 3) keadaan sosial ekonomi yang rendah dan 4) kebiasaan seperti pekerjaan yang melelahkan, merokok dan minum-minuman keras.

Memang banyak faktor yang berkaitan dengan terjadinya BBLR, dan biasanya kejadian BBLR tidak disebabkan oleh satu faktor tapi gabungan dari beberapa faktor. Dari berbagai pendapat di atas akan diuraikan lebih rinci tentang faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian BBL dari segi ibu, janin, status ekonomi dan kebiasaan.

## **2.4.1 Faktor Ibu**

### **2.4.1.1 Umur Ibu**

Menurut Sitanggang et al. (2003), umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Prawirohardjo (1999) dalam kaitannya

dengan hamil dan melahirkan mengelompokkan umur menjadi 2 yaitu umur yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun dan umur yang tidak aman yaitu  $< 20$  tahun dan  $> 30$  tahun.

Berdasarkan ciri-ciri setiap masa periode perencanaan keluarga usia reproduksi menurut Saifudin (2006), terbagi 3 macam yaitu:

- a. Masa menunda kesuburan (kehamilan) dibawah 20 tahun.
- b. Masa mengatur kesuburan (menjarangkan kehamilan) 20-30 tahun.
- c. Masa mengakhiri kesuburan (tidak hamil lagi) diatas 30 tahun.

Umur ditinjau dari faktor resiko menurut Manuaba (1998), umur pada ibu hamil dibagi menjadi:

- a. Umur ibu kurang dari 20 tahun
- b. Umur ibu lebih dari 35 tahun.

Menurut Abdoerrahman et al.(2002), angka kejadian prematuritas tertinggi ialah pada umur ibu dibawah 20 tahun dan angka kejadian terendah pada umur ibu antara 26-35 tahun. Umur ibu juga mempengaruhi kapasitas tropiknya, sehingga pada ibu dengan umur lebih cenderung mempunyai bayi yang berat badannya lebih rendah.

Pertumbuhan linier (Tinggi Badan) selesai pada usia 16-18 tahun, baru diikuti dengan pematangan pertumbuhan rongga panggul (Departemen Gizi FKM UI, 2010). Disebutkan bahwa resiko untuk melahirkan BBLR naik sekitar dua kali lipat dalam 2 tahun setelah *menarche*. Disamping itu akan terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan (Soetjningsih, 1995). Itulah sebabnya ibu dengan usia remaja cenderung melahirkan BBLR (Almatsier,dkk,2011).

Menurut Manuaba (1998), Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu sehat antara 20 sampai 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologis, sosial ekonomi, sehingga memudahkan terjadi keguguran, persalinan



prematurn, berat badan lahir rendah (BBLR), mudah terjadi infeksi, anemia kehamilan dan keracunan kehamilan (gestosis).

#### 2.4.1.2 Paritas

##### a. Pengertian paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati (Prawirohardjo,1999). Menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm.

##### b. Klasifikasi Paritas

Menurut Prawirohardjo (1999), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara.

- Primipara

Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2006).

- Multipara

- 1) Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2009).
- 2) Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viabel (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2008).
- 3) Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih (Varney, 2006).

- Grandemultipara

- 1) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).
- 2) Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Rustam, 2005).
- 3) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Varney, 2006).

Setiap kehamilan yang disusul dengan persalinan akan menyebabkan perubahan-perubahan pada uterus. Kehamilan yang berulang akan mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin dimana jumlah nutrisi akan berkurang bila dibandingkan dengan kehamilan sebelumnya. Keadaan ini menyebabkan gangguan pertumbuhan janin (Prawirohardjo,1999).

Kehamilan dan persalinan yang paling aman untuk bayi dan ibu adalah persalinan yang kedua dan ketiga (Perinasia, 1994).

#### **2.4.1.3 Jarak Melahirkan**

Jarak kehamilan ialah periode waktu antara berakhirnya suatu kehamilan terdahulu dengan kehamilan berikutnya (Utami, 2007).

Menurut Abdoerrahman et.al.(2002), angka kejadian prematuritas tertinggi pada multigravida yang jarak antar kelahirannya terlalu dekat. Jarak kehamilan terlalu dekat maupun jauh bisa membahayakan ibu dan janin. Idealnya tidak kurang dari 9 bulan hingga 24 bulan.

Menurut Arisman (2008) ibu hamil dengan jarak waktu <1 tahun termasuk dalam kelompok beresiko terhadap status gizi ibu. Sedangkan berat badan bayi baru lahir sangat dipengaruhi oleh status gizi ibu. Jarak antar kelahiran yang kurang dari setahun beresiko untuk melahirkan BBLR (Almatsier,dkk,2011).

Jarak antara kelahiran anak terakhir dengan kehamilan berikutnya disarankan minimal 2 tahun agar tubuh ibu dapat pulih dari kebutuhan ekstra pada saat hamil, melahirkan dan menyusui yang sudah dilewatinya (Perinasia, 1994). Pendapat lain mengatakan bahwa status gizi ibu belum pulih dalam kurun waktu 2 tahun setelah persalinan (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

#### **2.4.1.4 Penambahan Berat Badan**

Berat badan ibu hamil harus bertambah sesuai umur kehamilannya. Pertambahan berat badan yang normal akan menghasilkan anak yang normal juga. Apabila pertambahan berat badan terlalu rendah akibat kekurangan zat gizi, janin juga akan mengalami kekurangan gizi dan berisiko lebih besar melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Wanita dengan berat badan yang kurang

lebih sering melahirkan BBLR dibandingkan wanita lainnya pada usia reproduksi yang aman. Penambahan berat badan yang kurang dari normal beresiko keguguran, lahir prematur dan BBLR (Paath,dkk, 2002). Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa 50% kejadian BBLR disebabkan oleh status gizi yang bisa dilihat dari penambahan berat badan selama hamil (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

Idealnya, ibu hamil mengalami kenaikan berat badan 10 - 16 kilogram dibandingkan sebelum hamil (Muchtar,2007). Sedangkan menurut Prawirohardjo (1991) rata-rata kenaikan berat badan ibu hamil adalah 6,5 – 16 kg.

#### **2.4.1.5 Lingkar Lengan Atas (LILA)**

Lingkar lengan atas merupakan indikator status gizi yang digunakan terutama untuk mendeteksi kurang energi protein pada anak-anak dan merupakan alat yang baik untuk mendeteksi wanita usia subur dan ibu hamil dengan resiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah ( Depkes, 1993).

Ukuran LILA berkaitan erat dengan berat badan ibu selama hamil mulai trimester I sampai trimester III. Kelebihannya jika dibandingkan dengan ukuran berat badan, ukuran LILA lebih menggambarkan keadaan atau status gizi ibu hamil sendiri. Pengukuran LILA digunakan karena pengukurannya sangat mudah, cepat dan murah, selain itu pengukuran LILA juga tidak perlu dibandingkan dengan umur atau data lainnya (Departemen Gizi FKM UI, 2010). Hasil Pengukuran LILA ada dua kemungkinan yaitu kurang dari 23,5 cm dan diatas atau sama dengan 23,5 cm. Apabila hasil pengukuran  $> 23,5$  cm berarti tidak beresiko KEK.

Pada ibu hamil lingkar lengan atas digunakan untuk memprediksi kemungkinan bayi yang dilahirkan memiliki berat badan lahir rendah. Ibu hamil diketahui menderita KEK dilihat dari pengukuran LILA, adapun ambang batas LILA WUS (ibu hamil) dengan resiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan BBLR (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

#### 2.4.1.6 Anemia

Anemia dapat didefinisikan sebagai kondisi dengan kadar Hb berada dibawah normal. Di Indonesia anemia umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi, sehingga lebih dikenal dengan istilah Anemia Gizi Besi. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi selama kehamilan. Ibu hamil umumnya mengalami deplesi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai dibawah 11 gr/dl selama trimester III (Lubis,1999)

Kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan janin baik sel tubuh maupun sel otak. Anemia gizi 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. Karena selama hamil zat-zat gizi akan terbagi untuk ibu dan untuk janin yang dikandungnya. Pada ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan resiko morbiditas maupun mortalitas ibu dan bayi, kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan prematur juga lebih besar (Lubis,1999)

Anemia memang jarang menyebabkan kondisi kegawatdaruratan, akan tetapi bisa memperparah masalah yang dialami ibu hamil. Anemia berhubungan erat dengan kejadian abortus, bayi berat lahir rendah dan kematian perinatal (Taber, 1994). Di wilayah Asia, diperkirakan 23 % kejadian BBLR dan kelahiran prematur disebabkan oleh anemia pada ibu (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

Pada wanita hamil, anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah, dan angka kematian perinatal meningkat. Soeprono menyebutkan bahwa dampak anemia pada kehamilan bervariasi dari keluhan yang sangat ringan hingga terjadinya gangguan kelangsungan kehamilan abortus, partus (imatur/prematur), dan kadar Hb ibu bisa dipengaruhi oleh paritas, yang mana seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi (Lubis,1999).

#### **2.4.1.7 Riwayat Kehamilan Terdahulu**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ibu yang pernah melahirkan BBLR mempunyai resiko 2-5 kali lebih tinggi untuk melahirkan BBLR pada kelahirannya berikutnya dibandingkan ibu yang tidak pernah melahirkan BBLR. Demikian halnya ibu dengan riwayat solusio plasenta memiliki kemungkinan besar untuk melahirkan prematur (Institute of Medicine, 1985).

#### **2.4.1.8 Penyakit dan Infeksi**

Menurut Karjdati et al (1985) penyakit dan infeksi selama masa kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Penyakit yang disebabkan oleh virus seperti Rubella dan Cytomegalovirus dapat mengurangi suplai darah ke janin yang berakibat pada berat bayi tidak normal dan gangguan pertumbuhan organ tubuh (Prawirohardjo, 1991).

Demikian pula dengan penyakit seperti hipertensi, Diabetes Mellitus, penyakit ginjal kronik diduga sangat erat kaitannya dengan kejadian BBLR. Kelainan ketuban seperti hidramnion atau oligohidramnion juga bisa menyebabkan keharisan prematur (Prawirohardjo, 1991). Gangguan sirkulasi oksigen dan makanan dari ibu ke janin seringkali terganggu pada keadaan Eklampsia/Preeklampsia sehingga kelahiran prematur dan BBLR lebih sering ditemukan (Taber, 1994).

Trauma pada kehamilan juga disebut-sebut sebagai pencetus terjadinya BBLR atau kelahiran prematur, akan tetapi hal ini masih sulit dibuktikan. Biasanya terjadi karena solusio plasenta atau kematian maternal sehingga janin tidak bisa bertahan hidup (Taber, 1994).

### **2.4.2 Faktor Janin**

#### **2.4.2.1 Jenis Kelamin**

Penelitian yang dilakukan oleh Kardjati (1985) mengungkapkan bahwa bayi laki-laki mempunyai berat lahir lebih tinggi dibandingkan bayi perempuan. Bayi laki-laki rata-rata lebih berat 159 gram ( 5% ) daripada bayi perempuan.

### **2.4.2.2 Keadaan Plasenta**

Keadaan plasenta yang abnormal akan mengganggu sirkulasi yang mengakibatkan kurangnya asupan nutrisi bagi janin. Gangguan sirkulasi ini bisa disebabkan oleh lepasnya plasenta sebelum waktunya, pengapuran plasenta, ukuran plasenta yang kecil. Kondisi ibu seperti hipertensi, Diabetes Mellitus dan kehamilan kembar juga bisa menyebabkan terjadinya BBLR (Institut of Medicine, 1985).

Selain itu, lepasnya plasenta sebelum waktunya (*Abruptio Placenta*) juga berkaitan dengan kejadian BBLR. Lepasnya plasenta sebelum memasuki masa persalinan meningkatkan kegawatan janin atau kematian janin karena kondisi tersebut menyebabkan hipoksia dan kelahiran prematur (Taber, 1994).

Infark placenta adalah suatu keadaan ditemukannya bagian yang keras, putih yang ukurannya bisa mencapai beberapa cm pada sisi plasenta. Keadaan ini bisa mengakibatkan gangguan pemberian makanan pada janin sehingga bayi mengakibatkan BBLR atau lahir mati, kadang juga bisa memicu terjadinya plasenta previa (Prawirohardjo, 1991).

### **2.4.3 Status Ekonomi**

Status sosial ekonomi berkontribusi dalam terjadinya BBLR dalam beberapa kondisi seperti pendapatan, akses terhadap pelayanan kesehatan, status gizi, tingkat pendidikan yang rendah dan usia perkawinan yang cenderung masih rendah (Institute of Medicine, 1985). Status ekonomi mempengaruhi seseorang dalam memilih makanannya (Paath, dkk, 2002).

