

BAB I

PENDAHULUAN

1. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk menciptakan keadaan sehat bagi setiap orang, yaitu suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi (UU Kesehatan no. 23 tahun 1992). Upaya kesehatan yang efektif dan efisien ialah yang mempunyai paradigma sehat, mengutamakan upaya preventif dan promotif yang lebih besar dengan tidak mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif sehingga orang sehat akan tetap sehat. Paradigma sehat strategi untuk menuju Indonesia sehat tahun 2010. Yogyakarta sehat dicanangkan tahun 2005, karena mempunyai Angka kematian Ibu (AKI) dan Angka kematian Bayi (AKB) terendah di Indonesia. Selain menurunkan (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) perlu pula penanggulangan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) karena BBLR mempunyai *kontribusi* yang besar terhadap kematian neonatal dan perinatal (Unicef, 1987).

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu indikator dari tingkat kesehatan ibu dan anak selain AKI dan AKB. Pada saat ini masih banyak dijumpai di negara – negara berkembang, sekitar 90 % dari kelahiran di negara berkembang adalah bayi yang mempunyai berat lahir yang rendah atau kurang

merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian karena akan mempertinggi morbiditas dan mortalitas perinatal (Sofowean, 1998).

Dari berbagai penelitian menunjukkan bahwa bayi dengan berat lahir rendah kemungkinan untuk meninggal pada masa neonatal 20 – 30 kali dan 17 kali sebelum usia satu tahun daripada bayi yang dilahirkan dengan berat badan normal.

Menurut Sayogo (MKI, 1997) bahwa AKB BBLR adalah 5 – 9 kali lebih besar dibanding dengan AKB dengan berat lahir 2.500 – 2.999 gram, dan bila dibandingkan bayi berat lahir 3.000 – 3.499 gram, maka AKB BBLR adalah 7 – 13 kali lebih besar. Setengah dari bayi BLR tersebut mempunyai proporsi *stunted* konsekuensi implikasi retardasi pasca natal jangka panjang dan sampai dengan usia 3 tahun pertumbuhannya akan berada di bawah persentil standar Internasional.

Angka kejadian BBLR di Indonesia sampai dengan akhir pelita IV sekitar 11 % kemudian akhir pelita V (1995) insidensi BBLR kurang lebih 13 % dan diharapkan turun menjadi setinggi – tingginya 7 % pada tahun 2000 (sistem kesehatan nasional). Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992, di Indonesia 45 % kematian bayi terjadi pada masa bayi berumur kurang dari satu bulan (neonatus), salah satu penyebab tingginya angka kematian neonatal tersebut adalah bayi dengan berat lahir rendah (BBLR).

Penelitian lain memperlihatkan bahwa perempuan hamil dengan malnutrisi kronik mempunyai resiko untuk melahirkan BBLR jenis Kecil – untuk

postnatal. Dan hal tersebut merupakan masalah utama di Indonesia, terlebih setelah terjadi krisis moneter yang terjadi sejak Agustus 1997 lalu yang melanda berbagai negara Asia dan Indonesia termasuk di dalamnya (Sayogo, 1997).

Dari gambaran tersebut di atas masalah BBLR di Indonesia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat prioritas sebab angka morbiditas dan mortalitasnya tinggi dan menyangkut kelangsungan serta kualitas sumber daya manusia Indonesia yang akan datang. Untuk menurunkan insidensi BBLR, pemerintah (Dep-Kes) telah melakukan berbagai upaya pencegahan.

Upaya untuk menurunkan angka kejadian BBLR akan lebih efisien apabila ibu hamil yang mempunyai resiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dapat dideteksi sedini mungkin sehingga tindakan preventif maupun kuratif dapat dilakukan dengan baik. Pemantauan ibu hamil adalah salah satu upaya untuk mendeteksi faktor resiko terjadinya BBLR. Pemantauan ibu hamil merupakan tindakan mengikuti perkembangan ibu dan janin dan memberikan intervensi bila diperlukan, sehingga ibu dan janin berada pada tingkat kesehatan yang optimum dan diakhiri dengan kelahiran bayi yang sehat.

Guna menunjang upaya pemantauan ibu hamil tersebut, telah disusun beberapa kartu pemantauan ibu hamil, salah satu di antaranya adalah Kartu Monitor Ibu Hamil (KMIH). Salah satu kegunaan dari KMIH ini adalah untuk mendeteksi BBLR dengan mengamati perkembangan berat badan selama kehamilan, perkembangan berat badan ini dituangkan dalam bentuk grafik yang

2. PERUMUSAN MASALAH

Insidensi BBLR di Indonesia masih tinggi yaitu kurang lebih 15 % (1997) dan menurut stratifikasi puskesmas tahun 1999 / 2000 telah terjadi peningkatan jumlah penderita BBLR sebesar 90 % di wilayah puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta dari 20 kasus pada tahun 1998 / 1999 menjadi 38 kasus pada tahun 1999 / 2000. Peningkatan kasus tersebut diperkirakan karena krisis ekonomi yang telah berlangsung selama 3 tahun. Penelitian Astuti dkk (2000) menunjukkan bahwa 60 % kasus BBLR berasal dari keluarga yang mendapat program JPSBK (Jaminan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan).

Tingginya insidensi BBLR akan berakibat langsung pada peningkatan morbiditas dan mortalitas bayi yang dilahirkan kurang dari 2.500 gram.

3. MANFAAT PENELITIAN

- a. Informasi tentang kejadian BBLR dapat dimanfaatkan sebagai tolok ukur untuk menyatakan kesehatan dan gizi ibu hamil (Rasmussen, 1985, cit Kardjati, 1985)
- b. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi unit kesehatan terkait dan sebagai koreksi pencapaian target pelayanan kesehatan ibu dan anak serta indikator kesehatan pada umumnya di wilayah kabupaten Bantul periode tahun 1997 – 1999

4. TUJUAN PENELITIAN

- a. Mendapatkan angka kejadian atau insidensi BBLR di RSUD Bantul periode tahun 1997 - 1999