

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Gizi Seimbang Masa Hamil

a. Kehamilan

Kehamilan (*pregnancy*) adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi. (Wiknjastro, 2005).

Kehamilan adalah suatu proses pembuahan dalam rangka melanjutkan keturunan sehingga menghasilkan janin yang tumbuh di dalam rahim seorang wanita. Tanda-tanda kehamilan yaitu:

- 1) Haid yang biasanya teratur pada bulan berikutnya berhenti.
- 2) Payudara mulai membesar dan mengeras.
- 3) Pagi hari sering muntah-muntah, kadang pusing dan mudah letih.
- 4) Perut makin membesar dan pada hamil 6 bulan puncak rahim sekitar setinggi pusat.
- 5) Sifat ibu berubah-ubah, misalnya ibu lebih suka makan yang asam-asam, rujak, mudah tersinggung dan sebagainya adalah normal.

Kehamilan merupakan masa yang sangat penting karena dapat menentukan kualitas dari anak yang akan dilahirkan dan akan mempengaruhi perkembangan anak dimasa yang akan datang (Irianto, 2014).

Seorang wanita dapat dikatakan hamil jika dalam pemeriksaan telah terdengar suara detak jantung janin, sudah dapat dilihat dengan alat ultrasonografi/ USG, dan meraba bentuk janin (Arisman, 2009).

b. Usia Kehamilan

Usia kehamilan dapat dibagi dalam tiga tahap masa kehamilan, yaitu: Trimester I (0-3 bulan), Trimester II (4-6 bulan), dan Trimester III (7-9 bulan) (AKG, 2013).

Pada tahap trimester I, kebutuhan zat gizi yang diperlukan ini adalah hampir sama dengan kebutuhan zat gizi pada usia dewasa yaitu sekitar 2150-2250 kkal per hari (AKG, 2013). Keluhan yang muncul pada tahap ini diantaranya nafsu makan berkurang, mual, muntah, ingin makan yang aneh-aneh atau ngidam dan lainnya (Marmi, 2013).

Pada masa ini makanan harus diatur sedemikian rupa, sehingga makanan bisa mudah dicerna dengan porsi tidak terlalu besar (Adriani, 2012). Berikan makanan dengan porsi kecil tetapi sering dan berikan makanan yang segar seperti buah, sari buah, sup dan makan ringan seperti biskuit dan roti tawar (Waryana, 2010).

Pengaruh paling berat pada trimester I ini adalah keguguran (abortus) maka dari itu ibu harus berhati-hati dan menghindari dalam

penggunaan bahan-bahan berbahaya pada tahap tumbuh-kembang janin di masa ini. Ibu hendaknya mengonsumsi makanan yang padat gizi untuk menghindari nafsu makan yang menurun dan mengakibatkan asupan nutrisi menjadi berkurang (Almatsier, 2011).

Pada tahap trimester II, janin memiliki berat kurang lebih 30 gram dan sudah terbentuk lengan, tangan, kaki, jari, telinga yang sudah mulai terbentuk dan mulai terbentuk lekuk-lekuk pada rahang untuk mempersiapkan penempatan gigi (Almatsier, 2011).

Nafsu makan ibu pada tahap ini sudah membaik dan meningkat dan lebih banyak dibandingkan kebutuhan saat tidak hamil, demikian juga kebutuhan zat pembangun dan zat pengatur seperti lauk pauk, sayuran dan buah-buahan berwarna (Waryana, 2010).

Kekurangan gizi pada trimester II ini dapat mengganggu perkembangan dan pertumbuhan janin dan dapat menyebabkan janin lahir cacat (Purwitasari, 2009). Kebutuhan zat gizi protein haruslah diutamakan dan harus dijaga agar tidak sampai kekurangan darah (Adriani, 2012).

Pada tahap ini volume payudara ibu bertambah sebanyak kurang lebih 30% yang disebabkan adanya penumpukkan lemak sebanyak 1-2 kg yang berfungsi sebagai simpanan energi untuk pembentukan air susu ibu (ASI) (Almatsier, 2011).

