

BAB I

PENDAHULUAN

I. 1. Latar Belakang

Salah satu kebijaksanaan pembangunan yang diamanatkan GBHN adalah meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dalam menghadapi era globalisasi pasca tahun 2000, sehingga perlu mempersiapkan generasi penerus agar menjadi masyarakat yang cerdas dan produktif. Prioritas dalam Pembangunan Jangka Panjang Tahap ke II (PJPT II) adalah peningkatan kualitas SDM, sehingga kelak diharapkan masyarakat Indonesia akan lebih sehat, cerdas, mandiri, kreatif dan produktif, serta dapat mewujudkan keluarga kecil sejahtera mandiri. Pada hakekatnya peningkatan kualitas SDM harus dilakukan dalam keseluruhan proses kehidupannya dan dimulai sedini mungkin, mulai sejak dalam kandungan bahkan jauh sebelumnya, yaitu sebelum pernikahan atau pranikah. Peningkatan SDM ditentukan terutama oleh kualitas tumbuh kembang pada awal kehidupan yaitu sejak janin dalam kandungan, masa bayi, balita, yang merupakan modal dasar untuk proses tumbuh kembang selanjutnya, yaitu masa sekolah, remaja, pemuda, usia produktif sampai usia lanjut. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu indikator kesehatan ibu dan anak yang berpengaruh pada SDM baik di negara yang sedang berkembang maupun di negara yang telah berkembang (Ismail, 1996).

Status gizi adalah faktor yang penting dalam meningkatkan SDM. Balita adalah salah satu golongan rawan gizi yang pada umumnya disebabkan oleh

Kekurangan Kalori Protein (KKP). Menurut Indikator Kesehatan Rakyat 1989 balita dengan KKP pada tahun 1992 masih sekitar 11,8 % (Koesnadi, 1995). Markum menyatakan bahwa BBLR mempengaruhi pertumbuhan, yang erat kaitannya dengan perkembangan. Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang dapat diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) sedangkan perkembangan (*development*) adalah lebih menitikberatkan pada aspek perubahan struktur atau fungsi pematangan organ ataupun individu, termasuk perubahan aspek kemampuan (*skill*) dan sosial atau emosional akibat pengaruh lingkungan (Markum, 1991).

Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti istilah *prematur baby* dengan *low birth weight baby* (bayi dengan berat lahir rendah). Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat kurang dari 2.500 gram pada waktu lahir merupakan bayi prematur, karena dapat juga disebabkan oleh : 1) masa kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat yang sesuai (masa kehamilan dihitung mulai dari pertama haid terakhir dari haid yang teratur); 2) bayi *small for gestasional age* : bayi yang beratnya kurang dari berat semestinya menurut masa kehamilannya (kecil masa kehamilan); 3) terjadi karena kedua-duanya. BBLR adalah bayi yang beratnya kurang atau sama dengan 2.500 gram saat lahir (WHO, 1999).

Angka kematian bayi di Indonesia menurut survei kesehatan rumah tangga 1985 adalah 71 per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 1989 angka kematian bayi di Indonesia sudah turun menjadi 56 per 1000 kelahiran hidup, tetapi angka ini

masih merupakan yang tertinggi di kawasan ASEAN. Angka kematian perinatal yang tinggi ini sebagian disebabkan oleh banyaknya kejadian BBLR (Alibasjah dan Hakimi, 1997). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa antara 42,5% sampai 56% kematian perinatal akibat dari BBLR, bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram mempunyai risiko kematian 5-9 kali lebih tinggi dibanding mereka yang beratnya 2.500-2.999 gram, dan 7-13 kali lebih tinggi dari mereka yang beratnya 3.000-3.999 gram. BBLR merupakan penyebab utama kematian bayi usia 0-1 bulan di Indonesia dan berdasarkan korelasi yang erat antara BBLR dengan kematian manusia BBLR dinyatakan prediktor terkuat untuk kematian bayi pada bulan pertama kehidupannya. Pada penelitian kohort mengenai BBLR di Indonesia yang dilakukan di Sukabumi memperoleh insiden 10,7%, di Ujungberung 14,7%, dan di Kec. Ciawi Kab. Bogor sebesar 16,1%. Ada beberapa faktor risiko yang mempengaruhi kejadian BBLR, yaitu : faktor demografi, perilaku, lingkungan, pelayanan kesehatan, faktor perkembangan konsep risiko, faktor medis kehamilan terdahulu, faktor medis pada kehamilan medis sekarang. Beberapa faktor risiko pada kehamilan antara lain : jarak antara kehamilan yang pendek, hipertensi, hipotensi, beberapa penyakit infeksi, perdarahan pada trimester I atau II dan anemia (Setyawan et. al.,1997). Frekuensi BBLR di negara maju berkisar antara 3,6-10,8 %, di negara berkembang antara 10-43%. Rasio

I. 2. Permasalahan

Pada kelompok BBLR memiliki angka kesakitan dan kematian yang lebih tinggi daripada bayi-bayi dengan berat lahir normal. Karya tulis ini dibuat untuk dapat memahami lebih jelas tentang faktor risiko, pola pertumbuhan dan penatalaksanaan BBLR yang berguna untuk menurunkan angka kejadian BBLR sehingga morbiditas dan mortalitas bayi dapat diturunkan.