

FAKTOR RISIKO BERAT BAYI LAHIR RENDAH (BBLR) PADA BAYI BARU LAHIRDI RSUD BANJARNEGARATAHUN 2011

Etika Dewi Cahyaningrum¹⁾, Wirantika Dwi Nancy²⁾

¹Program Studi Kebidanan D3 STIKES Harapan Bangsa Purwokerto

Email :tita.etika@gmail.com

²Mahasiswa Program Studi Kebidanan D3 STIKES Harapan Bangsa Purwokerto

ABSTRACT

Background: Each year the world's estimated birth about 20 million or 27% of deaths due to low birth weight neonates. Factors causing LBW from maternal factors, fetal factors and environmental factors. LBW births partly caused by premature birth, and partly because of impaired growth during pregnancy.

Objective: To identify risk factors for LBW picture on BBL Banjarnegara District Hospital in 2011.

Methods: This research method is descriptive survey based on primary data and secondary data were taken using a live interview at the hospital in 2011 Banjarnegara in 12-25 June 2011.

Results: The majority of babies born at low birth weight category largely on the parity of more than 4 by 66.7%, the gestational age preterm/dismatur respectively 88.2% and 100%. With anemia/preeclampsia respectively 58.3% and 62.5%. Experienced weight gain of less than 9 kg of 70%. Gemeli baby at 66.7%.

Conclusion: Compared with children born with BBLN, the risk factors of infants born with low birth weight was greater in mothers with parity more than 4, with a gestational age preterm/dismatur, with anemia/preeclampsia, experience weight gain of less than 9 kg, and birth gemeli baby.

Keywords: Risk factors for LBW, Newborn

PENDAHULUAN

Infant Mortality Rate atau Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, baik di provinsi maupun nasional. Selain itu, program pembangunan kesehatan di Indonesia banyak menitikberatkan pada upaya penurunan AKB. Angka kematian bayi merujuk kepada jumlah bayi yang meninggal pada fase antara kelahiran hingga bayi belum mencapai umur 1 tahun per 1000 kelahiran hidup (Candra, 2010).

World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat 5 juta kematian neonatus setiap tahun dengan angka mortalitas neonatus (kematian dalam 28 hari pertama kehidupan) adalah 34 per 1000 kelahiran hidup, dan 98% kematian tersebut berasal dari negara berkembang. Secara khusus angka kematian neonatus di Asia Tenggara pada tahun 2007 adalah 39 per 1000 KH. Laporan WHO yang dikutip dari *State of the world's mother 2007* dikemukakan bahwa setiap tahun di dunia diperkirakan lahir sekitar 20 juta atau 27% kematian neonatus disebabkan oleh Berat Bayi Lahir

Rendah (BBLR). Di negara berkembang, BBLR banyak dikaitkan dengan tingkat kemiskinan. Sebanyak 2,3 juta BBLR merupakan penyumbang utama angka kematian pada neonatus (HTA, 2008).

AKB di Indonesia tahun 2002 AKB 35/1.000 KH sedangkan hasil SDKI 2007 AKB 34/1.000 KH serta target *Millennium Development Goals* (MDGs) yang sudah harus dicapai pada tahun 2015 yaitu AKB 23/1.000 KH (Candra, 2010). Menurut survey ekonomi nasional (SUSENAS) 2009, kematian neonatus yang disebabkan oleh BBLR sebesar 38,85%. Kelahiran BBL sebagian disebabkan oleh lahir sebelum waktunya (prematurn), dan sebagian oleh karena mengalami gangguan pertumbuhan selama masih dalam kandungan (Pertumbuhan Janin Terhambat/PJT) (HTA, 2008).

Di Provinsi Jawa Tengah AKB pada tahun 2008 sebesar 9,27/1000 KH masih merupakan masalah kesehatan yang harus segera ditangani disamping jumlah penduduk miskin sebesar 11.575.164 jiwa yang harus mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan, dengan presentase bayi

dengan BBLR sebesar 1,74% (Dinkes Jateng, 2010). Sedangkan data Kabupaten Purbalingga, pada tahun 2010 AKB telah mencapai 11/1000 KH (Bappeda, 2011). Selain itu didapatkan pula dari Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Banjarnegara pada tahun 2011 AKB sebanyak 15,78 per 1000 KH. Kematian tersebut disebabkan karena BBLR (4,48%), asfiksia (3,83%), kelainan kongenital (2,9%), sepsis (0,49%), infeksi (1,48%), ikterus (0,57%), dan lain-lain (3,84%).

Berdasarkan survei pendahuluan yang dilakukan pada bulan Januari tahun 2012 di RSUD Banjarnegara tahun 2011 terdapat BBLR sebanyak 366 (16,56%) dari 2210 kelahiran. Sedangkan angka kejadian BBLR pada tahun 2011 di RSUD R. dr. Goeteng Tarunadibrata Purbalingga sebanyak 145 (11,54%) dari 1256 kelahiran.

Pada bayi BBLR banyak sekali risiko yang terjadi permasalahan pada sistem tubuh, oleh karena kondisi tubuh yang tidak stabil. Kematian perinatal pada bayi BBLR adalah 8 kali lebih besar dari bayi normal. Prognosisnya akan lebih buruk bila berat badan semakin rendah, kematian sering disebabkan karena komplikasi neonatal seperti asfiksia, pneumonia,

perdarahan intra kranial, hipoglikemia (Proverawati, 2010).

Penyebab terjadinya BBLR secara umum bersifat multifaktorial, sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun, penyebab terbanyak adalah kelahiran prematur. Semakin muda usia kehamilan semakin besar risiko jangka pendek dan jangka panjang dapat terjadi (Proverawati, 2010). Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, usia kehamilan, penyakit menjelang persalinan, riwayat ANC, penambahan berat ibu, riwayat merokok. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR (Pantiawati, 2010). Hasil penelitian Irma D.M Sianturi yang berjudul Karakteristik Ibu yang Melahirkan Bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Santa Elisabeth pada Tahun 2003 – 2006, bahwa karakteristik ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR umumnya berusia 20-35 tahun (79,2%), memiliki paritas 2-3 (46,4%), jarak kehamilan 2-4 tahun (74,0%), kadar Hb < 11 gram/dl (59,9%), umur kehamilan < 37 minggu (79,2%) dan pekerjaan suami sebagai pegawai swasta (31,7%).

