

## HUBUNGAN PELAYANAN ANTENATAL FOKUS OLEH BIDAN DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH

Mufdlilah<sup>1</sup>, Sulchan Soefwan<sup>2</sup>, Djauhar Ismail<sup>3</sup>

**Abstract:** The study aimed at investigating and proving the relationship between focused Antenatal Care (ANC) services assisted by midwives and the incidence of low birth weight (LBW). The proposed hypothesis was lower than that the proposed hypothesis that the mendence of LBW of the freused NAC was lower that yhe not focused ANC. The subjects were 126 delivering mothers assisted by midwives, consisting of 63 mother delivering babies with approvider birth weight and 63 mothers delivering babies with low birth weight after homogeneity in maternal age was performed. Data were collected through questionnaire for the scale (measurement tool) of focused antenatal services. Statistic methods used were univariate, bivariate, multivariate analyses. In this study showed that the mendence of LBW of the mother who had freucused ANC was lower of than that had focused NAC, but the statistically not different LP = 0,82; OR = 1,094; the nutrition LP = 0,010; OR = 4,29; and parity P= 0,032 ; OR = 2,28 avere risk factors of LBW.

**Kata kunci:** Pelayanan antenatal fokus, BBLR.

### PENDAHULUAN

Menurut laporan SDKI ( Survei Demografi Kependudukan Indonesia) 1997, AKB (Angka Kematian Bayi) di Indonesia mencapai 46/1000 kelahiran hidup, kemudian pada tahun 2003 menurun menjadi 35/1000 kelahiran hidup. Diharapkan pada tahun 2010, AKB mengalami penurunan menjadi 23/1000 kelahiran hidup. AKB di Indonesia sangat bervariasi, yang paling rendah propinsi DIY

yaitu 20,32/1000 kelahiran hidup dan untuk kota Jogjakarta AKB mencapai 7,6/1000 kelahiran hidup. Lebih dari 70% kematian bayi terjadi pada masa neonatal dini (Depkes RI, 2003)

Pendekatan program *Maternal Neonatal Health* (MNH) sehubungan dengan pelayanan antenatal fokus terletak pada penekanan kualitas bukan kuantitas dalam kunjungan antenatal. Untuk kehamilan normal hanya merekomendasikan

<sup>1</sup> Dosen Program Studi Ilmu Kebidanan STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta

<sup>2</sup> Dosen Program Pascasarjana Ilmu Kedokteran Klinik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

<sup>3</sup> Dosen Program Pascasarjana Ilmu Kedokteran Klinik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

pelayanan antenatal minimal empat kali kunjungan. Tujuan utama dari pelayanan antenatal fokus ini adalah untuk menolong ibu hamil, mempertahankan melalui kehamilan normal, melalui identifikasi kondisi kesehatan sebelumnya, deteksi dini dari komplikasi yang muncul selama kehamilan, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, persiapan kelahiran dan perencanaan kesiapan komplikasi ( JHPIEGO,2004)

Deteksi dan pencegahan komplikasi melalui wawancara dan pemeriksaan ibu hamil dapat mendeteksi masalah yang mungkin berdampak pada kehamilan, bagi seorang yang memerlukan perhatian khusus. Kondisi seperti bahaya komplikasi berpengaruh pada ibu dan bayi jika mereka tidak ditanya termasuk di dalamnya HIV/AIDS, siphilis, penyakit seksual yang lain, malnutrisi, tuberkulosis (TBC) (khususnya pada populasi HIV/AIDS yang banyak), juga kondisi seperti anemia, perdarahan pada vagina, eklamsia, gawat janin, abnormal posisi janin setelah 36 minggu dapat menyebabkan diindikasikan sebagai komplikasi yang merupakan deteksi dini, praktek pengobatan dan pemeriksaan preventif (Villar, Ba'aeel, Piaggio, *et al*, 2001)

Elemen baru dari pelayanan antenatal fokus meliputi identifikasi kondisi kesehatan sebelumnya, deteksi dini dari komplikasi yang muncul selama kehamilan, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit serta persiapan kelahiran dan perencanaan kesiapan komplikasi sebagai salah satu strategi utama untuk memperbaiki kesehatan maternal dan perinatal (Von Both & Fleba, 2001).

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian observasional dengan menggunakan desain penelitian kasus kontrol studi dengan melakukan homogenitas pada usia ibu. Tempat penelitian di RSD Panembahan Senopati Bantul dan RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Waktu

penelitian bulan April-Agustus 2008.

