

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini masalah kesehatan yang mendapat penanganan khusus di Indonesia antara lain adalah tingginya angka kematian perinatal (AKP). Masalah ini sangat erat kaitannya dengan peningkatan sumber daya manusia yang pada gilirannya nanti akan menentukan kedudukan bangsa kita diantara bangsa-bangsa maju di dunia. Pada hakekatnya pembangunan sumber daya manusia harus dimulai sejak janin berada dalam kandungan karena apa yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan segera setelah lahir akan mempengaruhi nasib dan kualitas bayi (Dep. Kes, 1994).

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dijelaskan bahwa salah satu tolak ukur untuk menilai keberhasilan mencapai tujuan jangka panjang pembangunan dalam bidang kesehatan ialah mengukur derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat dapat diketahui dengan menggunakan beberapa indikator, antara lain umur harapan hidup, angka kematian perinatal dan tingkat kecerdasan penduduk.

Menurut WHO (1981) ada tujuh indikator status kesehatan untuk memantau kemajuan dalam program Health For All By The Year 2000 yaitu : nutrisi, pertumbuhan dan perkembangan anak, angka kematian bayi, angka kematian anak, angka kematian ibu, angka kematian perinatal, dan angka kematian neonatal.

Angka kematian bayi sebagai salah satu indikator status kesehatan tersebut ternyata masih cukup tinggi di negara-negara berkembang. Dilaporkan oleh Hananto Wiryo (2001) bahwa terjadi sebanyak 7 juta kematian perinatal setiap tahunnya di seluruh dunia dan 98% diantaranya di negara berkembang.

Hananto Wiryo (2001) menyatakan arti sebenarnya dari angka kematian bayi adalah :

- 1) Menggambarkan derajat kesehatan dan kesejahteraan.
- 2) Merupakan tolak ukur tingginya derajat kesehatan dan kesejahteraan
- 3) Berhubungan langsung dengan fertilitas.
- 4) Menggambarkan pemerataan dan pendapatan.

Angka kematian bayi di Indonesia pada tahun 1990 menunjukkan angka 63 per 1000 kelahiran hidup kemudian pada tahun 1994 angka kematian bayi sudah turun menjadi 56 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 1996 Indonesia mempunyai angka kematian bayi 54 per 1000 kelahiran hidup (Gultom, 1998). Dari data tersebut dapat kita lihat terjadi penurunan angka kematian bayi di Indonesia, namun angka tersebut masih merupakan yang tertinggi bila dibandingkan dengan negara-negara di ASEAN (Hananto wiryo, 2001).

Angka kematian perinatal sebagai salah satu indikator status kesehatan ini sangat dipengaruhi oleh kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR). Seperti diungkapkan oleh Kliegman (1996) bahwa tingginya angka

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) disebutkan pula bahwa salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan tercapainya sasaran pembangunan jangka panjang dalam bidang kesehatan adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram atau Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) menjadi setinggi-tingginya 6% pada tahun 2000 (Dep.Kes, 1994).

Angka bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) di negara-negara maju dan berkembang sangat tinggi. Menurut Alisyahbana dan Sunaryo (1987) angka BBLR di negara berkembang 4 kali lebih besar dibandingkan di negara maju, di Indonesia angka BBLR pada tahun 1980 adalah 14 % dan menempati rangking teratas di Asia. Angka BBLR di Indonesia bervariasi, dilaporkan bahwa kejadian BBLR di daerah pedesaan adalah 14,6 % dan di Rumah Sakit 17,5 %. Sedangkan dari studi di 7 daerah *multicenter* pada tahun 1990 diperoleh angka BBLR di Indonesia adalah antara rentang 2,15 % - 17,2 %, sehingga secara nasional berdasarkan analisis lanjut SDKI tahun 1991 angka BBLR di Indonesia adalah sekitar 7,5 % (Setyowati, dkk, 1996).

Tingginya angka BBLR tersebut menunjukkan bahwa insidensi bayi berat lahir rendah merupakan masalah kesehatan yang serius, karena bayi berat lahir rendah mempunyai risiko 17 kali lebih besar untuk meninggal sebelum berumur satu tahun (Alisyahbana dan Sunaryo, 1987). Persoalan pokok yang dihadapi pada bayi berat lahir rendah adalah angka kesakitan dan kematian perinatalnya yang sangat tinggi dibandingkan bayi dengan berat lahir normal. Menurut K...

kematian perinatalnya 4 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi dengan berat lahir normal, dan bayi BBLR mempunyai angka kesakitan jangka panjang yang lebih besar terutama pada bayi lahir dengan kurang masa kehamilan.