Berdasarkan hasil pra survei pada tanggal 23 Januari 2011 di RSUD Banjarnegara dari 5 ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR didapat 1 orang berusia < 20 tahun, 2 orang 20-35 tahun, 2 orang berusia > 35 tahun, 1 orang primipara, 3 orang multipara, 1 orang grandemultipara, 1 bayi dengan umur kehamilan aterm, 4 bayi dengan umur kehamilan prematur, 4 bayi dengan asfiksia sedang, dan 1 bayi dengan asfiksia berat. Sedangkan pada 5 ibu yang melahirkan bayi dengan Berat Bayi Lahir Normal didapat 4 orang berusia 20-35 tahun, 1 orang berusia > 35 tahun, 3 orang primipara, 2 orang multipara, 4 bayi dengan umur kehamilan aterm dan 1 bayi dengan posterm, 4 bayi tidak asfiksia, 1 bayi dengan asfiksia ringan.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah pada Berat Bayi Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011”.

Penelitian ini mempunyai tujuan umum adalah Mengidentifikasi gambaran faktor risiko BBLR pada BBL di RSUD Banjarnegara tahun 2011. Sedangkan tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran berat badan bayi baru lahir

di RSUD Banjarnegara tahun 2011, untuk mengidentifikasi gambaran faktor risiko terjadinya bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Banjarnegara tahun 2011 berdasarkan faktor risiko ibu, meliputi : umur, paritas, umur kehamilan, penyakit menjelang persalinan, penghasilan keluarga, riwayat ANC, penambahan berat ibu, riwayat merokok, untuk mengidentifikasi gambaran faktor risiko terjadinya bayi baru lahir dengan BBLR di RSUD Banjarnegara tahun 2011 berdasarkan jumlah janin yang dikandung ibu.

Beberapa manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai bahan tambahan pustaka dan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya, hasil studi ini dapat menjadi bahan evaluasi tentang faktor risiko berat bayi lahir rendah pada bayi baru lahir di RSUD Banjarnegara, sebagai wawasan dan menambah informasi serta pengalaman pertama dalam penelitian tentang faktor risiko berat bayi lahir rendah pada bayi baru lahir, sebagai bahan evaluasi terhadap peningkatan program pelayanan terutama untuk meminimalkan terjadinya berat bayi lahir rendah, dapat memberikan informasi tentang faktor yang mempengaruhi ibu melahirkan BBLR, dengan demikian

ibu dapat mengidentifikasi secara sederhana melalui *Antenatal*

Care(ANC) sehingga memotivasi ibu untuk mengikuti *ANC* secara teratur.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penyusunan ini adalah penelitian survei deskriptif. Rancangan penelitian adalah survei *cross-sectional*(Notoatmodjo, 2010). Instrumen penelitian yang digunakan adalah ceklis mengenai riwayat ibu selama hamil (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh ibu bersalin di RSUD Banjarnegara pada bulan Juni 2011 sejumlah 82 ibu bersalin. Sampel dengan kriteria inklusi adalah ibu yang bersalin di RSUD Banjarnegara dan masih berada di rumah sakit, bayi ditimbang ketika lahir, ibu yang bersedia menjadi responden, ibu yang

keadaannya baik, data yang ada direkam medik. Jumlah 82 sampel yang diambil secara *consekutif sampling*(Hidayat, 2007).

Pengolahan data ini meliputi Editing, Coding, Tabulating. Analisis data adalah analisis univariat (Notoatmodjo, 2010). Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = persentase

F = frekuensi

N = jumlah seluruh observasi (Budiarto, 2002).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi frekuensi Gambaran Berat Badan Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011

Berat Badan BBL	Frekuensi (F)	Presentase (%)
Berat Bayi Lahir Normal	63	76,8%
BBLR	19	23,2%
Jumlah	82	100%

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa dari 82 responden, sebagian besar ibu melahirkan bayi dengan BBLN yaitu 63 responden (76,8%).

Menurut Sistiarani (2008) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan janin antara lain yaitu faktor janin

diantaranya kelainan janin, faktor etnik dan ras diantaranya disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan, serta faktor kelainan kongenital yang berat pada bayi sehingga seringkali mengalami retardasi pertumbuhan sehingga berat badan lahirnya rendah. Selain itu faktor maternal juga mempengaruhi pertumbuhan janin, faktor tersebut diantaranya konstitusi ibu yaitu jenis kehamilan ganda ataupun tunggal, serta keadaan lingkungan ibu. Faktor plasenta juga mempengaruhi pertumbuhan janin yaitu besar dan berat plasenta, tempat melekat plasenta pada uterus, tempat insersi tali pusat, kelainan plasenta. Kelainan plasenta terjadi karena tidak berfungsinya plasenta dengan baik sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi oksigen dalam plasenta. Lepasnya sebagian plasenta dari perlekatannya dan posisi tali pusat yang tidak sesuai dengan lokasi pembuluh darah yang ada di plasenta dapat mengakibatkan terjadinya gangguan aliran darah plasenta ke bayi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Yusni (2007) di 26 propinsi menunjukkan bahwa

95% ibu melahirkan BBLN dan 5% ibu melahirkan BBLR. Estiastuti (2009) di Puskesmas Segeri Pangkep tahun 2008 menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan BBLR sebesar 8,7 % sedangkan ibu yang melahirkan BBLN sebesar 91,3 %.

Menurut Pantiawati (2010) bahwa penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, usia kehamilan, penyakit menjelang persalinan, riwayat ANC, penambahan berat ibu, riwayat merokok. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR.

Hasil penelitian didapatkan bahwa 76,8% ibu melahirkan bayi dengan BBLN. Peneliti berpendapat bahwa banyaknya ibu yang melahirkan bayi dengan BBLN dibanding dengan BBLR disebabkan karena faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta tanpa mengalami komplikasi dan tidak berisiko sehingga pertumbuhan janin dalam kandungan baik.

Tabel 2. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Umur Ibu

Umur Ibu	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
< 20 tahun	6 (75)	2 (25)	8 (100)
20-35 tahun	50 (78,1)	14 (21,9)	64 (100)
>35 tahun	7 (70)	3 (30)	10 (100)

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa ibu yang berumur 20-35 tahun mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN 50 responden (78,1%).