Subjek penelitian adalah seluruh ibu yang melahirkan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) dan BBLC (Berat Badan Lahir Cukup) dengan bayi yang dirawat bulan April sampai dengan bulan Agustus 2008 di RS Panembahan Senopati Bantul dan RSU PKU Muhammadiyah Bantul yang memenuhi kriteria penelitian dengan penentuan subjek menggunakan homogenitas usia ibu.

Kriteria inklusi kasus (BBLR) dalam penelitian ini meliputi: berat badan bayi <2500 gram (ditimbang dalam 24 jam setelah lahir), ditolong bidan, dan melakukan ANC dengan bidan. Kriteria eksklusi kasus (BBLR). Bayi lahir kembar, cacat bawaan, dan ada riwayat infeksi dalam kandungan (TORCH); Ibu menderita penyakit kronis (kencing manis, penyakit ginjal kronis, jantung, hipertensi, *toximia gravidarum*, gizi buruk, diketahui ada kelainan uterus dan kelainan placenta, kelainan pembuluh darah, insersi tali pusat yang tak normal, infeksi placenta, dan placenta kecil).

Kriteria inklusi kontrol (BBLC), berat badan bayi > 2500 gram (ditimbang dalam 24 jam setelah lahir), ditolong bidan, janin tunggal dan ibu melakukan ANC dengan bidan. Kriteria eklusi kontrol (BBLC), bayi yang dilahirkan dari ibu dengan penyakit DM, ginjal kronis, jantung, hipertensi, eklamsia dan anemia berat.

Kelompok kontrol adalah ibu yang melahirkan bayi dengan berat lahir normal/cukup (BBLC). Untuk membantu ketepatan kontrol tersebut dapat digunakan dengan cara memilih kasus dan kontrol dari populasi yang sama, dengan homogenitas pada variabel dipilih waktu yang sama dan berurutan pada waktu yang telah ditetapkan (Santoso, 2001) Dalam penelitian ini dengan mengendalikan faktor variabel luar dan meningkatkan presisi dilakukan dengan pencocokan dalam umur ibu.

Sampel dalam penelitian ini diambil

dengan cara random. Pada penelitian kasus kontrol estimasi besar sampel dengan menggunakan rumus Dahlan (2004) dengan rata-rata estimasi  $OR = 3,65$  berdasarkan penelitian sebelumnya,  $p_2 =$  Proporsi Kejadian BBLR = 6,4%. Berdasarkan perhitungan di atas, diperoleh besar sampel masing-masing 63 untuk kelompok kasus dan kontrol, sehingga jumlah ibu yang melahirkan yang bayinya dirawat di rumah sakit yang diikutkan dalam penelitian ini adalah 126.

Pengambilan sampel dilakukan dengan

*consecutive sampling*, yaitu setiap responden yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Data karakteristik responden yang meliputi pelayanan antenatal, gizi ibu, paritas, pendidikan ibu dan jarak kelahiran dengan nilai  $p$  hasil uji statistic *Chi square* secara terinci disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Ibu Melahirkan

| NO. | KARAKTERISTIK RESPONDEN                        | n<br>N=126 | PERSEN |
|-----|--|------------|--------|
| 1.  | ANC  |            |        |
|     | Kurang fokus                                   | 81         | 64,3%  |
|     | Fokus  | 45         | 35,7%  |
| 2.  | Umur ibu                                       |            |        |
|     | < 20 tahun dan > 35 tahun                      | 44         | 34,9%  |
|     | 20 s.d. 35 tahun                               | 82         | 65,1%  |
| 3.  | Pendidikan ibu                                 |            |        |
|     | Dasar SD-SMP                                   | 57         | 45,2%  |
|     | Menengah ke atas SMA-PT                        | 69         | 54,8%  |
| 4.  | Paritas  |            |        |
|     | 1 atau >3                                      | 75         | 59,5%  |
|     | 2-3  | 51         | 40,5%  |
| 5.  | Jarak kelahiran                                |            |        |
|     | < 24 dan > 36 bulan                            | 117        | 92,9%  |
|     | 24 s.d. 36 bulan                               | 9          | 7,1%   |
| 6.  | Gizi ibu                                       |            |        |
|     | Tidak baik (BB naik < 10 kg dan LLA < 23,5 cm) | 23         | 18,3%  |
|     | Baik (BB naik 10-12 kg dan LLA > 23,5 cm)      | 103        | 81,7%  |
| 7.  | Bayi berat lahir                               |            |        |
|     | BBLR (< 2500 gram)                             | 63         | 50%    |
|     | BBLC ( $\geq$ 2500 gram)                       | 63         | 50%    |