Sosial ekonomi yang rendah mempengaruhi pemenuhan kebutuhan ibu hamil akan nutrisi yang cukup serta prevalensi penyakit infeksi dan parasit yang tinggi (Perinasia, 1994). Status gizi dan penyakit ibu saat hamil berkontribusi terhadap kejadian BBLR.

### **2.4.4 Kebiasaan**

#### **2.4.4.1 Aktifitas Fisik**

Wanita hamil harus lebih banyak istirahat. Institute of Medicine (1985) memaparkan bahwa ibu-ibu yang bekerja melahirkan bayi dengan berat badan 150

– 400 gram lebih rendah dibandingkan ibu-ibu yang tidak bekerja. Aktifitas fisik yang berat tanpa istirahat yang cukup meningkatkan resiko terjadinya hipertensi, penambahan berat badan ibu yang kurang selama hamil dan BBLR (Institute of Medicine, 1985).

#### **2.4.4.2 Merokok, Minuman Beralkohol dan Narkotika**

Wanita hamil yang merokok cenderung melahirkan BBLR, mudah mengalami abortus dan kelahiran prematur (Prawirohardjo, 1991). Merokok, konsumsi minuman beralkohol dan ketergantungan narkotik sering dikaitkan dengan kejadian BBLR (Institute of Medicine, 1985).

Janin dari ibu perokok mengalami hambatan dalam pertumbuhan karena pengaruh penyebaran karbonmonoksida (CO), nikotin dan zat lain dalam rokok serta transport oksigen ke janin, juga penggunaan zat makanan yang tidak efisien pada ibu hamil perokok (Almatsier,dkk, 2011).

Untuk orang yang kecanduan alkohol diduga zatnya menumpuk di dalam plasenta dan merugikan janin, selain itu seorang pecandu biasanya tidak nafsu makan sehingga ibu dan janin kekurangan zat gizi (Almatsier,dkk, 2011).

### **2.5 Upaya mencegah kejadian BBLR**

Menurut Manuaba (1998), beberapa saran dalam upaya menurunkan angka kejadian BBLR antara lain:

#### **2.5.1 Pelayanan Antenatal Care Berkualitas**

Antenatal care memberikan manfaat penting untuk menemukan berbagai kelainan yang menyertai kehamilan sejak dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah untuk menanganinya secara tepat (Manuaba,1998).

Pemeriksaan kehamilan (ANC) yang adekuat dipercaya dapat menurunkan kejadian BBLR. ANC yang adekuat bukan hanya dilihat dari frekwensi, tapi pada kemampuan mendeteksi adanya kelainan, komplikasi dan faktor resiko bagi ibu janin (Jurnal Kesmas, 2007).

### **2.5.2 Meningkatkan Status Gizi**

Meningkatkan gizi masyarakat dapat mencegah terjadinya persalinan dengan berat badan lahir rendah (Manuaba, 1998). Sangat penting bagi ibu hamil untuk mendapatkan asupan nutrisi yang baik selama hamil sehingga perlu meningkatkan kesadaran masyarakat agar ibu hamil cukup makan berbagai jenis makanan yang bergizi (Depkes, 2011).

### **2.5.3 Keluarga Berencana.**

Menyarankan agar ibu hamil dan melahirkan antara umur 20-35 yang merupakan usia yang aman untuk hamil dan melahirkan (Wiknjosastro, 2005). Konseling kepada pasangan suami istri agar mengusahakan jarak kehamilan 2-3 tahun dan mendorong penggunaan kontrasepsi modern dan sesuai untuk menjarangkan kehamilan (Depkes, 2011).

### **2.5.4 Istirahat Yang Cukup**

Anjurkan lebih banyak istirahat, bila kehamilan mendekati aterm atau istirahat baring bila terjadi keadaan yang menyimpang dari keadaan normal kehamilan (Manuaba, 1998)

Aktifitas fisik yang dilakukan selama beberapa jam tanpa istirahat bisa menjadi salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya BBLR (Depkes, 2011).

### **2.5.5 Kemitraan Bidan Dukun**

Tingkatkan kerjasama dengan Dukun Kampung yang masih mendapat kepercayaan masyarakat untuk menjangkau ibu hamil yang sulit untuk mendapatkan akses terhadap pelayanan kesehatan (Manuaba, 1998).

Yang paling penting adalah setiap ibu hamil harus mempunyai akses ke tempat pelayanan kesehatan untuk menemukan dan mendapatkan penanganan masalah-masalah kesehatan dan kehamilannya. Juga pentingnya bagi ibu hamil untuk dapat mengenali tanda-tanda bahaya dalam kehamilan (Depkes, 2011).

Saat ini program yang sedang gencar dilaksanakan adalah Program Kemitraan Bidan Dengan Dukun yaitu suatu program kerjasama antara bidan dengan dukun yang saling menguntungkan kedua belah pihak. Tujuan dari pelaksanaan kegiatan ini adalah untuk meningkatkan akses



dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Depkes RI, 2008).

## **2.6 Tatalaksana BBLR**

Pada saat lahir seorang BBLR mendapatkan penanganan yang sama seperti bayi baru lahir lainnya. Bersihkan lendir secukupnya kalau perlu, segera keringkan dengan kain yang bersih dan hangat lalu berikan pada ibu untuk kontak kulit ibu dengan kulit bayi untuk dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Tunda memandikan setidaknya 6 jam – 24 jam setelah lahir (Kemenkes RI, 2011).

Pemberian profilaksis suntikan vitamin K1 1 mg dosis tunggal, IM pada paha kiri anterolateral dan antibiotika salep mata juga sama seperti bayi baru lahir normal lainnya. Untuk perawatan tali pusat : kering, tidak dibubuhi apapun dan terbuka. Bila berat lahir  $\geq 2000$  gram dan tanpa masalah atau penyulit, dapat diberikan vaksinasi Hepatitis B ke 1 pada paha kanan (Kemenkes RI, 2011).

Bayi dengan berat lahir  $< 2000$  gram harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih canggih, tidak boleh dirawat di rumah. Demikian juga dengan bayi yang mempunyai berat  $\geq 2000$  gram dengan satu atau lebih gejala seperti gangguan nafas, asfiksia, masalah pemberian minum, hipotermi sedang/berat, ikterus patologis, kejang, spasme, infeksi, gangguan saluran cerna atau mempunyai kelainan bawaan (Kemenkes RI, 2011).

## **2.7 Perawatan Metode Kanguru**

Bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram mempunyai lemak di bawah kulit yang sedikit. Metode terbaru dalam perawatan BBLR yang dianggap paling mudah dan murah untuk dilakukan adalah Perawatan Metode Kanguru (PMK). Perawatan metode kanguru adalah suatu cara memenuhi kebutuhan BBLR terutama dalam mempertahankan kehangatan suhu tubuh. BBLR membutuhkan bantuan dan waktu untuk penyesuaian kehidupan di luar rahim. BBLR juga memerlukan bantuan untuk tetap hangat dan mendapatkan ASI yang cukup untuk tumbuh. Satu cara untuk menolong bayi mendapatkan kebutuhan ini adalah menjaga bayi tetap kontak kulit dengan kulit ibunya (Kemenkes RI, 2011).

Perawatan BBLR konvensional memakan biaya besar, dan hanya dapat dilakukan di rumah sakit dengan peralatan lengkap, sementara untuk BBLR tanpa penyulit biasanya hanya membutuhkan kehangatan, nutrisi dan pencegahan infeksi. Ketiga kebutuhan tersebut di atas dapat dipenuhi dengan perawatan teknologi tepat guna di rumah oleh orang tuanya. Perawatan Metode Kanguru merupakan teknologi tepat guna sebagai pengganti incubator, tetapi harus tetap dilakukan pemantauan oleh tenaga kesehatan sampai BBLR mencapai berat > 2500 gram (Kemenkes RI, 2011).

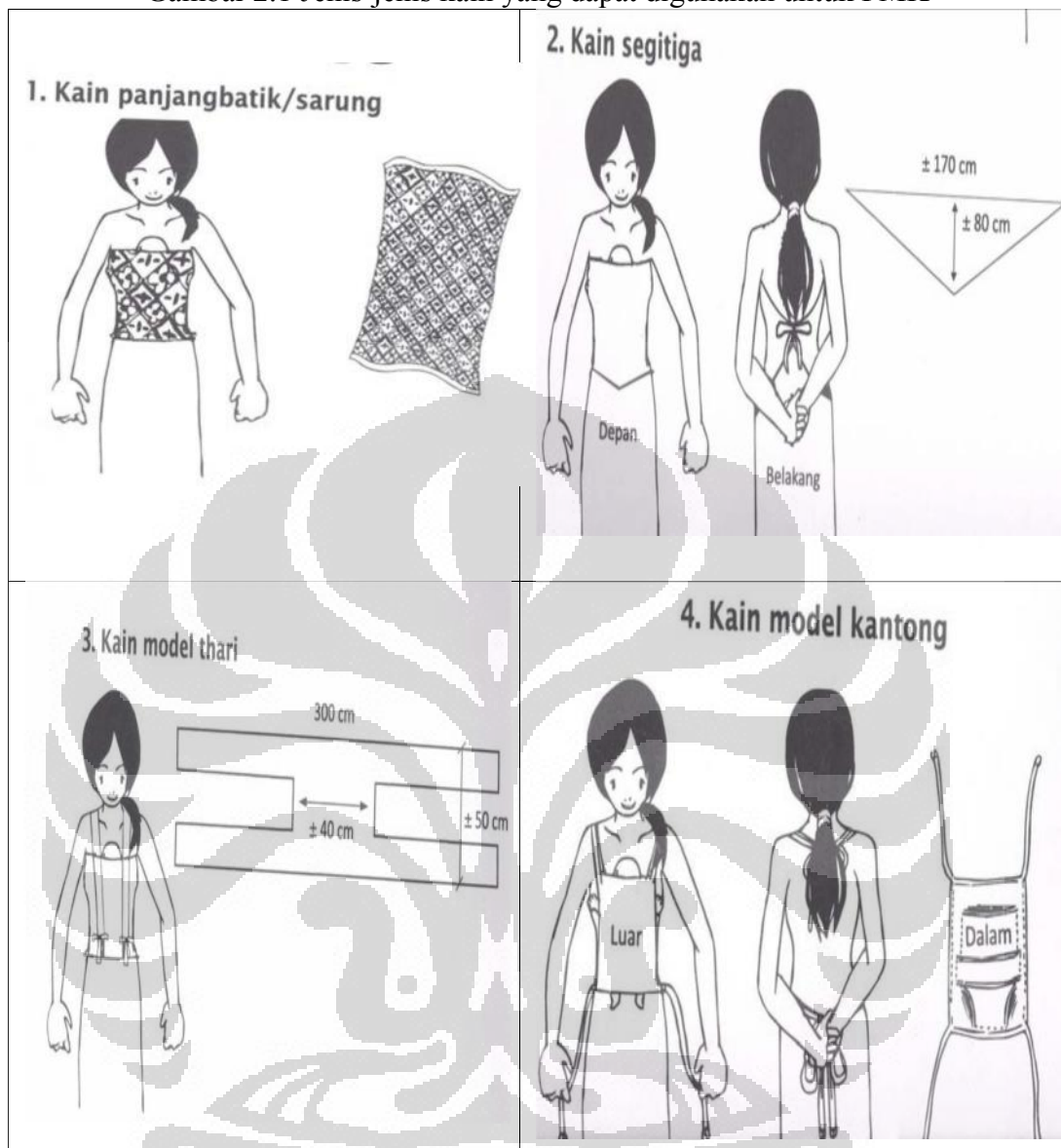
PMK tidak memerlukan alat secara khusus, pada intinya semua jenis kain dapat digunakan selama kain tersebut menopang bayi secara aman dan nyaman, tidak mengganggu aktifitas ibu dan memungkinkan terjadinya kontak kulit antara bayi dan ibu. Berikut ini adalah gambar beberapa jenis kain yang bisa digunakan dalam Perawatan Metode Kanguru ini :

Perawatan Metode Kanguru memiliki keuntungan bagi bayi dan juga bagi ibu. Keuntungan bagi bayi yang dirawat dengan PMK adalah pernafasan menjadi lebih teratur dan stabil, suhu tubuh juga lebih stabil dalam kisaran  $36,5^{\circ}\text{C}$  –  $37,5^{\circ}\text{C}$ , dapat mengurangi kejadian infeksi terutama saluran cerna dan saluran nafas, pemenuhan nutrisi lebih baik sehingga berat badan juga lebih cepat meningkat, bayi lebih nyaman dan aman, cukup istirahat dan tidur.

Keuntungan yang didapatkan ibu dengan PMK adalah ibu merasa lebih dekat bayinya secara emosional sehingga meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi juga dapat meningkatkan produksi ASI.