Menurut Wiknjastro (2007) bahwa usia reproduksi sehat adalah usia 20-35 tahun. Pada masa ini adalah kurun waktu optimal seorang wanita untuk hamil karena organ reproduksi wanita pada saat ini sudah siap dan matang, demikian juga dengan psikologis ibu. Kesiapan itulah pertumbuhan dan perkembangan janin ibu bisa tumbuh optimal. Sedangkan untuk ibu yang berumur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun berisiko melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

Menurut Gunawan (2010) bahwa wanita yang usianya lebih tua memiliki risiko komplikasi melahirkan yang lebih tinggi dibanding dengan yang lebih muda. Bagi wanita yang usianya diatas 35 tahun, selain fisiknya mulai melemah yang kemungkinan muncul berbagai risiko kesehatan seperti darah tinggi, diabetes dan berbagai penyakit lain. Karena itu sebaiknya wanita dibawah usia 20 tahun dan diatas 35 tahun menghindari kehamilan.

Menurut Sinclair (2009) bahwa remaja lebih sering memiliki status nutrisi prakehamilan yang buruk, diet yang buruk selama hamil. Bayi dan remaja mungkin memiliki berat badan kurang karena kebutuhan nutrisi ibu (akibat imaturitas skeletal) bersaing

dengan kebutuhan nutrisi janin, serta dari faktor psikologis belum siap menjadi ibu.

Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Sistiarani (2008) di RSUD Banyumas bahwa ibu yang termasuk kategori umur berisiko (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 34 tahun) mempunyai peluang melahirkan BBLR 4,28 kali dibandingkan ibu yang tidak termasuk kategori umur yang berisiko (umur 20 tahun sampai dengan umur 34 tahun).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 78,1% ibu yang berumur 20-35 tahun mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN. Hal ini sesuai dengan teori yang diterangkan di atas bahwa usia reproduksi sehat adalah usia 20-35 tahun. Pada masa ini adalah kurun waktu optimal seorang wanita untuk hamil karena organ reproduksi wanita pada saat ini sudah siap dan matang, demikian juga dengan psikologis ibu.

Tabel 3. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Paritas

Paritas	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
Paritas 1	25 (75,7)	8 (24,3)	33 (100)
Paritas 2-4	37 (80,4)	9 (19,4)	46 (100)
Paritas >4	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)

Berdasarkan tabel 3 dapat dijelaskan bahwa ibu yang mempunyai paritas 2-4 mayoritas bayi yang dilahirkan bayi pada kategori BBLN yaitu 37 responden (80,34%) dan ibu yang mempunyai paritas lebih dari 4 mayoritas bayi yang dilahirkan pada

kategori BBLR yaitu 2 responden (66,7%).

Menurut Manuaba (2002) bahwa pada umumnya BBLR meningkat sesuai dengan meningkatnya paritas ibu. Risiko untuk terjadinya BBLR tinggi pada paritas 1

kemudian menurun pada paritas 2 atau 3 selanjutnya meningkat kembali pada paritas 4.

Menurut Winkjosastro (2008) bahwa umumnya kejadian BBLR dan kematian perinatal meningkat seiring dengan meningkatnya paritas ibu, terutama bila paritasnya lebih dari 3. Paritas yang tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah. Kehamilan yang berulang-ulang akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh uterus. Hal ini menyebabkan nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya, selain itu dapat menyebabkan atonia uteri. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR.

Penelitian ini sejalan dengan Khatun dan Rahman (2008) di Bangladesh bahwa presentase berat bayi lahir rendah lebih besar pada ibu dengan paritas berisiko yaitu paritas pertama dan empat atau lebih.

Hasil penelitian yang mendukung dilakukan Yusni (2007) di 26 propinsi bahwa kejadian berat bayi lahir rendah lebih besar pada ibu dengan paritas berisiko dibandingkan ibu yang tidak berisiko yaitu 5,4%.

Pada analisis bivariabel paritas ibu lebih besar pada paritas satu dan empat atau lebih dibandingkan paritas dua dan tiga.

Menurut Sistiarani (2008) bahwa paritas primipara dan paritas lebih dari empat berisiko 1,32 kali lebih besar untuk terjadi BBLR. Hal ini dapat berpengaruh pada kehamilan karena terlalu sering melahirkan dapat mempengaruhi kondisi rahim ibu yang pertama kali hamil.

Hasil penelitian Jaya (2009) di Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah Kota Makasarmenunjukkan bahwa ibu yang mempunyai paritas 1 atau lebih dari 4 mempunyai risiko 5,57 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dibanding ibu yang mempunyai paritas 2 sampai 4. Budiman (2011) di Puskesmas Garuda bahwa faktor yang paling besar pengaruhnya (dominan) terhadap berat badan bayi lahir adalah paritas.

Dari hasil penelitian didapat bahwa 66,7% ibu yang mempunyai paritas lebih dari 4 mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR. Hal ini sesuai dengan teori bahwa paritas yang tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh

darah. Kehamilan yang berulang-ulang akan menyebabkan kerusakan pada

dinding pembuluh uterus.

Tabel 4. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Umur Kehamilan

Umur Kehamilan	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
Normal	61 (100)	0 (0)	61 (100)
Prematur	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)
Dismatur	0 (0)	4 (100)	4 (100)

Berdasarkan tabel 4 dapat dijelaskan bahwa semua ibu yang mempunyai umur kehamilan normal bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN yaitu 61 responden (100%) dan semua ibu yang mempunyai umur kehamilan dismatur bayi yang dilahirkan pada kategori dismatur yaitu 4 responden (100%).

Menurut Pantiawati (2010) bahwa prematuritas murni adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan masa kehamilan. Sebagian besar bayi prematur memiliki berat badan kurang dari 2500 gram. Sedangkan dismaturitas adalah bayi dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan. Hal ini karena mengalami retrardasi pertumbuhan intra uterin.

Menurut Fraser (2009) bahwa IUGR merupakan laju pertumbuhan intrauterin yang kurang dari normal

untuk populasi tersebut dan untuk potensi pertumbuhan seorang bayi pada khususnya. Pertumbuhan janin diatur oleh faktor maternal, plasenta dan janin serta merupakan gabungan mekanisme genetik dan pengaruh lingkungan yang mengekspresikan potensi pertumbuhan.