Sumber : Olah Data Primer dari Kuesioner, 2008

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar pelayanan antenatal kurang fokus sejumlah 81 (64,3%) dan 45 (35,7%) pelayanan antenatal fokus. Umur ibu sebagian besar 20-35 tahun sejumlah 82 (65,1%), yang kurang 20 dan lebih 35 tahun sejumlah 44 (34,9%). Pendidikan ibu yang sebagian besar menengah ke atas 69 (54,8%) sedangkan yang pendidikan dasar 57 (45,2%). Paritas sebgaiian besar 1/>3 adalah 75 (59,5%) sedangkan yang paritas 2-3 sejumlah 51 (40,5%). Jarak kelahiran yang terbesar <24 bulan dan >36 bulan adalah sejumlah 117 (92,9%) sedangkan yang 24-36 bulan adalah 9 (7,1%). Status gizi ibu, sebgaiian besar adalah gizi ibu baik 103 (81,7%) sedangkan yang gizi tidak baik 23 (18,3%).

**Tabel 2. Hubungan variabel Pelayanan ANC fokus, paritas, pendidikan ibu jarak kelahiran, status gizi ibu dengan BBLR.**

| No                        | Variabel          | BBLR | BBLC | p     | OR   | CI 95%        |
|---------------------------|-------------------|------|------|-------|------|---------------|
| 1                         | Paritas           |      |      |       |      |               |
|                           | 1/>3              | 44   | 31   | 0,018 | 2,39 | 1,152-4,962   |
| 2-3                       | 19                | 32   |      |       |      |               |
| 2                         | Pendidikan Ibu    |      |      |       |      |               |
|                           | Dasar (SD-SLTP)   | 26   | 31   | 0,371 | 0,72 | 0,359-1,466   |
| Menengah ke atas (> SLTA) | 37                | 32   |      |       |      |               |
| 3                         | Jarak Kelahiran   |      |      |       |      |               |
|                           | <24 bln & >36 bln | 57   | 60   | 0,299 | 0,47 | 0,133-1,990   |
| 24-36 bln                 | 6                 | 3    |      |       |      |               |
| 4                         | Status Gizi Ibu   |      |      |       |      |               |
|                           | Tidak baik        | 18   | 5    | 0,003 | 4,64 | 1,600- 13,454 |
| Baik                      | 45                | 58   |      |       |      |               |
| 5                         | ANC               |      |      |       |      |               |
|                           | Kurang fokus      | 43   | 38   | 0,353 | 1,41 | 0,680-2,942   |
| Fokus                     | 20                | 25   |      |       |      |               |

**Tabel 3. Koefisien logistic regresi: Hubungan variabel paritas, gizi ibu, ANC fokus, dengan BBLR.**

| Variabel     | $\beta$ | p(sig) | OR   | CI 95% |        |
|--------------|---------|--------|------|--------|--------|
|              |         |        |      | Lower  | Upper  |
| ANC          |         |        |      |        |        |
| Kurang fokus | 0,090   | 0,822  | 1,09 | 0,499  | 2,396  |
| Fokus        |         |        |      |        |        |
| Paritas      |         |        |      |        |        |
| 1/>3         | 0,825   | 0,032  | 2,28 | 1,072  | 4,860  |
| 2-3          |         |        |      |        |        |
| Gizi Ibu     |         |        |      |        |        |
| Tidak baik   | 1,457   | 0,010  | 4,29 | 1,416  | 13,016 |
| Baik         |         |        |      |        |        |

Tabel 2 menggambarkan keseluruhan hasil uji *chi square* variabel status gizi ibu dengan variabel BBLR memiliki hubungan yang bermakna ( $P= 0,003$  atau  $p<0,05$ ) pada nilai OR 4,64 dengan IK 95 % (1,600-13,454) memperlihatkan bahwa peluang bagi responden dengan status gizi tidak baik meningkatkan risiko kejadian BBLR adalah 4,6 kali lipat dibandingkan dengan responden dengan status gizi baik.