Di negara berkembang, dua per tiga dari insidensi BBLR termasuk dalam kategori bayi kurang masa kehamilan (KMK). Proporsi bayi KMK terhadap bayi prematur cukup besar, dengan insidensi BBLR sampai 41,6 %, proporsi bayi yang dilahirkan dengan KMK mencapai 83 % sedangkan bayi prematur hanya 17 % (Siswosudarmo dan Maridin, 1997).

Bayi BBLR kurang masa kehamilan umumnya didahului oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada waktu masih dalam uterus atau janin tumbuh lambat. Bayi BBLR dengan KMK ini dapat mengalami gangguan mental dan fisiknya. Hal ini biasanya disebabkan karena faktor malnutrisi pada masa perinatal sehingga mempengaruhi pertumbuhan otaknya dan membutuhkan biaya perawatan yang tinggi pada usia tumbuh kembang selanjutnya.

Penyebab BBLR sampai saat ini masih terus dikaji. Beberapa studi mengajukan bahwa penyebab BBLR ini adalah multifaktor antara lain: kehamilan di usia remaja, faktor demografi, faktor biologis ibu, riwayat obstetri, morbiditas ibu selama hamil, pemeriksaan kehamilan (antenatal care), paparan toksis dan faktor sosial ekonomi yang rendah (Karsono, 1998).

Berbagai program kesehatan untuk mengatasi masalah t

dilengkapi dengan

penulis memilih untuk menganalisis kehamilan di usia remaja (usia < 20 tahun) dan hubungannya dengan kejadian BBLR dalam penulisan ini.

Penelitian ini berdasarkan pernyataan oleh Sugiarto dkk (1991) yang menyatakan bahwa umur ibu pada waktu melahirkan mempunyai hubungan yang cukup kuat dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR). Serta pendapat dari Paryanti dkk (1990) yang menyatakan bahwa melahirkan pada umur kurang dari 20 tahun merupakan faktor risiko terjadinya bayi BBLR.

Didukung data tahun 1991 oleh Widijanti dkk (1997) yang melaporkan bahwa rata-rata perkawinan pertama di Indonesia adalah usia 19,8 tahun dan persalinan pertama wanita Indonesia adalah usia 20,4 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa kehamilan pertama yang terjadi di Indonesia yaitu antara usia 19 sampai 20 tahun dengan 57,5 % dari ibu-ibu yang melahirkan telah menikah sebelum usia 20 tahun dan 32,5 % sebelum usia 18 tahun. Dari data ini kita mendapat gambaran bahwa \pm 58 % dari remaja putri yang termasuk golongan usia subur telah menikah dan kelanjutannya ialah melahirkan pada usia remaja pula yang merupakan usia risiko tinggi terhadap kejadian BBLR.

Di Indonesia angka kematian ibu dan bayi pada kehamilan usia remaja masih tinggi. Sebagai contoh data angka kesakitan, angka kematian ibu dan balita di RSUP Dr. Cipto Mangun Kusumo Jakarta pada tahun 1995 oleh Widijanti dkk (1997) bahwa frekuensi terbanyak pada kelompok usia

10-20 tahun yaitu 77,5 %

Disamping itu, kehamilan di usia remaja kurang mendapat pelayanan dan perawatan prenatal yang adekuat dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih tua, sehingga berisiko melahirkan bayi BBLR (Widijanti, dkk, 1997)

Dengan dasar tersebut diatas maka penulis akan menganalisis hubungan antara kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan faktor risikonya yaitu kehamilan di usia remaja (usia < 20 tahun) dan pengaruh faktor biomedis ibu seperti kehamilan, pendidikan ibu, dan pemeriksaan antenatal terhadap kejadian bayi BBLR.

B. Rumusan Masalah

Dari analisis lanjut data SDKI tahun 1991, dilaporkan bahwa dijumpai rata-rata perkawinan pertama wanita Indonesia adalah usia 19,8 tahun dan persalinan pertama wanita Indonesia adalah usia 20,4 tahun, sehingga dapat diartikan bahwa kehamilan yang terjadi di Indonesia yaitu antara 19 sampai 20 tahun (Widijanti, dkk, 1997). Dari data ini kita mendapat gambaran bahwa $\pm 58\%$ dari remaja putri yang termasuk golongan usia subur telah menikah dan kelanjutannya ialah melahirkan pada usia remaja pula. Kehamilan usia remaja merupakan kehamilan dengan resiko tinggi dan merupakan faktor resiko terjadinya BBLR. Angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi pada kehamilan usia remaja 2-4 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita berusia 20-35 tahun. Didukung