Pada tahap trimester III, berat janin kurang lebih sudah mencapai 1 kg. Trimester III merupakan tahap kritis dalam pertumbuhan

panjang janin yang menjadi 2 kali panjang semula dan berat menjadi 5 kali berat semula (Almatsier, 2011). Pertumbuhan janin dan plasenta serta penambahan jumlah cairan amnion berlangsung sangat cepat selama Trimester III (Arisman, 2010).

Pada trimester III ibu memiliki nafsu makan yang baik dan sering merasa lapar, akan tetapi pada masa ini kondisi lambung menjadi terdesak dan selalu merasa penuh. Untuk menghindari hal tersebut dapat diberikan makanan porsi kecil namun sering (Waryana, 2010).

c. Kebutuhan Gizi Masa Hamil

Gizi sehat ibu hamil, dalam hal ini ialah makanan yang mengandung nilai gizi sehat bagi ibu hamil. Takaran yang dianjurkan adalah 2 kali lipat ibu yang tidak hamil (Paath, EF dkk, 2005).

Meningkatnya energi dan zat gizi diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, pertambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu. Apabila ibu mengalami kekurangan zat gizi tertentu saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna (Waryana, 2010).

Kebutuhan energi ibu hamil di Indonesia kira-kira sebesar 2500 kkal (Intan dkk, 2012). Selama hamil memerlukan tambahan energi untuk pertumbuhan janin, plasenta, dan jaringan tambahan lainnya (Almatsier, 2001). Tambahan energi yang dibutuhkan selama kehamilan pada tiap trimester yaitu, +180 kkal pada trimester I, +300 kkal pada trimester II dan trimester III (AKG, 2013). Penambahan

tersebut belum termasuk penambahan akibat perubahan temperatur ruangan, kegiatan fisik, dan pertumbuhan (Waryana, 2010).

Kebutuhan protein ibu hamil bertambah sebanyak 17 g tiap triwulan, sehingga menjadi 67 g per hari (Almatsier, 2011). Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, yaitu untuk membentuk otot, kulit, rambut dan kuku (Adriani, 2012).

Protein dibutuhkan lebih banyak dari sebelum hamil yang digunakan untuk pertumbuhan janin, penambahan volume darah, pertumbuhan *mammae* dan jaringan uterus (Intan dkk, 2012). Tambahan protein yang dibutuhkan tiap trimester sama yaitu +20 g (AKG, 2013).

Kebutuhan lemak pada ibu hamil 1/5 kali dari total kebutuhan energi atau disesuaikan dengan energi. Lemak yang dibutuhkan ibu hamil adalah lemak tak jenuh ganda seperti, asam lemak omega-3 dan asam lemak omega-6 yang banyak terdapat pada minyak kedelai, minyak jagung dan minyak matahari, tongkol, cakalang, tenggiri, lemuru, sarden dan salmon (Dedeh, 2010). Asam lemak omega-3 dapat membersihkan plasma (cairan darah) dari lipoprotein kilomikron dan VLDL (*very low density lipoprotein*), dan juga trigliserida (Almatsier, 2010).

Kebutuhan karbohidrat diperlukan cukup sebesar 320 g adanya hidrat arang diperlukan guna mencegah terjadinya *ketosis* (Adriani, 2012).

Vitamin A memegang peranan penting dalam reproduksi, penglihatan, sistem imun dan diferensiasi sel. Sumber vitamin A adalah hati, lemak hewan, mentega, kuning telur, serta makann nabati yang berfungsi sebagai pro vitamin A (karoten) berupa sayuran berwarna hijau dan jingga seperti bayam, daun singkong, wortel, tomat, buah-buahan berwarna kuning seperti jeruk, pepaya, mangga (Almatsier, 2011).