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dari status gizi ibu dengan risiko kejadian BBLR. Didukung oleh pendapat Suroso (2002) yang menyatakan bahwa terjadinya komplikasi kehamilan seperti anemia, talasemia, dan prematuritas, disebabkan oleh *hemadelusi* nutrisi ibu. Penelitian ini juga mendukung penelitian (Rakizah, 2003). Hasil penelitian Suroso (2002) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara LLA selama hamil dengan kejadian BBLR.

Pada variabel paritas dengan variabel BBLR memiliki hubungan yang bermakna ( $p=0,018$ ) pada nilai OR 2,39 dengan IK 95 % antara 1,152 sampai 4,962 memperlihatkan bahwa peluang bagi responden dengan paritas 1 atau  $>3$  meningkatkan risiko melahirkan BBLR 2,3 kali lebih tinggi dibandingkan responden dengan paritas 2-3. Ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan BBLR mendukung hasil penelitian Suharsono (1990) yang menyatakan bahwa *primigravida* mempunyai risiko lebih tinggi untuk mendapatkan bayi dengan BBLR dibanding ibu dengan paritas 2 dan 3.

Berbeda dengan hasil penelitian Rakizah (2002) bahwa paritas dengan BBLR tidak ada hubungan yang bermakna. Berbeda pula dengan penelitian (Sucipto, 2000), Rahmat (1996) dengan rancangan penelitian *kohort* jumlah sampel 183 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara paritas

dengan kejadian BBLR. Mendukung penelitian (Suroso, 2002) yang menyatakan bahwa ibu yang pernah melahirkan pertama kali terdapat hubungan yang signifikan secara statistik dengan kejadian BBLR ( $p=0,001$ ) Ibu dengan status *primigravida* cenderung melahirkan BBLR 3,1 lebih tinggi dibanding dengan ibu paritas 2-3.

Pelayanan antenatal fokus yang didefinisikan sebagai pelayanan sesuai standar ANC oleh Depkes RI. Hasil analisis bivariabel memperlihatkan bahwa pelayanan antenatal fokus dengan kejadian BBLR memiliki hubungan yang bermakna secara klinis ( $p=0,353$ ) dan nilai OR=1,41 (CI 95 %:0,680-2,942) namun, secara statistik tidak bermakna. Pada penelitian (Rakozah, 2003) di Purworejo, menunjukkan bahwa kualitas pelayanan antenatal yang baik didefinisikan sebagai pelayanan sesuai standar ANC oleh Depkes RI. Penelitian Syafri menunjukkan, hasil analisis bivariabel memperlihatkan bahwa kualitas pelayanan antenatal dengan BBLR memiliki hubungan bermakna ( $p=0,01$ ) pada nilai *Chi-Square* 21,298, dan OR=7,097 (CI 95%:2,92-17,30).

Penelitian Suharsono & Praptohardjo (1990) Studi *cohort* terhadap 604 ibu melahirkan bayi BBLR didapatkan 73,67% ibu melakukan ANC tidak teratur. Penelitian *case control* yang dilakukan Katz (Katz, Armstrong, Loberto, 1994) Hubungan adekuat ANC dengan kejadian BBLR diperoleh hasil OR 2 ibu yang ANC hanya trimester I, OR 1 ibu yang ANC sampai trimester II, OR 2,7 ibu yang ANC sampai trimester III, dan OR 6,3 ibu yang ANC sampai melahirkan.

Mendukung penelitian Marcelo *et al* (2004) *Trend in Prenatal Care Use and Low Birth Weight in Southeast Brazil*, studi kohort menyimpulkan bahwa kejadian BBLR karena mereka tidak mendapatkan perawatan selama masa ANC. Sedangkan penelitian Carroli, Villar, piaggio *et al*

(2001) tentang pengujian percobaan secara acak atas efektifitas ANC rutin jumlah kunjungan ANC yang lebih sedikit, dengan atau tanpa unsur yang berorientasi pada tujuan, akan sama efektifnya dengan model ANC standar dalam hal hasil klinis, biaya, dan kepuasan pasien.