PMK tidak hanya dapat dilakukan oleh ibu tapi juga dapat dilakukan oleh keluarga bayi yang lain seperti ayah, tante atau nenek. PMK dilakukan sebagai pengganti inkubator dengan catatan bayi dalam kondisi stabil, boleh juga dilakukan di rumah pasien dengan kriteria bayi memiliki berat  $\geq 2.000$  gram dan tidak memiliki masalah kesehatan (Kemenkes RI, 2011). Perawatan Metode Kanguru ini memiliki 4 (empat) komponen di dalamnya yaitu posisi, nutrisi, dukungan, pemulangan dan pemantauan.

Gambar 2.1 Jenis-jenis kain yang dapat digunakan untuk PMK



Sumber : Buku Acuan Manajemen BBLR Untuk Bidan Di Desa, 2011

### 2.7.1 Posisi

Inti dari PMK adalah adanya kontak kulit dengan kulit antara bagian depan tubuh bayi dengan dada dan perut ibu. Posisi bayi diletakan di antara ke dua payudara ibu secara tegak lurus, kepala bayi sedikit tengadah menoleh kekanan/kiri dan posisi ini dipertahankan dengan sehelai kain yang mengelilingi tubuh ibu dan diikat. Selanjutnya ibu mengenakan pakaian dan beraktifitas seperti biasa.

Ibu merupakan sumber panas bagi bayi. Kontak kulit dengan kulit diupayakan segera setelah lahir dan berlanjut siang dan malam. Bayi hanya memakai topi untuk menjaga kepala tetap hangat dan bayi menggunakan popok yang dilapisi plastik atau pembalut wanita sehingga bayi mendapatkan sumber panas secara terus menerus melalui konduksi dan radiasi (Kemenkes RI, 2011).

### **2.7.2 Nutrisi**

Pelaksanaan PMK akan mempromosikan pemberian ASI eksklusif, karena ibu menjadi lebih cepat tanggap bila bayi ingin menyusui, sehingga pemberian ASI akan lebih sering dan lama. Selain itu bau ASI yang berasal dari payudara ibu juga merangsang bayi untuk merasa lapar sehingga dia lebih sering menyusu dan berat badannya akan lebih cepat meningkat (Kemenkes RI, 2011).

### **2.7.3 Dukungan**

Dukungan dari petugas kesehatan sangat penting agar ibu mau memulai dan meneruskan PMK. Suami dan keluarga yang lain juga harus terus mendukung ibu untuk terus menjaga kontak kulit dengan bayinya, terutama apabila bayi dirawat di rumah (Kemenkes RI, 2011).

### **2.7.4 Pemulangan dan Pemantauan**

PMK dihentikan apabila bayi sudah mencapai berat 2.500 gram atau bayi sudah merasa tidak nyaman (rewel) saat digendong dalam posisi tersebut. Bagi bayi yang di rawat di Rumah Sakit, boleh diijinkan pulang sebelum beratnya mencapai 2.000 gram dengan catatan ada fasilitas kesehatan yang dapat memantau tumbuh-kembang dan dapat merujuk ke fasilitas yang lebih lengkap bila bayi menunjukkan tanda bahaya (Kemenkes RI, 2011).

## **2.8 Prognosis**

Kematian perinatal pada bayi berat badan lahir rendah 8 kali lebih besar dari bayi normal pada umur kehamilan yang sama. Prognosis akan lebih buruk lagi bila berat badan makin rendah. Angka kematian yang tinggi disebabkan oleh seringnya dijumpai kelainan komplikasi neonatal seperti asfiksia, aspirasi

pneumonia, perdarahan intra kranial dan hypoglikemia. Bila bayi ini selamat kadang-kadang dijumpai kerusakan pada syaraf dan akan terjadi gangguan bicara, IQ yang rendah dan gangguan lainnya (Mochtar, 1998).

BBLR dapat mengalami gangguan pertumbuhan baik secara fisik maupun mental, karena kekurangan gizi yang terjadi pada Trimester 1 kehamilan mempunyai kemungkinan untuk terjadi gangguan pada sistem syaraf pusat (Shanklin; Hodin, 1979). BBLR beresiko tinggi menderita penyakit kronis pada masa dewasa. Menurut Barker, janin yang kekurangan gizi sejak awal kehamilan berpeluang mendapat hemorrhagic stroke, dan janin yang kekurangan zat gizi pada akhir kehamilan beresiko menderita penyakit jantung koroner dan resistensi insulin. Resiko untuk terkena penyakit jantung koroner tetap tinggi meskipun mereka memiliki tubuh yang kurus, tidak merokok dan mempunyai kadar kolesterol yang rendah (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

Status gizi antar siklus kehidupan akan selalu saling terkait. Kekurangan gizi sejak janin masih dalam kandungan akan berlanjut, terutama bila janin itu adalah perempuan sampai dia mencapai usia remaja dan dewasa. Gizi kurang pada masih bayi dan anak-anak yang berlanjut pada masa remaja dan saat hamil akan berdampak pada kelahiran BBLR (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

Gambar 2.2 Gizi Dalam daur Kehidupan



Sumber : Buku Gizi Dan Kesehatan Masyarakat, 2010

## 2.9 Determinan Kesehatan Ibu

McCharty dan Maine (1992) dalam Harsono (2002) mengemukakan sebuah teori yang menjadi menggambarkan tentang bagaimana kematian ibu atau derajat kesehatan ibu dipengaruhi. Mereka membagi menjadi 3 determinan yaitu

determinan Proksi atau dekat (*proximate determinant*), determinan antara (*intermediate determinants*) dan determinan kontekstual (*kontekstual determinants*).

## **2.9.1 Determinan Proksi/Dekat (*Proximate Determinants*)**

### **2.9.1.1 Kejadian kehamilan**

Perempuan yang hamil memiliki risiko untuk mengalami komplikasi, sedangkan perempuan yang tidak hamil tidak memiliki risiko tersebut. Tanpa adanya kehamilan dan persalinan tidak akan terjadi kematian ibu dan bayi. Dengan demikian program Keluarga Berencana dapat secara tidak langsung mengurangi risiko kematian ibu (Febrina, 2009).

### **2.9.1.2 Komplikasi kehamilan dan persalinan**

Komplikasi pada kehamilan dan persalinan seperti perdarahan, infeksi dan eklampsia merupakan penyebab langsung terjadinya kematian ibu. Sedangkan pada bayi kejadian BBLR, asfiksia, Tetanus Neonatorum adalah hal-hal yang bisa menjadi penyebab kematian.

## **2.9.2 Deteminan Antara (*Intermediate Determinants*)**

### **2.9.2.1 Status kesehatan**

Faktor-faktor status kesehatan ibu seperti status gizi, penyakit infeksi atau parasit, penyakit menahun seperti TBC, penyakit jantung, ginjal dan riwayat komplikasi obstetri sangat mempengaruhi derajat kesehatan ibu. Siklus reproduksi kehamilan dan menyusui yang berulang-ulang pada seorang ibu dapat menyebabkan suatu masalah kekurangan gizi pada ibu yang disebut “*Maternal Depletion Syndrome*”. Kurang gizi yang dialami bisa berupa kekurangan zat gizi makro seperti kurang energi protein (KEP) ataupun zat gizi mikro seperti anemia, beri-beri, gondok (Febrina, 2009).

### **2.9.2.2 Status reproduksi**

Status reproduksi yang dianggap sangat berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan janin adalah umur ibu, paritas, jarak melahirkan dan status perkawinan. Ibu yang tidak menikah cenderung kurang memperhatikan kesehatan dirinya dan janin (Hastono, 2002).

### **2.9.2.3 Akses terhadap pelayanan kesehatan**

Dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan yang utama adalah ketersediaan dan keterjangkauan. Ketersediaan berkaitan dengan jumlah dan kualitas tenaga yang tersedia, sedangkan keterjangkauan dilihat dari segi jarak, waktu dan biaya.

### **2.9.2.4 Perilaku sehat**

Penggunaan alat kontrasepsi, pemilihan penolong persalinan, pemeriksaan kehamilan yang teratur turut menunjang tercapainya status kesehatan ibu yang optimal.

### **2.9.2.5 Faktor yang tidak diketahui**

Komplikasi selama hamil atau melahirkan dapat terjadi setiap saat. Beberapa keadaan tersebut terjadi pada saat melahirkan, misalnya kontraksi uterus yang tidak adekuat, ketuban pecah dini, dan persalinan lama. Pada janin misalnya gawat janin atau asfiksia (Febrina, 2009).

## **2.9.3 Determinan Kontekstual (*Kontekstual Determinants*)**

### **2.9.3.1 Status perempuan dalam keluarga dan masyarakat**

Faktor-faktor yang menentukan status perempuan antara lain tingkat pendidikan (Perempuan yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memperhatikan kesehatan diri dan keluarganya), pekerjaan (ibu yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi kesehatan), pemberdayaan perempuan (woman empowerment) yang memungkinkan perempuan lebih aktif dalam menentukan sikap dan lebih mandiri dalam memutuskan hal terbaik bagi dirinya, termasuk kesehatan atau kehamilannya. Semua variabel tersebut dapat menjadi faktor yang berpengaruh dalam mencegah kematian ibu (Hastono, 2002).

Pemberdayaan perempuan merupakan salah satu kata kunci dari keberhasilan upaya safe motherhood. Salah satu indikator dari pemberdayaan perempuan adalah tingkat pendidikan yang antara lain digambarkan dengan tingkat melek huruf (literacy rate). Angka melek huruf di beberapa negara adalah 40% di Afrika, 57% di Asia, 83% di Amerika latin dan Karibia, dan 95% di Negara maju. Semakin rendah

tingkat melek huruf suatu negara, yang dapat dipakai sebagai indikator ketidak berdayaan perempuan, biasanya semakin tinggi AKI (Febrina,2009).

### **2.9.3.2 Status keluarga dalam masyarakat**

Penghasilan keluarga, kekayaan keluarga, tingkat pendidikan dan status pekerjaan anggota keluarga juga mempengaruhi derajat kesehatan ibu (Hastono,2002).

### **2.9.3.3 Status masyarakat**

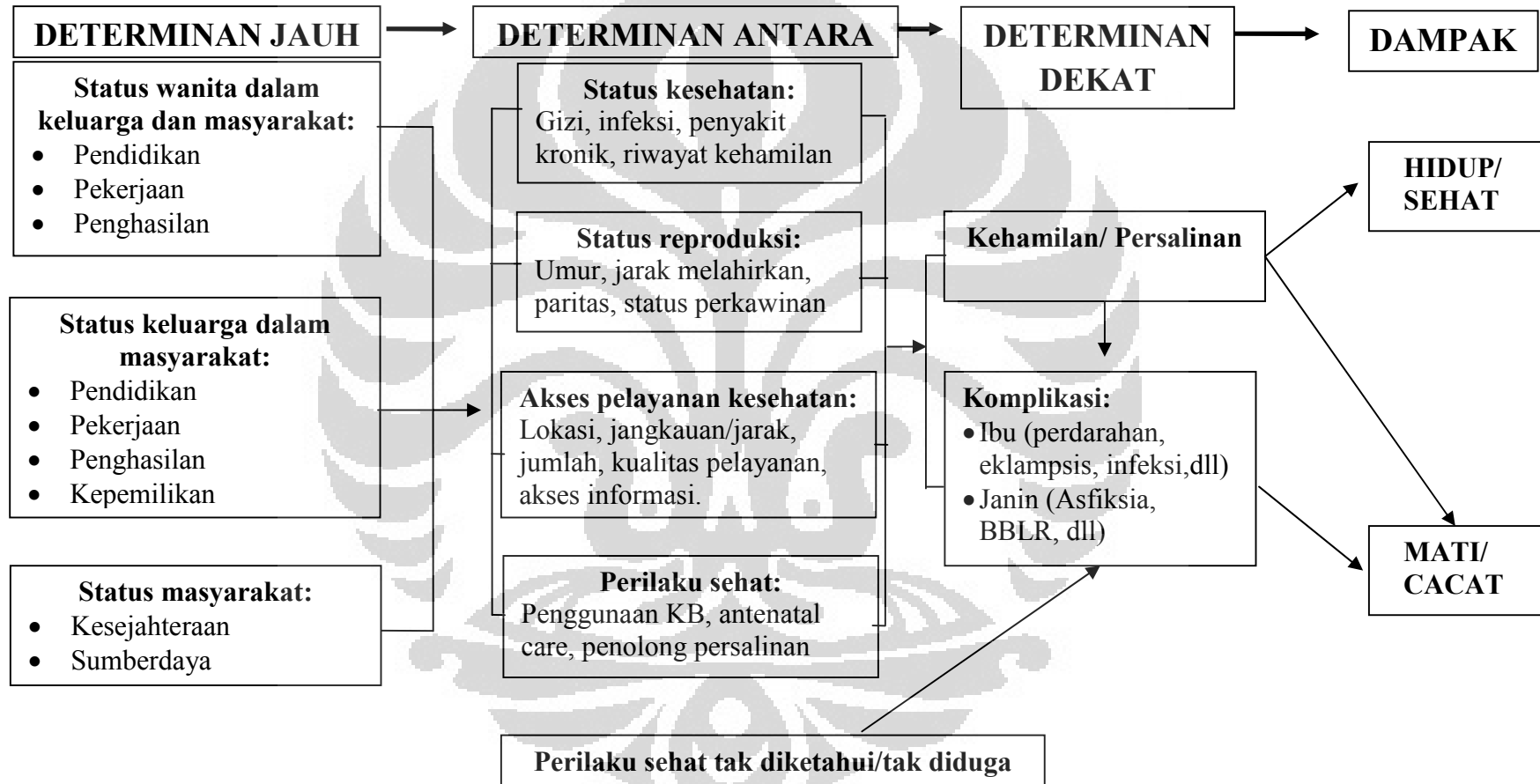
Yang termasuk dalam variabel ini antara lain tingkat kesejahteraan, ketersediaan sumber daya (misalnya jumlah tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia), serta ketersediaan dan kemudahan transportasi. Status masyarakat umumnya terkait pula pada tingkat kemakmuran suatu negara serta besarnya perhatian pemerintah terhadap masalah kesehatan. Hal ini dapat dipantau melalui persentasi dari anggaran pemerintah yang dialokasikan untuk sektor kesehatan (Febrina,2009).