Kebutuhan akan asam folat (vitamin B₁₁), kobalamin (vitamin B₁₂), besi dan seng perlu diperhatikan secara khusus karena memiliki peran yang sangat penting dalam sintesis DNA, RNA, dan sel-sel baru. Disamping mengonsumsi makanan kaya akan asam folat ibu hamil juga dianjurkan untuk makan suplemen folat. Sumber folat adalah buah, sayuran hijau dan sereal tumbuk. Fungsi lain dari vitamin B₁₂ adalah mengaktifkan folat, sumber vitamin B₁₂ yaitu daging, ikan, telur, susu, produk susu serta tempe. (Almatsier, 2011).

Vitamin C merupakan antioksidan yang diperlukan untuk mencegah infeksi, kanker dan jantung koroner. Sumber vitamin C antara lain sayuran hijau, tomat, jeruk, jambu biji dan lain-lain (Almatsier, 2011).

Vitamin D serta mineral-mineral pembentuk tulang berupa kalsium dan magnesium meningkat selama kehamilan. Apabila ibu mengalami kekurangan akan zat-zat gizi ini akan menyebabkan gangguan pada perymbuan tulang dan gigi. Konsumsi kalsium yang

adekuat selama kehamilan diperlukan guna memelihara tulang ibu dan memasok kalsium untuk pembentukan tulang janin (Almatsier, 2011).

Kebutuhan banyak terdapat dalam susu dan hasil olahannya (keju, yogurt), ikan kering, kacang-kacangan. Sedangkan magnesium banyak terdapat dalam sayuran hijau, sereal dan kacang-kacangan (Almatsier, 2011).

Tambahan vitamin dan mineral tidak kalah penting pada kebutuhan zat gizi ibu hamil, tambahan zat besi untuk menambah jatah darah yang diperlukan ibu dan janin. Kebutuhan darah di dalam janin perlu dilengkapi dengan simpanan selama 4-6 bulan sesudah kelahiran, hal ini diperlukan untuk pembentukan ASI (Almatsier, 2011). Zat besi banyak terdapat pada daging, hati, sayuran hijau (Adriani, 2012).

Tabel 1. Angka Kecukupan Ibu Tidak Hamil dan Hamil

Zat Gizi	Ibu tidak hamil	Ibu hamil (tambahan)		
		Trimester		
		I	II	III
Energi (kkal)	1900	180	300	300
Protein (g)	50	17	17	17
Vitamin A(RE)	500	300	300	300
Vitamin D (mcg)	5	0	0	0
Vitamin E (mcg)	15	0	0	0
Vitamin K (mcg)	55	0	0	0
Tiamin (mcg)	1	0,3	0,3	0,3
Riboflavin (mg)	1	0,3	0,3	0,3
Niasin (mg)	14	4	4	4
Asam folat (mcg)	400	200	200	200
Piridoksin (mg)	1,3	0,4	0,4	0,4
Vitamin B ₁₂ (mcg)	2,4	0,2	0,2	0,2
Vitamin C (mcg)	75	10	10	10
Kalsium (mg)	800	150	150	150
Fosfor (mg)	600	0	0	0
Magnesium (mg)	250	40	40	40
Besi (mg)	26	0	9	13
Seng (mg)	9,3	1,2	1,2	1,2
Yodium (mcg)	150	50	50	50
Selenium (mcg)	30	5	5	5
Mangan (mg)	1,8	0,2	0,2	0,2
Flour (mg)	2,6	0	0	0

Sumber: Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi, 2004

d. Pertambahan Berat Badan Ibu Hamil

Kenaikan berat badan selama kehamilan merupakan faktor yang secara langsung memengaruhi *outcome* kehamilan. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat digunakan untuk menentukan status gizi ibu dan janinnya selama hamil (Fikawati, 2015).

Tabel 2. Unsur-unsur yang Berkembang Saat Usia Kehamilan Cukup Bulan

No.	Unsur	Berat (kg)
1.	Bayi	3-3,5
2.	Ari-ari	0,5
3.	Air Ketuban	1
4.	Pebesaran rahim	1,25
5.	Pembesaran Payudara	1,5
6.	Penambahan darah ibu	2
7.	Cadangan makanan ibu	2-4

Sumber : Huliana, 2001

Pemeriksaan kenaikan berat badan perlu dilakukan rutin untuk menghindari tubuh ibu terlalu gemuk agar ibu tidak kesulitan dalam proses persalinan kelak (Adriani, 2012).