Mendukung penelitian Turan *et al* (2007), ANC fokus di 3 rumah sakit di Istanbul Turki menggunakan metode *Bruce-Jain*. Hasil penelitian mengidentifikasi masalah tehnik pelayanan, kepuasan pasien, pelayanan antar personal yang baik, ketetapan informasi, dan keberlanjutan. Berbeda dengan penelitian Von Both, Fleba (2006) yang menyatakan, pendekatan ANC mengenalkan pendekatan dengan ANC fokus yang mengutamakan kualitas kunjungan daripada kuantitas. Pendekatan ini mengenalkan bahwa kunjungan berkala tidak serta merta meningkatkan hasil akhir kehamilan dan di negara berkembang secara logistik dan finansial.

*Family Care International Skilled Care Initiative* menurut Von Both, Fleba (2006) pelayanan antenatal diberikan oleh petugas yang terampil dan berkesinambungan dicatat dalam kartu ibu, didiskusikan persiapan menghadapi komplikasi, mempromosikan kesehatan meliputi konseling KB, gizi, kebersihan diri, perawatan buah dada, persiapan menyusui, persiapan persalinan, biaya antisipasi kelahiran, ketersediaan tabungan, dan pendampingan saat melahirkan, pemberian tetanus toxoid, pemberian suplemen zat besi, konsumsi alcohol dan tembakau, mendeteksi penyakit yang diderita, HIV/AIDS/AIDS, syphilis, tuberculosis, penyakit medis lain (tekanan darah tinggi, kencing manis, anemia berat, perdarahan per vagina, preeklamsia, eklamsia, dan malpresentasi setelah kehamilan 36 minggu).

JHPIEGO (2004) menyatakan bahwa untuk mendapatkan proses pelayanan

antenatal fokus dipengaruhi tenaga profesional, dana, sarana, dan prosedur kerja yang tersedia.

Dengan menggunakan *logistic regresi* pada variabel paritas  $p < 0,05$  dengan  $OR = 2,28$  menunjukkan bahwa paritas 1 atau  $> 3$  meningkatkan risiko melahirkan BBLR 2,2 kali dibanding dengan paritas 2-3.

Variabel gizi ibu  $p < 0,05$  dengan  $OR = 4,293$  menunjukkan bahwa status gizi yang tidak baik meningkatkan risiko kejadian BBLR 4,2 kali dibanding dengan status gizi ibu baik.

ANC fokus  $p > 0,05$  dengan  $OR = 1,09$  menunjukkan bahwa statistik tidak signifikan ( $OR = 1,09$ ). Setelah dilihat dari gizi ibu dan paritas, ada yang lebih berpengaruh meningkatkan risiko BBLR.

Pada pelayanan antenatal fokus secara relatif pengembangan standar dari satu wilayah dengan wilayah relatif disesuaikan dengan kebutuhan ibu hamil sesuai dengan kondisi dan wilayah. Seharusnya pelayanan antenatal fokus diberikan secara berbeda disesuaikan dengan kebutuhan ibu hamil dengan kondisi komunitas setempat (tempat yang angka kejadian malaria tinggi, maka diberlakukan antenatal yang fokus untuk penanganan pada kasus ibu hamil dengan malaria), akan tetapi pada penelitian ini dianggap semua responden sama. Juga pada daerah tertentu yang rawan penularan HIV/AIDS perlu difokuskan pelayanan Antenatal terhadap penanganan ibu hamil risiko terinfeksi HIV/AIDS. Demikian juga pada daerah yang tinggi kejadian penyakit cacang yang menimbulkan anemia, kekurangan yodium.

Pelayanan antenatal tidak berpengaruh dengan kejadian BBLR dimungkinkan pula responden saat dilakukan pemeriksaan oleh bidan sebagai pelaksana pelayanan antenatal, ibu hamil mungkin ada yang menjawab kurang fokus. Namun kenyataan yang

terjadi, ibu hamil akan memenuhi dan bersedia memberikan asupan dan kebutuhan pada dirinya dengan baik. Hal tersebut juga dimungkinkan ibu hamil tidak ditanya oleh bidan saat dilakukan pemeriksaan sudah melakukan dan sudah paham. Selanjutnya bidan tidak menanyakan hal tersebut kepada ibu hamil kemudian dinilai tidak fokus. Dengan demikian, seolah-olah pelayanan antenatal dinilai kurang fokus padahal ibu hamil dalam keadaan tidak membutuhkan yang dianggap perlu dan penting oleh bidan. Oleh karena itu, penilaian pelayanan antenatal fokus dianggap tidak fokus akan tetapi kemungkinan ibu hamil tersebut melakukan hal yang baik sesuai dengan kebutuhan ibu hamil.