## **2.10 Kerangka Teori**

Berdasarkan penelusuran literatur diketahui bahwa banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya kelahiran BBLR baik dari ibu, faktor kondisi kehamilan, faktor dari janin dan ada juga faktor lain yang sampai sekarang belum diketahui penyebabnya.

Kerangka teori dibuat berdasarkan determinan kesehatan ibu yang dibuat oleh McCharly dan Maine yang menyebutkan bahwa kematian ibu dan bayi disebabkan oleh determinan dekat seperti kehamilan dan persalinan serta komplikasi yang terjadi pada saat hamil dan melahirkan. Determinan antara seperti status kesehatan, status reproduksi, akses terhadap pelayanan kesehatan dan perilaku. Sedangkan untuk determinan jauh adalah status wanita dalam keluarga dan masyarakat, status keluarga dalam masyarakat dan status masyarakat itu sendiri. Ada juga hal-hal lain yang tidak dapat diprediksi atau diketahui sebelumnya. Untuk lebih ringkasnya, dibuatlah kerangka teori sebagai berikut :





Gambar 2.3 Kerangka Teori Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian BBLR  
Adopsi dari Determinan Kematian Ibu (McCharty dan Maine, 1992)

## BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

### 3.1 KERANGKA KONSEP

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya maka dapat diketahui ada beberapa faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Akan tetapi melihat dari tujuan penelitian yang ingin dicapai maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

Peneliti hanya akan meneliti tentang umur ibu, jarak melahirkan, paritas, ukuran LILA dan penambahan berat badan dengan kaitannya terhadap kejadian BBLR. Hal ini dikarenakan penelitian menggunakan data sekunder berupa kohort ibu sehingga data itulah yang tersedia. Untuk keadaan bayi juga bisa didapatkan dari register kohort, sedangkan data mengenai determinan jauh tidak bisa didapatkan dari data sekunder, harus dengan menggunakan data primer.

Dari segi akses pelayanan kesehatan dilihat dari segi lokasi dan jumlah tenaga yang tersedia diambil dari data Profil Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara.

### 3.2 DEFINISI OPERASIONAL

Tabel 3.1 Definisi operasional penelitian

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1.	BBLR	Bayi dengan berat lahir < 2500 gram yang tercatat pada kohort ibu yang dibagi menjadi resiko rendah bila berat lahir $\geq$ 2000 gram dan resiko tinggi jika berat lahir < 2000 gram (Kemenkes RI, 2011).	Kohort Ibu	Ceklist	1. BBLR resiko rendah. 2. BBLR resiko tinggi.	Ordinal
2.	Keadaan Bayi	Kondisi bayi yang tercatat dalam kohort ibu dibagi menjadi hidup apabila bayi tercatat dalam keadaan hidup dan mati bila catatan menunjukkan bayi meninggal.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Hidup. 2. Mati.	Ordinal
3.	Lokasi	Alamat tempat tinggal ibu dan bayi berdasarkan desa/kelurahan di wilayah Puskesmas Sungai Malang yang tercatat di kohort ibu.	Kohort Ibu	Ceklist	Nama desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sungai Malang.	Nominal
4.	Umur	Lama hidup ibu hamil sejak hamil sampai sekarang yang tercatat di register ibu dibagi menjadi kelompok tidak beresiko bila umur antara 20-35 tahun, dan resiko bila berumur < 20 tahun atau > 35 tahun.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Tidak beresiko 2. Resiko.	Ordinal
5.	Jarak melahirkan	Rentang waktu kelahiran anak terakhir dengan kehamilan sekarang yang tercatat di kohort ibu yang dibagi menjadi kategori tidak beresiko jika $\geq$ 2 tahun dan resiko jika < 2 tahun.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Tidak beresiko. 2. Resiko.	Ordinal

6.	Paritas	Jumlah anak yang sudah dilahirkan yang tercatat di kohort ibu yang dibagi menjadi primipara untuk kehamilan pertama, kehamilan kedua sampai ketiga dan ibu yang sudah hamil > 3 kali.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Primipara 2. Paritas ibu 2-3. 3. > 3 orang.	Ordinal
7.	Penambahan Berat Badan	Keadaan ibu dilihat dari selisih berat badan Trimister 1 dengan Trimister 3 yang tercatat pada kohort ibu terbagi menjadi kategori baik bila kenaikannya $\geq 10$ kg dan buruk apabila kenaikan berat badan ibu $< 10$ kg.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Baik. 2. Buruk.	Ordinal
8.	Ukuran LILA	Ukuran Lingkar Lengan Atas Ibu yang tercatat di kohort ibu digolongkan menjadi kategori baik bila ukuran LILA $\geq 23,5$ cm dan kurang apabila ukuran LILA $< 23,5$ cm.	Kohort Ibu	Ceklist	1. Baik. 2. Kurang.	Ordinal
9.	Kadar Hb	Ukuran kadar Hb ibu yang tercatat di kohort ibu digolongkan ke dalam keadaan tidak anemia apabila kadar Hb $> 11$ gr% dan anemia apabila kadar Hb ibu $\leq 11$ gr%.	Kohort Ibu	Ceklist	3. Tidak anemia. 4. Anemia.	Ordinal

## **BAB IV METODOLOGI PENELITIAN**

### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan desain penelitian *case study* (studi kasus), yaitu suatu pengamatan terhadap seseorang atau suatu unit dalam kurun waktu tertentu dalam hal ini adalah kejadian BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari distribusi frekwensi kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011.

### **4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Sungai Malang yang berlokasi di Kabupaten Hulu Sungai Utara pada bulan April sampai dengan Mei tahun 2012. Puskesmas Sungai Malang merupakan satu dari 12 Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Utara Propinsi Kalimantan Selatan.

### **4.3 Populasi dan Sampel**

#### **4.3.1 Populasi**

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah semua kelahiran BBLR di wilayah Puskesmas Sungai Malang yang tercatat di dalam kohort ibu tahun 2011. Berdasarkan data yang ada, jumlah kelahiran BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 adalah 50 orang.

#### **4.3.2 Sampel**

Metode pengambilan sampel yang dipakai adalah Total Populasi, jadi keseluruhan kasus BBLR yang ada akan dijadikan sampel dalam penelitian. Karena menggunakan data sekunder, kemungkinan akan ada data yang tidak lengkap dan itu merupakan salah satu kelemahan dalam penelitian ini.

#### **4.4 Pengumpulan Data**

Penelitian ini menggunakan data sekunder berupa Kohort ibu. Semua data yang berkaitan dengan kejadian BBLR seperti berat badan, lokasi dan keadaan bayi dikumpulkan menggunakan checklist. Demikian juga karakteristik ibu yang melahirkan BBLR yang terdiri dari umur, paritas, jarak melahirkan, ukuran LILA dan kenaikan berat badan juga diambil dari kohort ibu dengan menggunakan checklist. Pengumpulan data dibantu oleh para bidan Puskesmas dan bidan di desa Sungai Malang karena kohort ibu disimpan oleh para bidan di desa.

#### **4.5 Pengolahan Data**

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah mengolah data tersebut agar dihasilkan informasi yang benar. Adapun tahapan-tahapan dalam pengolahan data, adalah :

##### **4.5.1 Editing**

Proses editing bertujuan untuk mengecek apakah checklist sudah diisi dengan lengkap dan benar . Proses editing dilakukan tanpa menunggu keseluruhan checklist dari seluruh desa yang memiliki BBLR terkumpul. Sehingga apabila ada kesalahan atau kekurangan dapat segera diperbaiki.

##### **4.5.2 Coding**

Proses coding berupa pemberian kode numerik pada setiap jawaban yang berbentuk huruf atau mempunyai jenis katagorik. Hal ini bertujuan agar pada proses entry saat data dimasukkan ke sistem komputer, maka data tersebut akan bisa dibaca. Proses coding sudah dimulai sejak dari pembuatan kuesioner.

##### **4.5.2.1 BBLR**

Untuk variabel kejadian BBLR dilihat berdasarkan berat lahir bayi yang akan dikelompokkan menjadi 2(dua) kelompok yaitu bayi dengan berat lahir  $\geq 2000$  gram akan mendapatkan skor 1 (BBLR dengan resiko

rendah), bayi yang berat lahirnya tercatat  $< 2000$  diberi skor 2 (BBLR resiko tinggi).

#### **4.5.2.2 Lokasi**

Lokasi ditentukan berdasarkan alamat tempat tinggal yang tercatat di kohort ibu dan dikelompokkan menjadi desa/kelurahan yang berada di wilayah Puskesmas Sungai Malang sebanyak 20 desa/kelurahan tanpa dilakukan coding.

#### **4.5.2.3 Keadaan Bayi**

Keadaan bayi dilihat berdasarkan kondisi terakhir bayi yang tercatat di kohort ibu dan dibagi menjadi dua (2) kelompok yaitu hidup, apabila bayi dinyatakan dalam keadaan hidup dan diberi skor 1, sedang bayi yang tercatat sudah meninggal diberi skor 2.

#### **4.5.2.4 Umur**

Umur ibu bisa dilihat pada kolom umur yang kemudian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok resiko dan kelompok tidak beresiko. Kelompok umur dengan skor 1 (tidak beresiko) untuk ibu yang memiliki umur antara 20 - 35 tahun dan skor 2 (beresiko) bagi ibu yang usianya  $< 20$  tahun atau  $> 35$  tahun.

#### **4.5.2.5 Paritas**

Paritas ibu dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu skor 1 bagi ibu yang baru pertama kali hamil, skor 2 bagi ibu dengan paritas 2-3 dan skor 3 untuk ibu dengan paritas  $> 3$ .

#### **4.5.2.6 Jarak Melahirkan**

Variabel jarak melahirkan juga dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu kelompok resiko dan kelompok tidak beresiko. Skor 2 (resiko) diberikan untuk ibu yang jarak melahirkannya  $\geq 2$  tahun, sedangkan bagi ibu dengan jarak melahirkan  $< 2$  tahun diberi skor 1 (tidak beresiko).

#### **4.5.2.7 Ukuran LILA**

Ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) ibu dibagi menjadi kelompok baik dengan skor 1 apabila ukuran LILA  $\geq 23,5$  cm dan kurang apabila ukuran LILA ibu  $< 23,5$  cm.

#### **4.5.2.8 Kenaikan berat badan**

Kenaikan berat badan dilihat dari selisih antara berat badan ibu pada Trimaster 1 dan berat badan ibu pada Trimaster 3. Untuk kenaikan berat badan  $\geq 10$  kg dikategorikan baik, sedangkan kenaikan berat badan  $< 10$  kg dikategorikan buruk.

#### **4.5.2.9 Kadar Hb**

Kadar Hb ibu menunjukkan status anemia, tercatat di kohort ibu yang kemudian digolongkan menjadi anemia apabila kadar Hb ibu  $\leq 11$  gr% dan tidak anemia apabila kadar Hb ibu  $> 11$  gr%.

#### **4.5.3 Entry data**

Setelah proses coding selesai, selanjutnya dilakukan proses entry data. Proses entry data adalah memasukkan semua data yang didapat dari hasil pengisian checklist ke dalam program komputer untuk bisa diolah menjadi informasi yang dibutuhkan.