Mekanisme yang tampak membatasi pertumbuhan janin sifatnya multifaktorial meliputi faktor maternal, faktor janin, dan faktor plasenta. Faktor maternal meliputi nutrisi yang tidak adekuat, anemia, merokok, obat-obatan, riwayat obstetrik yang buruk, berat badan ibu yang terlalu kecil. Faktor janin meliputi gestasi multipel, kelainan kromosom, infeksi intrauterin. Sedangkan faktor plasenta meliputi abrusio plasenta, plasenta previa, insersi tali pusat yang tidak normal.

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan janin dapat berupa faktor

intrinsik maupun faktor ekstrinsik. Faktor instrinsik berasal dari dalam janin yang muncul akibat kelainan kromosom atau genetik, atau mungkin dari agen penginfeksi yang berasal dari transplasenta dan bekerja dengan mengubah proses pembelahan normal. Faktor ekstrinsik merupakan faktor yang mempengaruhi janin selama berada di lingkungan intrauterin.

Menurut Manuaba (2007) bahwa berat badan bayi bertambah sesuai dengan umur kehamilan. Faktor umur kehamilan mempengaruhi kejadian BBLR karena semakin pendek masa kehamilan semakin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat tubuhnya sehingga akan turut mempengaruhi berat badan waktu lahir.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sianturi (2009) di RS Santa Elisabeth menunjukkan bahwa karakteristik ibu yang melahirkan bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR) di Rumah Sakit Santa Elisabeth pada tahun 2003-2006. Sebanyak 79,2 % lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu.

Hasil penelitian lain yang sejalan Septiarini (2003) di wilayah

kerja Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal menyatakan bahwa ada hubungan antara prematuritas dengan kejadian BBLR. Iliyani (2005) di RSUD Banjarnegaramenyatakan ada hubungan umur kehamilan dengan kejadian BBLR dan didapat 73,5% kurang dari 37 minggu.

Menurut Proverawati (2010) Penyebab terjadinya BBLR secara umum bersifat multifaktorial, sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun, penyebab terbanyak adalah kelahiran prematur.

Dari hasil penelitian didapat semua ibu yang mempunyai umur kehamilan dismatur bayi yang dilahirkan pada kategori dismatur. Sesuai dengan teori bahwa mekanisme yang tampak membatasi pertumbuhan janin sifatnya multifaktorial meliputi faktor maternal, faktor janin, dan faktor plasenta. Hal ini menyebabkan retrardasi pertumbuhan intra uterin.

Tabel 5. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Penyakit Menjelang Persalinan

Penyakit Menjelang Persalinan	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
Anemia	5 (41,7)	7 (58,3)	12 (100)
Preeklamsi	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100)
KPD	12 (80)	3 (20)	15 (100)
Perdarahan selama kehamilan	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Malaria	0 (0)	0 (0)	0 (0)
IMS	0 (0)	0 (0)	0 (0)
HIV/AIDS	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TORCH	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tidak mengalami penyakit	43 (91,5)	4 (8,5)	47 (100)

Sumber : Wawancara pada ibu bersalin dan data Rekam Medik tanggal 12- 25 Juni 2011 di RSUD Banjarnegara

Berdasarkan tabel 5 dapat dijelaskan bahwa ibu yang mengalami preeklamsi mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR, yaitu 5 responden (62,5%) dan ibu yang tidak mengalami penyakit mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN yaitu 43 responden (91,5%).

BBLR terjadi jika ibu menderita pre eklampsia dan eklampsia. Preeklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Eklampsia adalah kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan / nifas yang ditandai dengan kejang dan koma. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi plasenta dan uterus karena aliran darah ke plasenta menurun sehingga terjadi gangguan fungsi plasenta (Sistiarani, 2008). Kondisi ini dapat

mengakibatkan komplikasi terhadap ibu yaitu kematian ibu karena perdarahan otak dan komplikasi terhadap janin yaitu kematian bayi yang disebabkan oleh komplikasi intrauterin dan persalinan prematuritas (Manuaba, 2007).

Hasil penelitian Kurniawati (2010) di RSUD Sragen menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pre eklampsia dengan kelahiran berat bayi lahir rendah (BBLR). Peluang terjadinya kelahiran BBLR lebih tinggi 3,25 kali daripada tanpa pre eklampsia. Hal ini menunjukkan bahwa pre eklampsia merupakan faktor risiko terjadinya kelahiran BBLR. Sundari (2009) di RSUD Ulin Banjarmasin menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kejadian pre eklampsia berat dengan bayi BBLR.

Menurut Solihah (2010) preeklamsi adalah salah satu penyebab kematian ibu dan bayi, yang biasanya muncul di trimester III kehamilan dan bisa juga trimester II. Gejalanya tekanan darah meningkat (lebih dari 130/90 mmHg), bengkak pada tangan dan kaki, serta seluruh tubuh, karena kadar protein tinggi dalam urine, kenaikan BB lebih dari 1,36 kg setiap minggu selama trimester II dan BB naik 0,45 setiap minggu di trimester II. Penyakit ini akan menghambat pertumbuhan janin sehingga dapat terjadi BBLR.

Hasil penelitian Iliyani (2005) di RSUD Banjarnegara menyatakan bahwa ada hubungan antara kejadian BBLR dengan komplikasi

kehamilan. Sistiarani (2008) di RSUD Margono menyatakan bahwa adanya penyakit selama hamil mempunyai risiko 6 kali lebih besar untuk terjadinya BBLR dibandingkan dengan tidak ada penyakit selama hamil.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 62,5% ibu yang mengalami preeklamsi mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR. Hal ini sesuai dengan teori diatas bahwa kadar Hb yang rendah akan mempengaruhi kemampuan sistem maternal untuk memindahkan oksigen dan nutrisi yang cukup ke janin, hal itu akan memicu terjadinya BBLR dan persalinan prematur. BBLR terjadi jika ibu menderita pre eklampsia.

Tabel 6. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Penghasilan Keluarga

Penghasilan Keluarga	BBLN F (%)	BBLR F (%)	Jumlah F (%)
< Rp 765.000,00	25 (67,7)	12 (32,4)	37 (100)
>Rp 765.000,00	38 (84,4)	7 (15,6)	45 (100)

Berdasarkan tabel 6 dapat dijelaskan bahwa keluarga yang memiliki penghasilan Rp 765.000,00 mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN yaitu 38 responden (84,4%).

Menurut Proverawati (2010) bahwa keadaan ini sangat berpengaruh terhadap timbulnya prematuritas, kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang baik dan pengawasan antenatal yang kurang.