Pernyatakan bahwa faktor yang berpengaruh peningkatan risiko BBLR adalah selama hamil tidak ada penambahan BB yang optimal dan <20% dari berat badan ibu sebelum hamil (Turan *et al*, 2007)

Faktor-faktor lain yang berpengaruh kejadian BBLR adalah status sosial ekonomi rendah, risiko medis ibu sebelum hamil perilaku dan lingkungan meliputi perokok, pecandu alkohol, terpapar bahan kimia toksik ditempat kerja, tempat tinggal ditempat ketinggian, petugas kesehatan yang tidak profesional saat pemeriksaan kepada ibu hamil, stress psikososial mempunyai risiko terhadap keadaan kesehatan ibu selama hamil dan secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap meningkatnya kejadian BBLR (Chunningham, Mc. Donal, Gant, 1997)

Pendapat bahwa faktor lain sebagai predisposisi terjadinya BBLR dipengaruhi juga oleh faktor ekonomi, budaya, kadar Haemoglobin ibu, penambahan berat badan saat hamil yang dipengaruhi juga berat badan sebelum hamil, laktasi anak terakhir, penyakit infeksi dan penyakit kronis ibu. Tidak hanya pada saat ANC fokus selama hamil sebagai faktor yang berhubungan

dengan peningkatan risiko BBLR juga dipengaruhi faktor determinan sebelum hamil selain faktor pelayanan kesehatan (ANC) (Behrman, 1987)

Bobot pada setiap item pertanyaan pada kuesioner oleh pelaksana pelayanan saat memeriksa ibu hamil dimungkinkan dengan pertimbangan hal-hal penting saja, pada item yang langsung dianggap berpengaruh kepada perkembangan janin dan keadaan ibu hamil. Dilakukan bagi pelayanan antenatal dengan memperhatikan hal-hal khusus saja, kemudian itu dilakukan secara rutin oleh bidan. Sedangkan bobot pada setiap item di kuesioner dianggap sama. Juga dimungkinkan ibu hamil merasa kurang penting adanya konseling, informasi dan edukasi (KIE) yang dilakukan oleh bidan sehingga tidak menjadi fokus dan dianggap tidak menjadi kebutuhan ibu hamil. Demikian juga sebaliknya, KIE sedikit atau jarang dan terbatas dilakukan oleh bidan karena melihat item tersebut kurang berpengaruh langsung terhadap keadaan ibu hamil.

Tidak terdapat hubungan antara frekwensi perawatan pelayanan antenatal dengan BBLR ( $p>0,05$ ). Penelitian Carroli, Villar, Piaggio *et al* (2001) tentang pengujian percobaan secara acak atas efektifitas pelayanan antenatal rutin, jumlah kunjungan antenatal yang lebih sedikit, dengan atau tanpa unsur yang berorientasi pada tujuan, akan sama efektifnya dengan model pelayanan antenatal standar dalam hal hasil klinis, biaya dan kepuasan pasien (Kardjiati, 1987)

Pelayanan antenatal yang mengutamakan kualitas kunjungan daripada kuantitas. Pendekatan antenatal fokus mengenalkan bahwa kunjungan berkala tidak serta merta meningkatkan hasil akhir kehamilan di negara berkembang secara logistik dan financial (Von Both & Fleba, 2006)

Penelitian pelayanan antenatal di tiga rumah sakit di Istanbul, Turki, menggunakan

metode *Bruce Jain*. Hasil penelitian mengidentifikasi masalah teknik pelayanan, kepuasan pasien, pelayanan antarpersonal yang baik, ketetapan informasi dan keberlanjutan berpengaruh terhadap hasil antenatal dan dampak kesehatan janin yang dikandung (Turan *et al*, 2007)

Pendapat menyatakan bahwa untuk mendapatkan pelayanan antenatal fokus dipengaruhi tenaga profesional, dana, sarana dan prosedur kerja yang tersedia (JHPIEGO, 2004)

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah kejadian BBLR pada pelayanan antenatal fokus oleh bidan lebih rendah dibanding dengan kejadian BBLR pada pelayanan antenatal kurang fokus, namun secara statistik dan klinis tidak bermakna, faktor lain yang meningkatkan risiko BBLR adalah gizi ibu dan paritas.