#### **4.5.4 Cleaning**

Cleaning yaitu memeriksa kembali data yang sudah dimasukkan ke dalam komputer untuk mengetahui apakah ada kesalahan pada saat proses entry data. Misalnya saja salah pemberian kode, data tidak diisi lengkap atau tidak terbaca oleh komputer. Apabila ada kesalahan maka data yang ada akan diperbaiki sehingga tidak mengganggu proses analisa data.

#### **4.6 Analisa Data**

Analisa dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi dengan cara membuat tabel frekuensi dari tiap variabel dalam penelitian ini. Selanjutnya dilakukan analisa dan pembahasan lebih lanjut.



## **BAB V HASIL PENELITIAN**

### **5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian gambaran kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan karakteristik ibu dilakukan pada bulan April 2012. Pengambilan data dari kohort ibu dilakukan oleh para bidan di desa dengan menggunakan ceklist yang sudah dibuat oleh peneliti. Ceklist tersebut kemudian dikumpulkan oleh bidan Puskesmas yang bertanggungjawab terhadap program kesehatan anak. Setelah semua ceklist dari bidan di desa terkumpul baru diserahkan kepada peneliti untuk proses lebih lanjut.

Karena menggunakan data sekunder, penelitian ini sangat tergantung kepada data yang sudah tersedia. Sehingga variabel dalam penelitian juga disesuaikan dengan data yang tersedia, selain itu data yang tidak lengkap juga menjadi kekurangan dalam penelitian ini. Berdasarkan Profil kesehatan Keluarga Dinas Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 ditemukan bahwa kelahiran BBLR di Puskesmas Sungai Malang berjumlah 50 orang tetapi ternyata hasil dari kohort ibu hanya ditemukan 44 orang bayi yang lahir dengan berat < 2.500 gram.

Setelah dianalisa lebih lanjut ternyata tidak semua variabel yang diteliti tersedia datanya secara lengkap, untuk karakteristik ibu yang terdiri dari umur dan paritas hanya ada 42 orang ibu, jarak melahirkan hanya ditemukan data sebanyak 17 orang. Sedangkan data mengenai ukuran LILA ibu ada 40 orang, penambahan berat badan ada 28 orang ibu dan kadar Hb ibu hanya diketahui dari 13 orang ibu.

### **5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

#### **5.2.1 Keadaan Geografis Dan Demografi**

Kabupaten Hulu Sungai Utara dengan ibukotanya Amuntai adalah salah satu dari 13 Kabupaten/Kota yang terletak di Propinsi Kalimantan Selatan. Batas wilayah Kabupaten Hulu Sungai Utara adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Batas wilayah Kabupaten Hulu Sungai Utara

Utara	Provinsi Kalimantan Tengah dan Kabupaten Tabalong
Selatan	Kabupaten Hulu Sungai Tengah
Barat	Provinsi Kalimantan Tengah
Timur	Kabupaten Balangan

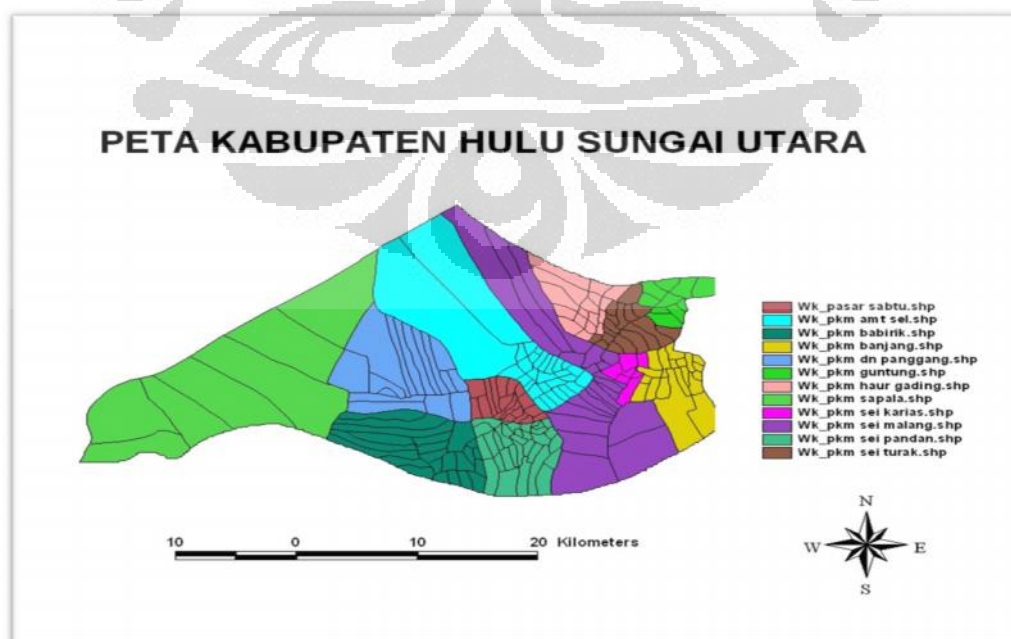
Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011.

Secara umum kabupaten Hulu Sungai Utara terletak pada koordinat 2' sampai 3' Lintang Selatan dan 115' sampai 116' Bujur Timur dengan ketinggian berkisar antara 0 m sampai dengan 7 m di atas permukaan air laut dan dengan kemiringan berkisar antara 0 persen sampai dengan 2 persen. Tipologi wilayahnya merupakan dataran rendah dan 80 % berupa rawa.

Kabupaten HSU memiliki luas wilayah 892,7 km<sup>2</sup> atau 2,38% dari luas provinsi Kalimantan Selatan dan berpenduduk sebanyak 209.037 jiwa (hasil Sensus Penduduk Indonesia 2010) yang tersebar di 10 Kecamatan dan 219 desa. Puskesmas Sungai Malang merupakan satu dari dua (2) Puskesmas yang berada di ibukota Kabupaten dengan jumlah desa sebanyak 21.

Masyarakat Kabupaten HSU adalah masyarakat Agraris karena 41,42 % bekerja di sektor pertanian, sektor lainnya adalah perdagangan (19,74%), jasa (5,08 %) dan lain-lain.

Gambar 5.1 Peta Kabupaten Hulu Sungai Utara



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

Puskesmas Sungai Malang berada di ibukota kabupaten memiliki wilayah kerja yang cukup luas dibandingkan 11 Puskesmas lainnya dengan jumlah penduduk terbanyak.

Tabel 5.2 tabel jumlah penduduk di Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011

No	Puskesmas	Jumlah Penduduk
1.	Sungai Karias	17.126
2.	Sungai Malang	31.214
3.	Sungai Turak	14.907
4.	Haur Gading	14.840
5.	Guntung	5.690
6.	Amuntai Selatan	27.121
7.	Babirik	19.453
8.	Danau Panggang	21.932
9.	Paminggir	7.726
10.	Alabio	26.553
11.	Pasar Sabtu	14.733
12.	Banjang	15.358
Kabupaten		216.653

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

Kabupaten Hulu Sungai Utara membagi desanya menjadi 3 kriteria yaitu desa biasa, desa terpencil dan desa sangat terpencil. Tidak semua Puskesmas membawahi semua kriteria desa itu, yang dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 5.3 tabel jumlah desa di Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011

NO	PUSKESMAS	JUMLAH DESA			TOTAL
		BIASA	TERPENCIL	SANGAT TERPENCIL	
1.	Sungai Karias	8	0	0	8
2.	Sungai Malang	18	1	2	21
3.	Sungai Turak	13	2	1	16
4.	Guntung	8	0	2	10
5.	Haur Gading	13	1	4	18
6.	Amuntai Selatan	25	3	2	30
7.	Babirik	16	4	3	23
8.	Danau Panggang	12	2	2	16
9.	Sapala	0	0	7	7
10.	Alabio	28	2	3	33
11.	Pasar Sabtu	14	1	2	17
12.	Banjang	16	0	4	20
JUMLAH		171	16	32	219

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

Selain mempunyai jumlah penduduk terbanyak dibandingkan Puskesmas yang lain, Puskesmas Sungai Malang juga mempunyai wilayah kerja yang beragam. Puskesmas ini mempunyai wilayah perkotaan berupa kelurahan, kemudian ada juga desa terpencil dan desa sangat terpencil yang dari segi akses masih sulit untuk ditempuh.

### 5.2.2 Sumber Daya Kesehatan

Dalam setiap pelayanan kesehatan, unsur sumber daya memegang peranan yang cukup penting. Berikut ini dipaparkan tentang jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 kemarin.

Tabel 5.4 jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH
1.	Dokter Umum	2
2.	Dokter Gigi	1
3.	Perawat	13
4.	Bidan Puskesmas	4
5.	Bidan Di Desa	11
6.	Petugas Gizi	3
7.	Kesehatan Masyarakat	1

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

Dilihat dari segi ketenagaan sebenarnya sudah cukup banyak tapi untuk jumlah bidan di desa masih belum sesuai harapan setiap desa memiliki satu orang bidan dan untuk desa dengan kriteria sangat terpencil sama sekali belum ada yang bertugas di daerah itu.

Tabel 5.5 jumlah Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011

NO	JENIS UKBM	JUMLAH
1.	Desa Siaga	21
2.	Desa Siaga Aktif	3
3.	Poskesdes	4
4.	Posyandu	22

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011

Dilihat dari data di atas dapat diketahui bahwa jumlah desa siaga aktif (14 %) dan jumlah Poskesdes (19 %) di Puskesmas Sungai Malang masih sangat minim jika dibandingkan dengan jumlah desa yang ada.

### 5.3 Gambaran Umum Hasil Penelitian

Sebelum masuk kepada hasil penelitian berdasarkan variabel yang sudah dikelompokkan sesuai dengan definisi operasional akan disajikan hasil penelitian secara umum yang bisa dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 5.6 gambaran hasil penelitian secara umum

	Jumlah Sampel	Minimal	Maksimal	Rata-rata	Standar Deviasi
Berat Lahir	44	800	2400	1865	436,659
Umur	42	17	40	25,48	5,645
Paritas	42	1	6	1,86	1,117
Jarak Lahir	17	0,5	8,0	3,61	2,2505
Penambahan Berat Badan	28	5	12	8,161	1,9770
Ukuran LILA	40	21	29	23,25	1,4889
Kadar Hb	13	10,0	12,2	10,98	0,6989

Tabel di atas menunjukkan bahwa untuk rata-rata berat lahir bayi adalah 1.946 gram dengan berat minimal 800 gram. Umur ibu yang paling muda adalah 17 tahun dan yang tertua adalah 40 tahun, paritas tertinggi adalah 6 dan jarak lahir yang terpendek adalah 0,5 tahun.

Untuk status gizi berdasarkan penambahan berat badan didapatkan hasil bahwa penambahan berat minimal adalah 3 kg dan yang tertinggi adalah 14 kg dengan rata-rata 8,41 kg. Ukuran LILA rata-rata 23,16 cm dengan ukuran terendah 19 cm dan yang tertinggi yaitu 29 cm. Kadar Hb ibu berada pada kisaran 10,0 gr% sampai 12,2 gr%.

#### 5.4 Frekuensi Kejadian BBLR

BBLR dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan berat badan lahirnya, yaitu BBLR resiko rendah ( $\geq 2.000$  gram) dan BBLR resiko tinggi ( $< 2.000$  gram). Untuk lebih jelasnya penyebaran distribusi frekwensi pengelompokan BBLR dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.7 Frekuensi kategori BBLR di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Kategori	Frekwensi	%
BBLR Resiko Rendah	23 orang	52,3
BBLR Resiko Tinggi	21 orang	47,7
Total	44 orang	100,0

Tabel di atas menunjukkan bahwa BBLR kelompok resiko tinggi dengan berat lahirnya  $< 2000$  gram di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 cukup tinggi yaitu 47,7 %, hampir separuh dari total jumlah BBLR yang ada.

#### 5.5 Keadaan BBLR

Berikut ini adalah tabel frekwensi keadaan BBLR di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011.

Tabel 5.8 Frekuensi BBLR berdasarkan keadaan bayi Di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Keadaan Bayi	Frekwensi	%
Hidup	32 orang	72,7
Mati	12 orang	27,3
Total	50 orang	100

Tabel tersebut menunjukkan sebagian besar BBLR (72,7 %) di wilayah Puskesmas Sungai Malang mampu bertahan hidup sampai berusia 1 bulan. Walaupun sebagian kecil BBLR yang meninggal sebelum mencapai usia 1 bulan.