Menurut Depkes RI (2007) bahwa prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-38% dan lebih sering terjadi di negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah.

Menurut Yusni (2009) bahwa ibu dengan sosioekonomi yang rendah akan dapat berpengaruh pada pola hidup yang kurang sehat, bila kondisi ini terjadi saat hamil maka dapat berpengaruh terhadap kesehatan janinnya. Faktor sosial ekonomi merupakan salah satu hambatan yang mempengaruhi tidak optimalnya perawatan selama kehamilan. Ibu hamil dengan status sosial ekonomi dan pendidikan rendah akan berisiko mendapatkan perawatan kehamilan yang kurang.

Dickute (2004) berpendapat faktor sosial ekonomi keluarga yang rendah merupakan faktor penting yang berhubungan dengan risiko yang dapat meningkatkan kejadian bayi berat lahir rendah dan faktor tersebut berhubungan dengan kemampuan keluarga untuk akses ke pelayanan kesehatan dan pemeriksaan kehamilan.

Menurut Subarkah (2003) bahwa faktor sosial, ekonomi dan

demografi rumah tangga tidak berpengaruh langsung terhadap BBLR. Melalui mekanisme biologis dan perilaku faktor tersebut mempunyai hubungan dengan variabel antara dalam mempengaruhi kejadian BBLR. Mekanisme biologis yang dimaksud adalah kejadian BBLR dipengaruhi oleh faktor pertambahan berat badan ibu saat hamil, sementara variabel tersebut erat kaitannya dengan faktor sosial, ekonomi dan demografi rumah tangga.

Menurut Sistiarani (2008) bahwa ekonomi keluarga dapat menunjukkan gambaran kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu selama hamil yang berperan dalam pertumbuhan janin. Keadaan sosial ekonomi sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini disebabkan keadaan gizi yang kurang baik dan pemeriksaan hamil.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Kukuh (2005) di RSUD R.A Kartini Kabupaten Jepara menyatakan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara tingkat pendapatan keluarga terhadap berat bayi lahir. Nugroheni (2007) di Kecamatan Dukuh Turi Kabupaten

Tegalmenyatakan terdapat hubungan bermakna antara tingkat sosial ekonomi dengan kejadian BBLR.

Hidayat (2008) berpendapat bahwa sosial ekonomi sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini terlihat dari anak dengan sosial ekonomi tinggi pemenuhan kebutuhan gizi sangat cukup baik dibandingkan dengan anak dengan sosial ekonomi rendah.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 84,4% keluarga yang memiliki penghasilan lebih dari UMR Kabupaten Banjarnegara mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN. Hal ini sesuai dengan teori yang diterangkan diatas bahwa sosial ekonomi sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Tabel 7. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Riwayat ANC

Riwayat ANC	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
Tidak ANC	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<4 kali	0 (0)	0 (0)	0 (0)
>4 kali	63 (76,8)	19 (23,2)	82 (100)

Berdasarkan tabel 7 dapat dijelaskan bahwa ibu yang mempunyai riwayat ANC lebih dari 4 kali mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN yaitu 63 responden (76,8%).

Menurut Prawirohardjo (2010) bahwa pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali

kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu.

Menurut Heaman (2007) bahwa pemeriksaan kehamilan merupakan upaya dalam pelayanan kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk mengurangi kesakitan dan kematian pada masa perinatal. Pelayanan pemeriksaan kehamilan tersebut mengidentifikasi kelainan dan komplikasi yang dapat terjadi selama kehamilan, serta mengidentifikasi perilaku ibu yang dapat memberikan *outcome* kelahiran yang kurang baik.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Budiman (2010) di Puskesmas Garuda menunjukkan bahwa frekuensi ANC ibu bukan faktor risiko yang berhubungan dengan BBLR. Fitri (2006) di Rumah Sakit dr Hasan Sadikin Bandung menunjukkan bahwa frekuensi ANC tidak berhubungan bermakna dengan kejadian BBLR. Trihardiani (2011) di wilayah kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara frekuensi pemeriksaan kehamilan dengan berat badan lahir.

Hal ini sejalan dengan Charreire dan Combier (2008) menjelaskan bahwa ibu hamil yang kurang efektif dalam pemeriksaan kehamilan akan meningkatkan risiko kelahiran prematur dan berat bayi lahir rendah.

Menurut Jaya (2009) bahwa pemeriksaan antenatal secara teratur akan memberikan deteksi dini terhadap ibu yang berisiko tinggi melahirkan bayi BBLR. Sehingga upaya preventif maupun kuratif dapat dilakukan secara optimal. Pelayanan antenatal

memberikan dampak yang cukup berarti pada akhir suatu kehamilan dan merupakan salah satu upaya dalam menurunkan angka morbiditas dan mortalitas pada bayi. Pemantauan selama kehamilan akan memberi kesempatan memantau dan mendiagnosa masalah yang kemungkinan terjadi selama masa kehamilan dan persalinan. Intervensi dapat dicanangkan jika pada antenatal terdapat suatu masalah.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 76,8% ibu yang melakukan ANC lebih dari 4 kali mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN. Sesuai dengan teori yang di atas bahwa pemeriksaan antenatal secara teratur akan memberikan deteksi dini terhadap ibu yang berisiko tinggi melahirkan bayi BBLR. Sehingga upaya preventif maupun kuratif dapat dilakukan secara optimal. Hanya saja pada saat pengambilan data ibu yang tidak ANC dan dengan ANC kurang dari 4 kali tidak ditemukan sehingga untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu melahirkan bayi dengan BBLR berdasarkan riwayat ANC kurang optimal.

Tabel 8. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Pertambahan Berat Badan Ibu Selama Hamil

Pertambahan berat	BBLN	BBLR	Jumlah
Badan	F (%)	F (%)	F (%)
<9 kg	6 (30)	14 (70)	20 (100)
9-12 kg	46 (90,2)	5 (9,8)	51 (100)
>12 kg	11 (100)	0 (0)	11 (100)

Berdasarkan tabel 8 dapat dijelaskan bahwa ibu yang mengalami pertambahan berat badan kurang dari 9 kg mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR yaitu 14 responden (70%) dan semua ibu yang mengalami pertambahan berat badan lebih dari 9 kg bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN yaitu 11 responden (100%).