Kenaikan berat badan yang harus dicapai oleh setiap ibu hamil berbeda-beda, hal ini didasarkan pada status gizi prahamil ibu yang diukur dengan menggunakan IMT. IMT dihitung dengan membagi berat badan dalam kilogram dengan kuadrat tinggi badan dalam meter (Fikawati dkk, 2015).

Tabel 3. Penambahan Berat Badan Ibu Hamil Selama Kehamilan

No.	IMT (kg/m ²)	Total kenaikan berat badan yang disarankan (kg)	Penambahan BB selama trimester II dan III (kg/minggu)
1.	Kurus (IMT <18,5)	12,7-18,1	0,5
2.	Normal (IMT 18,5-22,9)	11,3-15,9	0,4
3.	Overweight (IMT 23-29,9)	6,8-11,3	0,3
4.	Obesitas (IMT >30)	-	0,2
5.	Bayi kembar	15,9-20,4	0,7

Sumber : Irianto, 2014

2. Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah

Berat lahir adalah berat badan neonatus saat kelahiran dan ditimbang dalam waktu kurang lebih 1 jam sesudah lahir. Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Bayi yang berada dibawah persentil 10 dinamakan ringan untuk umur kehamilan. Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi lahir normal atau bayi berat lahir rendah (BBLR) (WHO, 2010).

Berikut adalah keseragaman tentang maturitas bayi lahir, yaitu sebagai berikut:

- a. Bayi kurang bulan, adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari).
- b. Bayi cukup bulan, adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 37-42 minggu (259-293 hari).
- c. Bayi lebih bulan, adalah bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih). (Proverawati & Ismawati, 2010).

Klasifikasi bayi baru lahir dapat dibagi menjadi empat, yaitu:

- a. Bayi berat lahir cukup (BBLC), bayi dengan berat lahir 2500 gram.
- b. Bayi berat lahir rendah (BBLR), bayi dengan berat lahir kurang dari 1500-2500 gram.
- c. Bayi BeratLahir Sangat Rendah (BBLSR), bayi dengan berat lahir 1000-1500 gram.

d. Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR), bayi dengan berat lahir kurang dari 1000 gram. (Marmi & Rahardjo, 2012).

3. Penyebab Bayi Berat Lahir Rendah

Faktor yang dapat menyebabkan BBLR adalah faktor ibu (usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat penyakit, sosial ekonomi, perilaku), faktor janin, faktor plasenta, dan faktor lingkungan (Proverawati & Ismawati, 2010).

Faktor ibu yang lain dan menjadi penyebab terjadinya BBLR adalah umur, paritas dan lain-lain. Faktor plasenta seperti vaskuler, kehamilan kembar (ganda), serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR (Pantiawati, 2010).

Faktor-faktor yang disebabkan terjadinya BBLR lainnya yaitu, faktor ibu (gizi kurang saat hamil, usia ibu yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jarak kehamilan yang terlalu dekat, dan penyakit menahun); faktor pekerjaan yang berat; faktor kehamilan (hidramnion, hamil ganda, pendarahan antepartum, dan komplikasi hamil); faktor janin (cacat bawaan dan infeksi dalam rahim); dan faktor yang masih belum diketahui (Manuaba, 2012).

Beberapa faktor yang mempengaruhi lahirnya BBLR antara lain, yaitu:

a. Penyakit

Selama kehamilan, kebutuhan janin akan oksigen dan zat gizi serta ekskresi sisa metabolisme meningkatkan beban paru-paru, jantung dan ginjal ibu. Walaupun sistem cerna dan metabolisme ibu

bekerja sangat efisien, perubahan yang terjadi pada ibu hamil dapat menimbulkan hal-hal yang kurang nyaman (Almatsier, 2011).