## 5.6 Distribusi Lokasi Kejadian BBLR

Di bawah ini adalah distribusi lokasi tempat tinggal BBLR di wilayah Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 :

Tabel 5.9 Frekuensi kejadian BBLR Berdasarkan lokasi di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Lokasi	Frekwensi	%
Sungai Malang	7 orang	15,91
Tigarun	2 orang	4,55
Sungai Baring	1 orang	2,77
Harus	1 orang	2,77
Paliwara	4 orang	9,09
Palampitan Hulu	3 orang	6,82
Palampitan Hilir	4 orang	9,09
Kambang Kuning	1 orang	2,77
Pasar Senin	4 orang	9,09
Kandang Halang	3 orang	6,82
Rantawan	4 orang	9,09
Muara Tapus	4 orang	9,09
Pinang Kara	3 orang	6,82
Tapus	1 orang	2,77
Pinang Habang	1 orang	2,77
Danau Cermin	1 orang	2,77
Total	44 orang	100

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa kejadian BBLR tersebar di 16 desa di wilayah Puskesmas Sungai Malang, yang artinya ada 5 desa yang tidak ada kejadian BBLR. BBLR paling banyak ditemukan di Kelurahan Sungai Malang yaitu sebanyak 7 orang (15,91 %).

## 5.7 Karakteristik Ibu Yang Melahirkan BBLR

Untuk karakteristik ibu yang melahirkan BBLR dilihat dari umur, paritas, jarak melahirkan, ukuran LILA dan penambahan berat badan diuraikan satu persatu.

### 5.7.1 Distribusi Umur Ibu Yang Melahirkan BBLR

Berikut ini adalah distribusi frekwensi umur ibu yang melahirkan BBLR di wilayah Puskesmas Sungai Malang tahun 2011.

Tabel 5.10 Distribusi kelompok umur ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Kelompok Umur	Frekwensi	%
Tidak Beresiko	35 orang	83,3
Resiko	7 orang	16,7
Total	48 orang	100

Sebagian besar (83,3 %) ibu yang melahirkan BBLR di wilayah Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 berada pada kelompok tidak beresiko, yaitu kisaran umur antara 20 – 35 tahun.

### 5.7.2 Distribusi Paritas Ibu Yang Melahirkan BBLR

Distribusi paritas ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 ditunjukkan

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi paritas ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011

Paritas	Frekwensi	%
1	20 orang	47,6
2– 3	18 orang	42,9
> 3	4 orang	9,5
Total	48 orang	100,0



Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang primipara (baru pertama kali melahirkan) mempunyai presentasi tertinggi sebesar 47,6 % hampir berimbang dengan ibu yang paritasnya 2-3 (42,9 %).

### 5.7.3 Distribusi Jarak Melahirkan Ibu Yang Melahirkan BBLR

Tabel berikut memperlihatkan tentang distribusi frekwensi jarak melahirkan ibu dengan BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011:

Tabel 5.12 Distribusi frekuensi jarak melahirkan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Jarak Melahirkan	Frekwensi	%
Tidak Beresiko	14 orang	63,6
Resiko	8 orang	36,4
Total	22 orang	100,0

Dari tabel di atas diketahui bahwa dari 22 orang ada sebagian kecil (24 %) yang jarak melahirkannya < 2 tahun.

### 5.7.4 Distribusi Ukuran LILA Ibu Yang Melahirkan BBLR

Hasil penelitian yang menggambarkan distribusi ukuran LILA ibu-ibu yang melahirkan BBLR dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.13 Distribusi frekuensi ukuran LILA ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Tahun 2011

Ukuran LILA	Frekwensi	%
Baik	20 orang	50,0
Kurang	20 orang	50,0
Total	40 orang	100,0

Ukuran LILA ibu yang diketahui sebanyak 40 orang, artinya ada 4 orang yang tidak tercatat ukuran LILANYA. Persentasi ibu dengan ukuran LILA baik berimbang dengan ibu yang memiliki ukuran LILA kurang.

### 5.7.5 Distribusi Penambahan Berat Badan Ibu Yang Melahirkan BBLR

Data tentang penambahan berat badan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang untuk tahun 2011 dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 5.14 Distribusi penambahan Berat Badan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Penambahan Berat Badan	Frekwensi	%
Baik	8 orang	28,6
Buruk	20 orang	71,4
Total	28 orang	100,0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar penambahan berat badan ibu yang melahirkan BBLR selama hamil berada dalam kategori buruk.

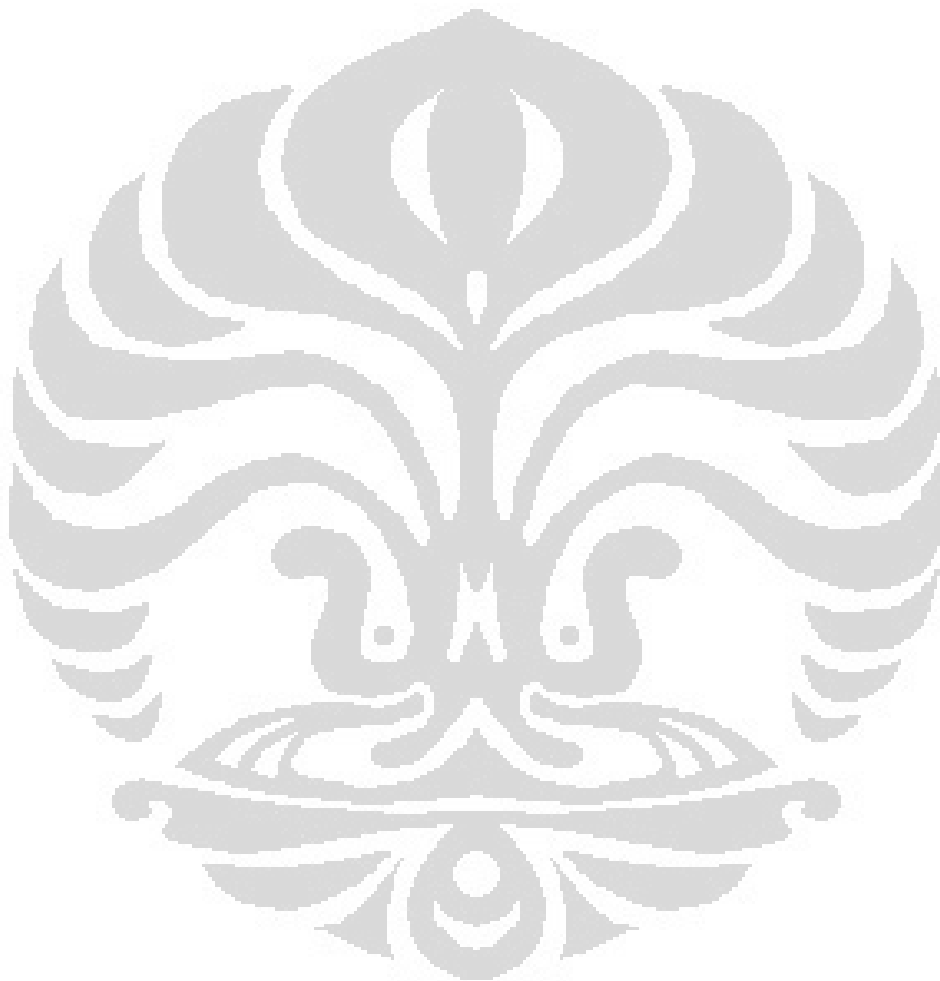
### 5.7.6 Distribusi Kadar Hb Ibu Yang Melahirkan BBLR

Selanjutnya, tabel di bawah ini menyajikan data tentang penambahan berat badan ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang untuk tahun 2011.

Tabel 5.15 Distribusi kadar Hb ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011

Penambahan Berat Badan	Frekwensi	%
Tidak Anemia	6 orang	34,3
Anemia	7 orang	65,7
Total	13 orang	100,0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa lebih dari separuh penambahan berat badan ibu yang melahirkan BBLR selama hamil berada dalam kategori buruk.



## **BAB VI PEMBAHASAN HASIL**

### **6.1 Frekuensi BBLR**

Frekuensi kejadian BBLR di Puskesmas Sungai dari data yang ditemukan dalam Profil Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara tahun 2011 terdapat perbedaan antara format laporan kelahiran yang berjumlah 50 orang dan dari cakupan BBLR ditemukan sebanyak 52 kasus. Setelah dilakukan pengumpulan data yang berasal dari kohort ibu hanya ditemukan sebanyak 44 bayi yang lahir dengan berat < 2.500 gram.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ada sebanyak 47,7 % BBLR yang berada dalam kategori resiko tinggi dengan berat lahir < 2.000 gram. BBLR dengan berat < 2.000 gram cenderung mudah mengalami komplikasi seperti hipotermi, masalah pemberian minum, gangguan nafas juga infeksi (Kemenkes RI, 2011). Semakin kecil berat lahir bayi semakin besar tinggi kemungkinannya mengalami komplikasi dan semakin buruk prognosisnya (Mochtar, 1998).

Bayi dengan berat lahir < 2.000 gram walaupun tanpa penyulit tidak boleh dirawat di rumah oleh bidan di desa tapi harus di rujuk ke Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2011). Oleh sebab itu penanganan BBLR dan perencanaan penurunan kesakitan dan kematian bayi akibat BBLR juga harus melibatkan pihak RS untuk menangani BBLR dengan kelompok ini.

Bayi dengan berat lahir < 2.000 gram dan bayi dengan berat > 2.000 gram tapi mengalami komplikasi seperti gangguan nafas, gangguan pemberian minum, hipotermi, dan komplikasi lainnya harus mendapatkan perawatan di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Fasilitas tersebut diharapkan mempunyai peralatan yang memadai seperti inkubator dan tenaga yang terampil baik perawat maupun bidan dan di bawah pengawasan dokter ahli.

Di RSUD Pambalah Batung Amuntai, satu-satunya Rumah Sakit yang ada di Kabupaten Hulu Sungai Utara sampai saat ini belum mempunyai ruangan khusus untuk bayi. Selama ini bayi yang lahir di rujuk ke Rumah Sakit akan ditempatkan di Ruang Anak dengan perawat yang bertugas di ruangan tersebut.

RS tersebut mempunyai 1 orang dokter spesialis anak dengan fasilitas 2 buah inkubator.

Sejak tahun 2007, Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara sudah melaksanakan pelatihan manajemen BBLR kepada para bidan dengan tujuan untuk menekan kematian bayi yang disebabkan oleh BBLR. Di Puskesmas Sungai Malang sendiri sudah ada 8 orang bidan yang dilatih manajemen BBLR, oleh sebab itu BBLR yang memenuhi kriteria untuk dirawat di rumah dengan PMK dapat dilakukan dengan pengawasan dari bidan. Sedangkan bidan di RSUD Pambalah Batung yang sudah dilatih Manajemen BBLR sampai saat ini baru berjumlah 2 orang.

Melihat hampir 50% proporsi BBLR berada pada kelompok yang bukan menjadi wewenang bidan untuk melakukan perawatan, maka petugas di RS juga harus ditingkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam perawatan BBLR, juga fasilitas yang tersedia harus lebih ditingkatkan.

## **6.2 Keadaan BBLR**

Masa neonatal merupakan masa yang rentan untuk terjadinya kematian bayi. 78% kematian bayi terjadi pada masa neonatal dini yaitu umur 0-7 hari. Sebagian besar BBLR < 2.000 gram meninggal pada masa neonatal (Kemenkes RI, 2011). Kematian BBLR seringkali disebabkan komplikasi seperti asfiksia, infeksi, hipotermia, hiperbilirubinemia masih tinggi. Hasil penelitian di Puskesmas Sungai Malang menunjukkan bahwa 72,7 % BBLR berhasil bertahan sampai usia 1 bulan padahal 47,7 % mempunyai berat lahir < 2.000 gram yang lebih rentan untuk mengalami berbagai masalah kesehatan.

Penyebab dari kematian BBLR yang terjadi di Puskesmas Sungai Malang belum diketahui secara pasti karena tidak dilakukan penelitian. Dengan penelusuran melalui otopsi verbal kematian neonatal, penyebab kematian bayi dapat diketahui dengan lebih jelas untuk kemudian dilakukan analisa lebih lanjut sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan dan penanganan yang lebih baik.

Dengan penanganan dan perawatan yang lebih baik diharapkan jumlah kematian dapat diturunkan. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan merupakan upaya strategi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

dalam upaya menurunkan angka kematian bayi termasuk yang disebabkan oleh BBLR. Itulah sebabnya Dinas Kesehatan kabupaten Hulu Sungai Utara dengan Seksi Kesehatan Keluarga sebagai pelaksana secara rutin melaksanakan pelatihan manajemen BBLR sejak tahun 2007. Ditargetkan pada akhirnya seluruh bidan akan terampil menangani kasus BBLR karena bidan terutama bidan di desa sebagai ujung tombak pelayanan yang seringkali menjumpai kasus BBLR untuk pertamakali.

Dengan memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai sesuai dengan kompetensi dan fasilitas yang tersedia, maka para bidan diharapkan dapat menangani kasus BBLR dengan baik dan benar, serta dapat menyebarkan pengetahuannya kepada keluarga mengenai penanganan BBLR menggunakan cara yang mudah dan sederhana dengan melaksanakan Perawatan Metode Kanguru.