Menurut Cuningham (2006) bahwa pada wanita dengan berat badan rata-rata atau rendah, kurangnya pertambahan berat badan selama kehamilan dapat menimbulkan pertumbuhan janin terhambat.

Hasil penelitian Damanik (2009) di Puskesmas Keling 1 Kecamatan Keling Kabupaten Jeparamenyatakan bahwa ada hubungan kenaikan berat badan ibu selama hamil dengan berat badan bayi lahir.

Menurut Hidayati (2009) bahwa pertambahan berat badan selama kehamilan rata-rata 0,3-0,5

kg/minggu. Bila dikaitkan dengan usia kehamilan, kenaikan berat badan selama hamil muda 5 kg, selanjutnya tiap trimester (II dan III) masing-masing bertambah 5 kg. Pada akhir kehamilan, pertambahan berat badan total adalah 9-12 kg.

Hasil penelitian Setianingrum (2005) di Puskesmas Ampel 1 Boyolalimenyatakan ada hubungan kuat antara kenaikan berat badan dengan berat bayi lahir. Wijayanti (2009) menyatakan ada hubungan antara kenaikan berat badan ibu hamil dengan berat badan lahir.

Lubis (2003) berpendapat bahwa status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat

tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil.

Menurut Sinclair (2009) bahwa wanita yang mengalami kenaikan berat badan sedikit berisiko lebih besar melahirkan bayi prematur/ bayi kecil masa kehamilan (KMK). Kenaikan berat badan pada awal kehamilan disebabkan oleh deposisi jaringan maternal dan volume ekspansi. Kenaikan berat badan pada awal masa hamil kurang dari 4,3 kg sebelum kehamilan 24 minggu dikaitkan dengan risiko melahirkan bayi KMK. Kenaikan berat badan pada trimester 2 akhir atau trimester 3 lebih berhubungan dengan janin, cairan amnion dan plasenta. Kenaikan berat badan yang terlambat atau tidak adekuat dikaitkan dengan kelahiran prematur.

Hasil penelitian lain yang sejalan dilakukan oleh Trihardiani (2011) di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang menyatakan bahwa ibu dengan penambahan berat badan yang tidak sesuai mempunyai risiko 6,6 kali untuk melahirkan BBLR dibandingkan subyek dengan penambahan berat badan yang sesuai.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 70% ibu yang mengalami penambahan berat badan kurang dari 9 kg mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR. Sesuai dengan teori di atas bahwa status gizi ibu mempengaruhi pertumbuhan janin yang dikandung. Kurangnya penambahan berat badan selama kehamilan menimbulkan pertumbuhan janin terhambat.

Tabel 9. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan Riwayat Merokok

Riwayat Merokok	BBLN F (%)	BBLR F (%)	Jumlah F (%)
Merokok	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tidak merokok	63 (76,8)	19 (23,2)	82 (100)

Berdasarkan tabel 9 dapat dijelaskan bahwa ibu yang tidak merokok mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN yaitu 63 responden (76,8%).

Menurut Cuningham (2006) merokok dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan serta kelahiran preterm yang berhubungan langsung

dengan jumlah rokok yang dikonsumsi.

Menurut Prawirohardjo (2008) hampir semua komplikasi pada plasenta dapat ditimbulkan oleh rokok meliputi abortus, solusio plasenta, insufisiensi plasenta, BBLR, dan plasenta previa. Hal ini akan meningkatkan kematian neonatus dan sindroma kematian bayi mendadak (SIDS).

Menurut Yuliana (2009) bahwa salah satu bahaya merokok adalah gangguan kehamilan dan janin. Penelitian yang dilakukan oleh BMA Tobacco Control Resource Centre menunjukkan bahwa ibu yang merokok selama kehamilan memiliki risiko melahirkan berat bayi dengan BBLR sebesar 1,5-9,9 kali dibandingkan dengan berat badan lahir bayi dari ibu yang tidak merokok.

Menurut Sinclair (2009) bahwa rokok mengandung lebih dari 2500 zat kimia yang teridentifikasi, termasuk karbon monoksida, amonia, aseton,

formaldehid, sianida hidrogen, piren dan vinil klorida didalam tubuh. Nikotin melepas asetil kolin, epinefrin, noepinefrin dan hormon antidiuretik, yang menyebabkan takikardia, peningkatan jumlah curah jantung, vasokonstriksi perifer, peningkatan tekanan darah, dan perubahan metabolisme lemak dan karbohidrat. Vasokonstriksi menurunkan aliran darah uteroplasenta dan berikatan dengan hemoglobin sehingga terjadi penurunan oksigenasi pada darah janin. Merokok mengurangi berat lahir bayi rata-rata sebesar 200 gram.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 76,8% ibu yang tidak merokok mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN. Peneliti berpendapat bahwa ibu yang tidak merokok memiliki risiko kecil untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Hanya saja pada saat pengambilan data tidak ditemukan ibu yang mempunyai riwayat merokok sehingga untuk mengidentifikasi faktor risiko ibu melahirkan BBLR kurang optimal.

Tabel 10. Distribusi frekuensi Gambaran Faktor Risiko Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Baru Lahir di RSUD Banjarnegara Tahun 2011 Berdasarkan jumlah janin

Jumlah janin	BBLN	BBLR	Jumlah
	F (%)	F (%)	F (%)
Gemeli	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)
Tidak gemeli	62 (78,5)	17 (21,5)	17 (100)

Berdasarkan tabel 10 dapat dijelaskan bahwa ibu yang mengandung janin gemeli mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLR yaitu 2 responden (66,7%), dan ibu yang mengandung janin tidak gemeli mayoritas bayi yang dilahirkan BBLN yaitu 62 responden (78,5%).

Menurut Cuningham (2006) kehamilan dengan dua janin atau lebih kemungkinan besar dipersulit oleh pertumbuhan kurang pada salah satu atau kedua janin dibanding janin tunggal.