### Saran

Pertama, untuk pemerintah khususnya pada bidan agar dapat mempertimbangkan pada wilayah tertentu yang membutuhkan pelayanan fokus (daerah endemi malaria, prevalensi penyakit HIV/AIDS tinggi, daerah rawan cacing) untuk meningkatkan konseling, Informasi dan Edukasi (KIE) dan promosi kesehatan ibu hamil akan pentingnya pemeriksaan kehamilan. Termasuk perbaikan gizi ibu hamil.

Kedua, melakukan penelitian dengan memperhatikan variabel tentang pengetahuan, sosial-ekonomi ibu hamil untuk membuktikan status gizi ibu hamil. Juga melakukan penelitian dengan *matching* pada paritas, dan meminimalkan faktor bias informasi dengan memperhatikan kuesioner dengan bobot nilai pada setiap item pertanyaan yang berpengaruh langsung pada BBLR. Mempertimbangkan pula bobot nilai minimal pada standar ANC minimal  $\leq 75\%$ .

## DAFTAR RUJUKAN

- Behrman, R.E., 1987, *Preventing Low Birthweight*, Commite to study The Prevention of Low Brithweight Division at Health Promotion and Disease Prevention Institute at Medicine National Academy Press. Washington DC.
- Carroli G, Villar J, Piaggio G *et al*. 2001. *WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care*. Lancet 2001; 357: 1565-1570.
- Cunningham, MD, F.G., Mc Donald PC., Gant, NF., 1997, *Obstetri William*, Editor Ronardy, DH., Bagian 14, EGC, Jakarta.
- Departmen Kesehatan RI, *Standar Asuhan Kebidanan Bagi Bidan Di Rumah Sakit dan Puskesmas*. Jakarta: DepKes RI. 2003; 3-10.
- JHPIEGO Maternal and Neonatal Health Program, 2004, *Behavior Change Intervension for Safe Matherhood: Common Problem Unique Solutions the MNH program expience*. JHPIEGO, Baltimore, MD.
- Kardjati SM., 1987, *Determinan Bayi Berat Lahir Rendah Dalam Kaitannya dengan Kesehatan Bayi Baru Lahir dan Keamanan Persalinan: Laporan Lokakarya Peningkatan Keamanan Persalinan dan Kesehatan Bayi Baru Lahir*, Perkumpulan Perinatologi Indonesia, Depkes RI.
- Katz SJ., Armstrong WW., Loberto JP., 1994, *The Adequacy at Prenatal Care and Incidence at Low Birth Weight Among the Poor in Washington State and British Columbia*, *Am J. Public. Health* Vol. 84, No. 6, p. 986-991.

- Marcelo Z., Goldani., Marco A., Barbieri, Antonio AM, Silva, Bettiol H, 2004, *Trends in Prenatal Care Use and Low Birthweight in Southeast Brazil*, American Journal of Public Health Vol. 94, No. 8.
- Rahmat E.S., 1996, *Masalah dan Faktor Risiko Bayi BBLR di Puskesmas Karangasem Pemalang*, Medika, No. 9, Tahun X, 11, Jakarta.
- Rakizah Syafrie. 2003, *Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal Terhadap Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah*, Program Pascasarjana UGM Yogyakarta.
- Santoso. 2001. *Buku Latihan SPSS Statistik Parametrik*. Jakarta: PT Elexmedia Computindo.
- Suroso, 2002, *Hubungan Status Gizi Ibu pada Awal Kehamilan dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*, Tesis, PS IKM-UGM, Yogyakarta.
- Suharsono, Praptohardjo U., 1990, *Faktor-faktor Ibu sebagai predisposisi Terjadinya BBLR*, Bagian Obstetri dan Gynecology FK. Undip, RS. Karyadi Semarang.
- Sutjipto S., 2000, *Pengaruh Anemia Selama Masa Kehamilan terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Prematuritas*, Tesis, PS IKM-UGM, Yogyakarta
- Turan, J.M, Aysen Bulut, Hacer Nalbant, Nuriye Ortayli, A. Arzu.. *The Quality of Hospital-based Antenatal Care in Istanbul* (Melalui <http://www.proquest.com/pqdweb>, diakses 6 Juni 2007.
- Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001, 357: 1551-64.
- Von Both, C., Fleba, S., Makuwani, M., Mpembeni R., Jahn A. 2006. *How much time do health services spend on antenatal care? Implication for the introduction of the focused antetanal care model in Tanzania*, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006, 6:22.