Departemen Kesehatan RI dan Unit Kerja Kelompok Perinatologi Ikatan Dokter Anak Indonesia (UKK Perinatologi IDAI) meyakini bahwa dengan menggunakan langkah-langkah manajemen BBLR, para bidan akan mampu dan berhasil menangani kasus BBLR.

Bagi BBLR yang memenuhi kriteria untuk dapat dilakukan perawatan di rumah dengan pengawasan oleh bidan di desa yang sudah dilatih manajemen BBLR bisa dilakukan Perawatan Metode Kanguru. Bagi bayi yang memang harus dirujuk untuk mendapat perawatan lebih lanjut, perlu kerjasama dengan RS agar langkah-langkah perawatan BBLR yang sesuai standar. Karena menurut wawancara dengan beberapa orang bidan yang pernah merujuk BBLR ke RS merasa kecewa karena penanganan yang dilakukan oleh petugas RS tidak sesuai dengan langkah pelatihan yang diterima oleh bidan. Contohnya adalah dalam hal menjada suhu tubuh BBLR agar tidak mengalami hipotermi, petugas RS membiarkan bayi kehilangan suhu tubuh saat mengukur berat badan dan panjang badan. Ini membuktikan bahwa Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit harus menyamakan persepsi tentang standar perawatan BBLR.

Selain melibatkan pihak RS dan menggalakkan PMK di masyarakat juga perlu upaya lain. Berdasarkan profil Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara didapatkan bahwa 56,44% ibu bersalin di wilayah Puskesmas Sungai Malang memilih tempat persalinan di rumah sendiri hanya

23,73% yang melahirkan di RS. Untuk menurunkan kematian ibu dan bayi, Kemenkes RI mengharapkan seluruh persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Oleh sebab itu sejak awal kehamilan, setiap ibu hamil perlu dimotivasi melalui konseling untuk melahirkan di fasilitas kesehatan seperti Poskesdes, Puskesmas dan RS terutama bagi ibu hamil dengan resiko tinggi. Sehingga setiap komplikasi akan bisa ditangani secara sepat dan tepat.

### 6.3 Lokasi BBLR

Dari 17 Kelurahan dan Desa yang memiliki kejadian BBLR di wilayah Puskesmas Sungai Malang tahun 2011 kemarin yang tertinggi (15,91 %) berasal dari Kelurahan Sungai Malang. Salah satu penyebabnya karena memang jumlah penduduk dan sasaran bayi di tempat itu adalah yang tertinggi untuk Puskesmas Sungai Malang. Kelurahan Sungai Malang merupakan ibukota Kecamatan Amuntai Tengah dan Kecamatan ini juga adalah ibukota Kabupaten Hulu Sungai Utara. Desa Pinang Kara yang merupakan salah satu desa sangat terpencil menduduki urutan ketiga lokasi dengan kejadian BBLR tertinggi di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011.

Untuk lokasi yang tidak ada kejadian BBLR di tahun 2011 salah satunya adalah Desa Mawar Sari yang merupakan desa dengan kriteria sangat terpencil. Kedua desa dengan kriteria sangat terpencil tersebut tidak memiliki bidan di desa, sehingga untuk pemeriksaan ibu hamil dilakukan hanya pada saat kegiatan Posyandu atau datang ke bidan yang terdekat. Demikian juga untuk pertolongan persalinan harus memanggil bidan yang terdekat dengan desa itu.

Sesuai dengan strategi utama penurunan AKB yaitu meningkatkan akses pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Hulu Sungai Utara harus memikirkan cara untuk menempatkan petugas kesehatan di kedua desa itu. Karena kedua desa sangat terpencil itu memiliki kendala hal transportasi. Selain Perawatan Metode Kanguru (PMK) juga merupakan salah satu alternatif yang bisa dilaksanakan apabila bayi tersebut memenuhi kriteria untuk dirawat di rumah.

Dua dari tiga (3) pesan kunci *Making Pregnancy Safer* adalah setiap persalinan harus ditolong tenaga kesehatan terlatih dan setiap komplikasi harus mendapatkan penanganan secara adekuat. Pertolongan persalinan yang dilakukan

di fasilitas kesehatan juga dapat dijadikan salah satu alternatif untuk memenuhi pesan kunci MPS. Untuk memacu agar ibu memilih bersalin di fasilitas kesehatan harus dilakukan sejak usia kehamilan dengan konseling terus menerus. Ibu dengan faktor resiko, apalagi ibu dengan resiko tinggi diharuskan melahirkan di fasilitas kesehatan sehingga saat ditemukan komplikasi yang tidak diduga sebelumnya akan dapat ditangani secara tepat dan cepat.

Kementerian Kesehatan RI dalam upaya mendorong penurunan kematian bayi dengan menggulirkan Jampersal (Jaminan Persalinan) bagi ibu yang tidak memiliki jaminan kesehatan seperti ASKES dan Jamkesmas/Jamkesda. Jampersal mendorong agar setiap ibu bersalin ditolong oleh petugas kesehatan terampil, selain itu juga untuk meningkatkan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan. Seorang ibu yang sudah memutuskan untuk bersalin di fasilitas kesehatan, dan sejak awal sudah diberitahu tentang tanda-tanda persalinan akan segera pergi ke fasilitas kesehatan saat merasakan dimulainya persalinan atau tanda bahaya dalam kehamilannya. Dengan hal ini, faktor lokasi tidak akan menjadi masalah saat terjadi komplikasi dan diperlukan rujukan secara cepat.

#### **6.4 Karakteristik Ibu**

Berdasarkan data Riskesdas 2010, masih banyak ibu hamil di Indonesia dengan faktor resiko 4 Terlalu. Sekitar 60 % ibu hamil diketahui memiliki satu atau lebih dari kondisi 4 Terlalu yaitu terlalu muda ( $< 20$  tahun), terlalu tua ( $> 35$  tahun), terlalu banyak dan terlalu dekat. Semua kondisi itu merupakan faktor yang dianggap berkontribusi terhadap terjadinya BBLR (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian terhadap ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang membuktikan bahwa kondisi tersebut memang masih ada di lapangan. Hal ini sesuai dengan profil Kesehatan keluarga Dinas Kesehatan kabupaten Hulu Sungai Utara yang mengatakan bahwa 2,1% pasangan usia subur (PUS) di wilayah kerja Puskesmas Sungai Malang memiliki kondisi 4 terlalu.

Menurut Manuaba (1998), salah satu cara untuk mencegah kejadian BBLR adalah dengan meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi kepada PUS. Sasaran pelayanan KB salah satunya adalah untuk menurunkan 4 Terlalu (Kemenkes, 2008). KB juga merupakan salah satu pesan kunci dalam MPS, yaitu



setiap Wanita Usia Subur harus mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan.

Di Puskesmas Sungai Malang didapatkan data bahwa cakupan KB pasca nifas hanya sebesar 14,55% padahal cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah mencapai 94% dari keseluruhan ibu bersalin dan kunjungan nifas lengkap sebesar 80,8%. Seharusnya kesempatan itu bisa digunakan untuk memberikan konseling pada ibu agar menggunakan metode kontrasepsi saat masih berada dalam masa nifas. Konseling juga sudah harus dilakukan sejak masa kehamilan sesuai dengan isi amanat persalinan yang terdapat di Buku KIA.

Kegiatan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) dilaksanakan secara terpadu dengan semua program yang terkait kesehatan reproduksi seperti pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pencegahan & Penanggulangan PMS/HIV/AIDS (Kemenkes RI, 2008). Kegiatan KIE dilakukan baik secara masal (penyuluhan) maupun perorangan (konseling) melalui berbagai media (tatap muka, media tertulis, elektronik, tradisional dll) dan jalur (formal, informal, institusional, dll) sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada (Kemenkes RI, 2008).

Dari hasil penelitian didapatkan primipara ternyata merupakan paritas yang tertinggi dalam melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang. Hal ini patut menjadi perhatian khusus karena ibu yang melahirkan BBLR cenderung akan melahirkan bayi dengan berat lahir lebih rendah dari berat lahir anak sebelumnya (Institute of Medicine, 1985; Kemenkes RI, 2011). Apabila seorang ibu yang baru pertama kali hamil sudah melahirkan BBLR dikhawatirkan beberapa tahun mendatang kasus BBLR akan semakin meningkat.

Hal tersebut diduga berkaitan dengan keadaan gizi ibu yang bersangkutan. Karena dari hasil penelitian mengenai ukuran LILA, penambahan berat badan dan kadar Hb ibu menunjukkan bahwa banyak ibu dengan status gizi kurang. Oleh sebab itu peningkatan status gizi ibu di Puskesmas Sungai Malang harus lebih diperhatikan. Karena dari hasil penelitian ditemukan ibu hamil yang penambahan berat badannya hanya sebesar 5 kg, sedangkan perhitungan dari berat plasenta, berat janin, cairan ketuban mencapai 4,2 kg (Departemen Gizi FKM UI, 2010) dengan rata-rata penambahan berat badan ibu hamil hanya berkisar pada

angka 8 kg. Demikian juga dengan kadar Hb ibu karena ternyata separuh dari ibu yang melahirkan BBLR menderita anemia.

Status gizi ibu sangat berpengaruh terhadap status gizi bayi karena selama hamil bayi mendapatkan nutrisi dari ibu melalui placenta. Karena kekurangan gizi pada ibu hamil bisa mengakibatkan berbagai komplikasi pada ibu dan janin selain BBLR misalnya saja kelahiran prematur, abortus dan kecacatan pada janin (Manuaba, 1998). Oleh sebab itu sebelum hamil diupayakan ibu dalam kondisi yang sehat dan status gizi yang optimal.

Untuk memperbaiki status gizi ibu hamil tidak bisa dilakukan hanya sesaat sebelum ibu hamil tapi juga perlu dimulai sejak usia remaja bahkan lebih baik lagi apabila sejak bayi dan balita. Perbaikan gizi ibu hamil bisa dilakukan dengan memberikan PMT bagi ibu hamil, melakukan konseling dan penyuluhan tentang gizi dan memberdayakan masyarakat dalam upaya perbaikan gizi keluarga (UPGK). Penyuluhan gizi yang selama ini dilakukan lebih kepada pemberian informasi tentang gizi anak balita sedangkan gizi untuk ibu hamil biasanya diberikan saat melakukan konseling waktu pemeriksaan kehamilan.

Perbaikan status gizi yang paling efektif dilakukan sebelum kehamilan, lebih baik lagi sejak masih remaja. Karena kekurangan gizi saat remaja bisa berlanjut pada kehamilan dan mengakibatkan kelahiran BBLR. Meningkatkan status gizi calon ibu juga dapat dilakukan dengan meningkatkan status gizi bayi dan anak dengan cara memberikan ASI Eksklusif dilanjutkan dengan pemberian ASI sampai usia 2 tahun, pemberian MP-ASI yang tepat sejak usia 6 bulan dan pemberian makanan lain secara adekuat juga pemberian suplemen seperti vitamin A. Dari segi kesehatan juga harus dijaga dengan penanganan penyakit yang efektif dan pemberian imunisasi (Departemen Gizi FKM UI, 2010).

Pemeriksaan kehamilan (ANC) yang adekuat dipercaya dapat menurunkan kejadian BBLR. ANC yang adekuat bukan hanya dilihat dari frekwensi, tapi pada kemampuan mendeteksi adanya kelainan, komplikasi dan faktor resiko bagi ibu janin (Jurnal Kesmas, 2007). Sehingga ibu dan petugas mempunyai kesempatan untuk memperbaiki kondisi ibu dan janin. Ibu hamil dengan ukuran LILA < 23,5 cm dan penambahan berat badan tidak sesuai dengan harapan harus mendapatkan perhatian yang lebih.

Penyuluhan tentang gizi ibu hamil juga perlu diberikan tidak hanya bagi ibu hamil tapi pada Wanita Usia Subur dan remaja puteri. Karena seperti yang sudah dijelaskan bahwa perbaikan status gizi tidak bisa hanya dilakukan saat hamil tapi akan lebih baik apabila dilakukan sebelum hamil. Di Puskesmas Sungai Malang sudah dilaksanakan pemberian PMT bagi ibu hamil KEK sebanyak 90 paket yang diberikan selama 3 bulan. Hal ini sudah sesuai dengan pedoman penyelenggaraan PMT Pemulihan dari Ditjen Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes RI (2012).