Menurut Manuaba (2007) pertumbuhan janin hamil kembar tergantung dari faktor plasenta. Memperhatikan kedua faktor tersebut, kemungkinan terdapat jantung salah satu janin yang lebih kuat sehingga janin yang memiliki jantung yang lemah akan mendapat nutrisi yang kurang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

Menurut Sinclair (2009) rata-rata 70% kasus bayi kembar terbukti mengalami masalah pertumbuhan. PJT ditetapkan sebagai diagnosis jika salah satu janin kembar berada di bawah persetil ke 10 atau jika antara bayi yang satu dan bayi yang lain terjadi

ketidaksesuaian sebesar 20%. Selama hamil wanita yang mengandung bayi kembar diberi nasihat untuk mengkonsumsi sekitar 300 kalori tambahan per hari dan untuk memperoleh tambahan rata-rata 5 kg lebih banyak daripada ibu yang mengandung janin tunggal. Zat besi dan asam folat diberikan sebagai tambahan. Kenaikan berat badan yang optimal untuk kehamilan kembar adalah 10 kg pada minggu ke 24 kemudian 0,5 kg setiap minggunya sampai ibu melahirkan agar pertumbuhan janin tidak terhambat.

Penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Sibarani (2011) yang menyatakan bahwa terdapat kejadian BBLR di RSUD Dr. Taroenadibrata Purbalingga tahun 2011 sebesar 93,4% BBLR dengan tidak gemeli. Sunaryanto (2010) menunjukkan bahwa terdapat kejadian BBLR di RS Sri Ratu Medan pada tahun 2009 sebanyak 90 % BBLR dengan tidak gemeli. Fitri (2006) di Rumah Sakit dr Hasan Sadikin Bandung menyatakan bahwa tidak ada hubungan kehamilan kembar dengan kejadian BBLR.

Menurut Wiknjastro (2007) berat badan janin pada kehamilan

kembar lebih ringan daripada pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Sampai kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan berat badan janin tunggal. Setelah itu kenaikan berat badan lebih kecil, mungkin karena regangan yang berlebihan yang menyebabkan perdarahan darah plasenta berkurang. Berat badan satu janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan dibanding kehamilan tunggal. Berat badan bayi yang baru lahir umumnya pada kehamilan kurang dari 2500 gram.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa mayoritas ibu melahirkan bayi dengan BBLN yaitu 63 responden (76,8%). Berdasarkan faktor risiko ibu dapat disimpulkan bahwa ibu yang berumur 20-35 tahun mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN yaitu 50 responden (78,1%). Ibu yang mempunyai paritas lebih dari 4 mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR yaitu 2 responden (66,7%). Semua ibu yang mempunyai umur kehamilan dismatur bayi yang

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 66,7% ibu yang mengandung janin gemeli mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLR. Hal ini sesuai dengan teori bahwa kehamilan dengan dua janin atau lebih kemungkinan besar dipersulit oleh pertumbuhan kurang pada salah satu atau kedua janin dibanding janin tunggal. Ibu yang mengandung janin kembar perlu tambahan nutrisi karena nutrisi yang kurang menyebabkan pertumbuhan janin terhambat.

dilahirkan pada kategori dismatur yaitu 4 responden (100%). Ibu yang mengalami preeklamsi mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR yaitu 5 responden (62,5). Keluarga yang memiliki penghasilan lebih dari UMR Kabupaten Banjarnegara mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLN yaitu 38 responden (84,4%). Ibu yang mempunyai riwayat ANC lebih dari 4 kali mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN yaitu 63 responden (76,8%). Ibu yang mengalami penambahan berat badan

kurang dari 9 kg mayoritas bayi yang dilahirkan pada kategori BBLR yaitu 14 responden (70%). Ibu yang tidak merokok mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLN yaitu

63 responden (76,8%). Ibu yang mengandung janin gemeli mayoritas bayi yang dilahirkan dalam kategori BBLR yaitu 2 responden (66,7%).

DAFTAR PUSTAKA

- Arif. 2009. *Neonatus dan Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Azwar A. 2002. *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Batam: Penerbit Binarupa Aksara Batam Center.
- Bappeda. 2011. *Sambutan bupati Purbalingga dalam penerimaan PKMD*.
<http://bappeda.purbalinggakab.go.id/produk-bappeda/sambutan-bupati-purbalingga>.(diakses tanggal 22 Desember 2011)
- Budiarto, E. 2002. *Bistatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta :EGC.
- Budiman, et all. 2011. *Faktor Ibu yang Berhubungan dengan Berat Badan Bayi Lahir di Puskesmas Garuda tahun 2010*. STIKES Jenderal A. Yani Cimahi.
- Candra. 2010. *Penurunan AKI/AKB secara komprehensif*.
http://waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=158076:penurunan-akiakb-secarakomprehensif&catid=25:Itemid=44.(diakses tanggal 22 Desember 2011)
- Charreire, H. & Combier, E. 2008. *Poor antenatal care in an urban area*. *Health & Place*. 15(2):412-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783978>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Cunningham, et all. 2006. *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Damanik, R. 2009. *Hubungan Kecukupan Zat Gizi, Kenaikan berat Badan dan Status Gizi Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Badan bayi di Puskesmas Keling 1 Kecamatan Keling Kabupaten Jepara*
<http://eprints.undip.ac.id/5879/>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Depkes RI. 2007. *Manajemen BBLR untuk Bidan*. Jakarta : Depkes RI.
- Dickute, et all. 2004. *Maternal socio-economic factors and the risk of low birthweight in Lithuania*. 40(5) :475-82.
http://evidence.unboundmedicine.com/evidence/ub/citation/15170418/Maternal_socio_economic_factors_and_the_risk_of_low_birth_weight_in_Lithuania.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. 2010. *Pertemuan Sinkronisasi Perencanaan dan Penganggaran Program Pembangunan Kesehatan*.