Konseling mengenai gizi ibu hamil juga harus diberikan pada ibu saat dia memeriksakan kehamilannya. Selama ini konseling yang dilakukan terbatas kepada konseling mengenai acuan pemenuhan gizi ibu hamil secara umum yang terdapat di Buku KIA. Karena berdasarkan penelitian banyak ibu dengan ukuran LILA < 23,5 cm, penambahan berat badan yang kurang dan ibu hamil menderita anemia maka anjuran pemenuhan gizi bagi ibu dengan kelompok tersebut harus berbeda dengan ibu dengan kondisi normal. Untuk menyusun atau cara-cara memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dengan kebutuhan khusus seperti itu dapat meminta bantuan kepada petugas gizi, lebih baik lagi apabila mereka dirujuk kepada petugas gizi agar mendapatkan penanganan yang lebih baik.

## **BAB VII PENUTUP**

### **7.1 Kesimpulan**

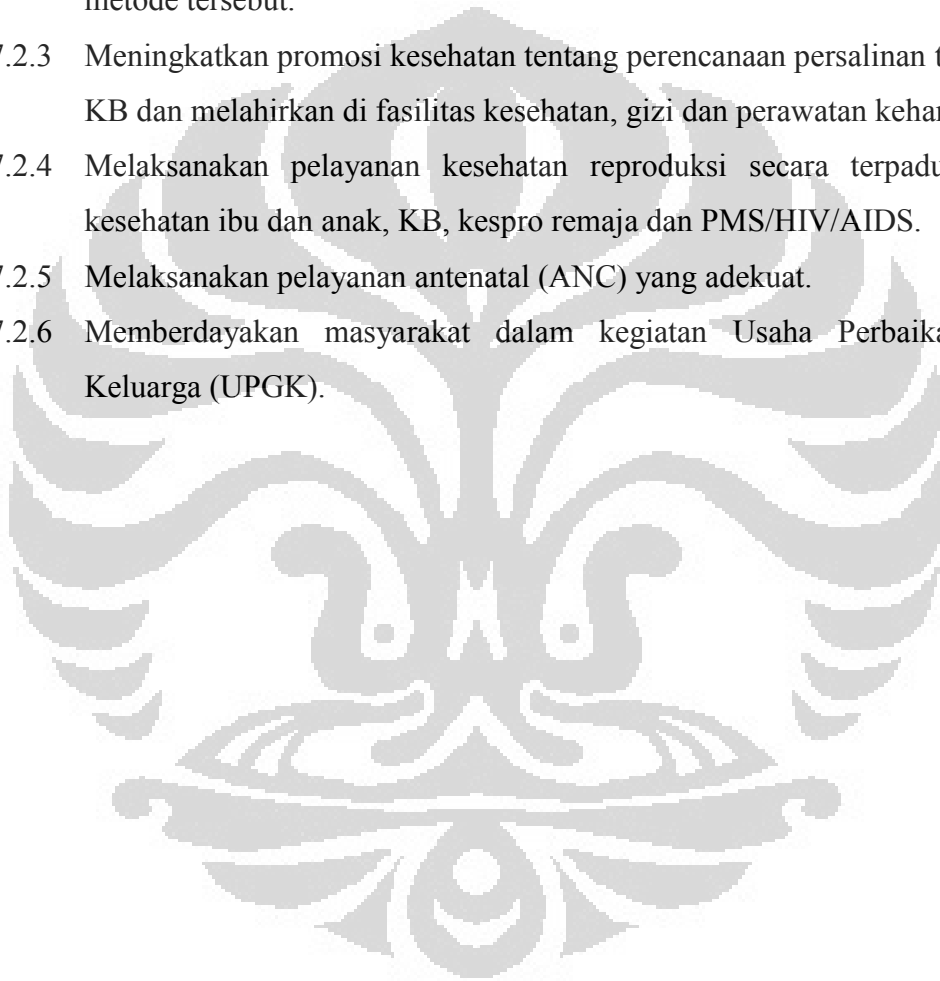
Dari hasil penelitian tentang gambaran kejadian BBLR dan karakteristik ibu yang melahirkannya di Puskesmas Sungai Malang tahun 2011 yang didapatkan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 47,7 % BBLR di Puskesmas Sungai Malang mempunyai berat lahir < 2.000 gram yang merupakan kelompok BBLR dengan resiko tinggi karena lebih mudah mengalami berbagai komplikasi.
- 7.1.2 Proporsi terbanyak BBLR berasal dari Kelurahan Sungai Malang (15,91 %) sedangkan desa Datu Kuning, Harusan, Mawar Sari, Kota Raden Hilir dan Kota Raden Hulu tidak ditemukan kelahiran BBLR.
- 7.1.3 72,7 % BBLR bertahan hidup sampai umur 1 bulan hanya 27,3 % yang meninggal dunia sebelum umurnya mencapai 1 bulan.
- 7.1.4 Ibu yang melahirkan BBLR sebanyak 16,7 % berada dalam kelompok umur resiko untuk hamil dan melahirkan yaitu < 20 tahun atau > 35 tahun.
- 7.1.5 Sebanyak 47,6 % ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai adalah primipara.
- 7.1.6 BBLR di Puskesmas Sungai Malang 36,4 % dilahirkan dari ibu dengan jarak melahirkan < 2 tahun.
- 7.1.7 50 % ibu di Puskesmas Sungai Malang yang melahirkan BBLR mempunyai ukuran LILA < 23,5 cm.
- 7.1.8 Penambahan berat badan ibu yang memiliki BBLR 71,4 % berada dalam kategori buruk (< 10 kg).
- 7.1.9 Didapatkan hasil bahwa 53,8 % ibu yang melahirkan BBLR di Puskesmas Sungai Malang pada tahun 2011 mengalami anemia.

## 7.2 Saran

Beberapa upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan jumlah kematian bayi karena BBLR dan mencegah peningkatan jumlah kejadian BBLR antara lain adalah :

- 7.2.1 Dinas Kesehatan lebih melibatkan pihak RS dalam upaya penanganan BBLR terutama kelompok dengan berat lahir < 2.000 gram.
- 7.2.2 Mempraktekkan PMK pada BBLR yang memenuhi kriteria dilakukannya metode tersebut.
- 7.2.3 Meningkatkan promosi kesehatan tentang perencanaan persalinan terutama KB dan melahirkan di fasilitas kesehatan, gizi dan perawatan kehamilan.
- 7.2.4 Melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi secara terpadu antara kesehatan ibu dan anak, KB, kespro remaja dan PMS/HIV/AIDS.
- 7.2.5 Melaksanakan pelayanan antenatal (ANC) yang adekuat.
- 7.2.6 Memberdayakan masyarakat dalam kegiatan Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK).



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdoerrachman et al, 2002. *Ilmu Kesehatan Anak Buku Kuliah 3*. FKUI. Jakarta
- Albermain E, 1984. *Low Birth Weight in Perinatal Epidemiology*, Michael B Bracken, New York. Oxford University Press.
- Almatsier, Sunita, 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Almatsier, Sunita, dkk, 2011. *Gizi Seimbang Dalam Daur Kehidupan*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Arisman, 2008. *Buku Ajar Ilmu Gizi, Gizi Dalam Daur Kehidupan Edisi 2*. EGC. Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2010. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2010*. Jakarta
- Bunadi. 2006. *Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Di Kota Cirebon Tahun 2004*. Tesis FKM UI .Depok.
- Departemen Gizi FKM UI, 2010. *Gizi Dan Kesehatan Masyarakat Edisi Revisi*. PT RajaGrafindo Persada. Jakarta
- Depkes RI dan Unicef, 1993. *Penggunaan LILA (pengukuran Lingkar Lengan Atas) sebagai "Alat Swa Uji" Kesehatan dan Kesejahteraan Wanita Usia Subur*. Jakarta
- Depkes RI, 2008. *Pedoman Pelaksanaan Program Kemitraan Bidan Dengan Dukun*. Jakarta
- ....., 2008. *Perawatan Bayi berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Metode Kanguru*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara, 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2010*. Amuntai
- , 2012. *Profil Kesehatan Keluarga Kabupaten Hulu Sungai Utara Tahun 2011*. Amuntai
- Ernawati, 1994. *Hubungan Antara Anemia Dan Faktor-faktor Yang Lain Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Di Rumah Sakit Sekar Wangi Kabupaten Sukabumi Propinsi Jawa Barat*. Skripsi FKM UI Depok.

- Febrina, 1999. *Definisi Kematian Ibu Dan Bayi Baru Lahir*.  
[http://bidanshop.blogspot.com/2009/12/jam 21:14](http://bidanshop.blogspot.com/2009/12/jam%2021:14).
- Harsono, 2002. *Kajian Dan Analisis Keluarga Dalam Rangka Penurunan Angka Kematian (Maternal) Di Propinsi Jawa Tengah*. Badan Peneliti Dan Pengembangan. Jawa Tengah
- IDAI, 2012. *Perawatan Metode Kanguru (PMK) Meningkatkan Pemberian ASI*.  
<http://www.idai.or.id/asi/artikel.asp?q=201213153637>
- Institute of Medicine. 1985 Preventing Low Birthweight. National Academy Press. Washington,D.C.
- Junita. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Kota Jambi Tahun 2002, Tesis FKM UI Depok, 2003.
- Karjdati,S.M dan J.A. Kusin, Gizi Wanita Selama hamil dan Laktasi, dalam Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta, 1985.
- Karmanto, Bambang (2002). Hubungan Kualitas Pemanfaatan Pelayanan Ante natal care dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Kota Cirebon: Tesis FKM UI.
- Kemenkes RI, 2010. *Teknik Konseling Kesehatan Remaja bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta
- , 2011. *Modul Manajemen Bayi berat Lahir Rendah (BBLR) Untuk Bidan Di Desa*. Jakarta
- , 2011. *Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Komunikasi, Informasi Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi Untuk Petugas Kesehatan di Tingkat Pelayanan Dasar*. Jakarta
- , 2011. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta
- , 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta
- , 2012. *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Buruk Dan Ibu Hamil KEK (Bantuan Operasional Kesehatan)*. Jakarta
- Mochtar, Rustam,1989. *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*. EGC. Jakarta
- Noor, Nur Nasry, 2008. *Epidemiologi Edisi Revisi*, Rineka Cipta. Jakarta

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Paath, Erna Francin, dkk. 2005. *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. EGC. Jakarta.
- Perinasia, 1994. *Pencegahan Kematian Ibu Hamil*, Binarupa Aksara. Jakarta
- Prawirohardjo, Sarwono. 1991. Ilmu Kebidanan Edisi Ketiga. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- , 1999. Ilmu Kandungan Edisi Kedua. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta.
- Reichman, N. E., & Pagnini, D. L. (1997). *Maternal age and birth outcomes: Data from new jersey. Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 29(6), 268-268-72, 295. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/224548257?accountid=17242>
- Saifuddin, 2001. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Shanklin, Douglas R. Hodin, Jay. 1979. *Maternal Nutrition And Child Health*. Charles C Thomas, America
- Sitanggang, C. Et. al, 2003. *Kamus Pelajar Sekolah Lanjutan Atas*. Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. Bandung.
- Soetjiningsih, 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC. Jakarta
- Taber, Ben-zion. 1994. *Kapita Selektta Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi*. EGC. Jakarta
- Thaha, Abd.Razak, dkk. 2002. *Pangan dan Gizi di Era Desentralisasi : Masalah dan Strategi Pemecahannya*. DPP Pergizi Pangan Indonesia.
- Thomson, A.M., 1983. *Fetal Growth and Size At Birth, dalam Obstetrical Epidemiology*, Academic Press. London.
- Winarno, F.G., 1995. *Gizi dan Makanan Bagi Bayi Dan Anak Sapihan*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta,



LAMPIRAN



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 2604 /H2.F10/PPM.00.00/2012  
Lamp. : ---  
Hal : Ijin penelitian dan menggunakan data

8 Maret 2012

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan**  
**Kabupaten Hulu Sungai Utara**  
**Provinsi Kalimantan Selatan**

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Sri Wahyanti Maulida  
NPM : 1006821943  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan Karakteristik Ibu Hamil di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n: Dekan FKM UI  
Wakil Dekan,

  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MOIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**  
- Pembimbing skripsi  
- Arsip



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 265 /H2.F10/PPM.00.00/2012  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

8 Maret 2012

Kepada Yth.  
**Kepala Puskesmas Sungai Malang**  
**Kabupaten Hulu Sungai Utara**  
**Provinsi Kalimantan Selatan**

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:


Nama : Sri Wahyanti Maulida  
NPM : 1006821943  
Thn. Angkatan : 2010/2011  
Peminatan : Bidan Komunitas

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul, "*Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan Karakteristik Ibu Hamil di Puskesmas Sungai Malang Tahun 2011*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Unit Pendidikan dinomor.telp. (021) 7270803.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI  
Wakil Dekan,

  
**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**  
**NIP. 19720825 199702 1 002**

Tembusan:  
- Pembimbing skripsi  
- Arsip