- http://www.jatengprov.go.id/?document_srl=5375.(diakses tanggal 22 Desember 2011)
- <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/15/>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Fitri. 2006. *Hubungan Beberapa Faktor Ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit dr Hasan Sadikin Bandung Januari-Februari 2006*. Universitas Diponegoro.
- Fraser, et all. 2009. *Myles Buku Ajar Bidan*, Edisi. 14. Jakarta : EGC.
- Gunawan, S. 2010. *Mau Anak Laki-laki atau Perempuan Bisa Diatur*. Jakarta Selatan : Agromedia Pustaka.
- Hidayat, A. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- _____. 2008. *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak* Jilid 1. Jakarta : Salemba Medika.
- HTA. 2008. *Perawatan BBLR dengan Metode Kangguru*. <http://www.bndes.gov.br/english/studies/KangarooMother.pdf>. 2008. 50 Haksari EL, Surjono A, Setyowireni D. Kangaroo mother care in low birth weight infant: a randomized controlled trial. *Pediatrica Indonesiana*. 2002;42:3-4.(diakses tanggal 12 Desember 2012)
- Humas. 2011. *Misi3*. http://www.jatengprov.go.id/?mid=wartadaera&listStyle=list&sort_index=voted_count&order_type=desc&page=25&category=4198&document_srl=18283.(diakses tanggal 22 Desember 2011)
- Heaman, et all. 2008. *Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcome*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8(15): 1471-1477.
- Iliyani, D. 2005. *Beberapa Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di RSUD Banjarnegara Maret 2005* <http://www.fkm.undip.ac.id/data/index.php?action=4&idx=2633>.(diakses tanggal 4 Agustus 2012)
- Jaya, N. 2009. *Analisis Faktor Kejadian BBLR di Rumah Sakit Ibu dan Anak Siti Fatimah Kota Makasar*. Politeknik Kesehatan Makasar.
- Khatun & Rohman. 2008. *Socioeconomic determinants of low birth weight in Bangladesh: a multivariate approach*. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 34(3):81-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476252>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Kukuh. 2005. *Pengaruh Beberapa Faktor Ibu dan Sosial Ekonomi terhadap Berat Bayi Lahir di RSUD R. A Kartini Kabupaten Jepara Tahun 2003*. Universitas Diponegoro.
- Kurniawati, L. 2010. *Hubungan Preeklamsi dengan Kejadian BBLR di RSUD Sragen*. http://digilib.uns.ac.id/pengguna.php?mn=detail&d_id=15853.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Lubis. 2003. *Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya terhadap Bayi yang Dilahirkan*. http://ict.smpn1karangmojo.sch.id/kgi/konten_kgi/sma/_how/k/kesehatan/12_status_gizi_ibu_hamil.pdf&sa=U&ei=8RxPUJrVIOzyigKO_YgwDg&ved=0CB.(diakses tanggal 9 Agustus 2012)
- Manuaba. 2007. *Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan dan Keluarga*

- Berencana untuk Pendidikan. Jakarta : EGC.
- _____. 2008. *Gawat Darurat Obstetri Ginekologi dan Obstetri Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- _____. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Noorikhfan. 2012. *Upah Minimum Regional 2012 Jawa Tengah (UMR)*.
- Noorikhfan.web.id/2012/05/upah-minimum-regional-2012-jawa-tengah.UMR/(diakses tanggal 12 September 2012)
- Nugraheni, N. 2007. *Hubungan Beberapa faktor Ibu dengan Kejadian BBLR di Kecamatan Dukuh Turi Kabupaten Tegal*. Universitas Diponegoro.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pamungkas, Rita. 2009. *Gambaran faktor penyebab kejadian Berat bayi lahir rendah (BBLR) di RSUD PROF. DR. Margono Soekarjo Purwokerto tahun 2009*.
http://sainsbidan.com/index.php?option=com_content&view=article&id=109:abstrak-bblr&catid=38:kti&Itemid=53.(diakses tanggal 2 Desember 2011)
- Pantiawati, I. 2010. *Bayi dan BBLR*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Proverawati, A. 2010. *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Saifudin. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saryono. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia.
- _____. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendekia.
- Septiarini, D. 2003. *Hubungan Umur, Paritas, Riwayat Kehamilan, Praktik Tentang Antenatal Care (ANC), Status Gizi dan Beban Kerja dengan Kejadian BBLR (Studi pada Ibu Buruh Tani di Wilayah Kerja Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal Tahun 2002)*. Universitas Diponegoro.
- Setyaningrum. 2006. *Hubungan Antara Kenaikan Berat Badan, LiLa,dan Kadar Hb Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Badan Lahir di Puskesmas Ampel 1 Boyolali Tahun 2005*. Universitas Negeri Semarang.
- Sianturi, I. 2009. *Karakteristik Ibu Yang Melahirkan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) tahun 2007*.
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14683/3/08E00943.pdf>

- .txt. (diakses tanggal 22 Desember 2011)
- Menggapai-Jawa-Tengah-Sehat-2010-.(diakses tanggal 12 Desember 2011)
- Sibarani, T. 2011. *Gambaran Kejadian BBLR di RSUD Dr. Goeteng Taroenadibrata Kabupaten Purbalingga tahun 2010*. STIKES Harapan Bangsa Purwokerto.
- Trihardiani, I. 2011. *Faktor Risiko Kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang*. Universitas Diponegoro.
- Simanjuntak, N. 2009. *Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan Kejadian BBLR di Badan Pengelola Rumah Sakit Umum (BPRSU) Rantauprapat Kabupaten Labuhan Batu tahun 2008*. USU.
- United Nations Children's Fund and World Health Organization. 2004. *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. UNICEF, New York. http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf. (diakses tanggal 12 Desember 2011)
- Sinclair, C. 2009. *Buku Saku Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta : EGC.
- Sistiarani, C. 2008. *Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal yang Berisiko*. Semarang : UNDIP.
- Wijayanti, T. 2009. *Hubungan Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil dengan Berat Badan Bayi Lahir di Puskesmas Klego 1 Kabupaten Boyolali* <http://digilib.akbideub.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=akbideub--titikwijay-65>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Solihah, L. 2010. *Panduan Lengkap Hamil Sehat*. Yogyakarta : Divapress.
- Wiknjastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Subarkah. 2004. *Hubungan Kondisi Sosial Ekonomi dan Demografi Rumah Tangga dengan Berat Lahir (Studi di Indramayu, Jawa Barat 2001-2003)*. Universitas Indonesia.
- _____. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sunaryanto. 2010. *Gambaran Kejadian BBLR dan Prematur di Rumah Sakit Sri Ratu Medan tahun 2009*. USU.
- Yusni, F. 2009. *Frekuensi Pemeriksaan Selama Kehamilan dan Berat Bayi Lahir Rendah (Analisis Data SKDI 2002-2003)* http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku
- Sundari. 2009. *Hubungan Pre eklamsi dengan BBLR di RSUD Ulin Banjarmasin tahun 2009*. <http://djaeichuen-ichuen.blogspot.com/2010/08/hubungan-pre-eklamsia-berat-dengan-bayi.html?zx=afb23360be0f0771>.(diakses tanggal 12 Agustus 2012)
- Taufik. 2010. *Menggapai Jawa Tengah Sehat 2010*. <http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/cetak/2010/01/21/96039/>

_id=43213&obyek_id=4.(diakses

tanggal 2 desember 2012)