Anemia adalah berkurangnya haemoglobin (Hb) dalam darah. Anemia disebabkan oleh kekurangan zat gizi Fe yang berperan dalam pembentukan haemoglobin, baik karena kekurangan konsumsi atau karena gangguan absorpsi (Almatsier, 2001).

Intake yang tinggi dan berlebihan pada Fe juga tidak baik, karena dapat mengakibatkan konstipasi (sulit BAB) dan mual muntah (Intan dkk, 2012).

Zat besi sangat diperlukan ketika kehamilan menginjak pada tahap trimester III. Pada tahap trimester pertama, zat besi yang dibutuhkan sedikit karena tidak terjadi menstruasi dan pertumbuhan janin masih lambat. Sedangkan pada tahap kedua hingga ketiga, volume darah dalam tubuh wanita akan meningkat sampai 35%. Produksi darah yang meningkat memerlukan zat besi sebagai bahan bakunya (Sibagariang dkk, 2010).

Akibat anemia pada ibu hamil dapat berupa: perdarahan saat persalinan karena luka, meninggal saat persalinan, meningkatkan risiko persalinan prematur, melahirkan bayi berat lahir rendah dan gangguan jantung, ginjal dan otak (Sibagariang dkk, 2010).

Selain anemia, ibu hamil juga memiliki kemungkinan untuk memiliki penyakit diabetes. Diabetes dapat muncul pada ibu hamil yang kegemukkan dan memiliki keturunan penyakit diabetes di

keluarganya. Ibu hamil direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan gula darahnya pada minggu ke-24 hingga ke-28 kehamilan (Almatsier, 2011).

Diabetes ini akan merangsang pertumbuhan janin dan menyebabkan persalinan dini atau kurang bulan, persalinan *caesar* bahkan sampai terjadinya kelainan bentuk bayi (Almatsier, 2011).

b. Keadaan Ibu

Usia Ibu yang dianggap aman dan dapat mengurangi risiko saat menjalani kehamilan dan persalinan adalah pada usia 20-35 tahun (Sistriani, 2008).

Umur ibu terlalu muda mempunyai organ reproduksi yang belum matang sehingga suplai aliran darah ke servik dan uterus berkurang. Hal tersebut dapat mengakibatkan kurangnya asupan bagi janin yang sedang berkembang (Ohlsson & Shah, 2008). Pada ibu dengan umur > 35 tahun organ kandungan yang dimiliki telah mengalami penuaan, kakunyajalan lahir, dan perubahan pada jaringan organ reproduksi (Rochjati, 2011).

Pre menopause yaitu sejak fungsi reproduksinya mulai menurun, sampai timbul keluhan dan tanda-tanda menopause. *Perimenopause* yaitu periode dengan keluhan memuncak dengan rentangan 1-2 tahun sebelum dan 1-2 tahun sesudah menopause, masa wanita mengalami akhir dari datangnya haid sampai berhenti sama sekali, pada masa ini

menopause masih berlangsung. *Postmenopause* yaitu masa setelah perimenopause sampai senilis.

Alasan kehamilan pada usia mudamerupakan faktor risiko yaitu karena pada usia <20 tahun kondisi ibu masih dalam tahap pertumbuhan dan harus memenuhi kebutuhan zat gizi. Padahal, pada saat kehamilan bayi mendapatkan zat gizi selama di dalam kandungan hanya bersumber dari zat gizi sang ibu. Sedangkan alasan kehamilan >35 tahun juga berisiko yaitu fungsi organ reproduksi pada saat usia tersebut kurang subur serta memperbesar risiko kelahiran dengan kelainan kongenital dan berisiko mengalami kelahiran prematur. Anatomi tubuhnya mulai mengalami degenerasi sehingga kemungkinan terjadi komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan, akibatnya akan terjadi kematian perinatal (Saimin, 2008).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Berpa Ananda di RSUD Panembahan Senopati, menunjukkan bahwa dari 67 ibu dengan kategori umur risiko tinggi yang melahirkan bayi dengan berat lahir rendah yaitu sebanyak 43 orang (64,2%).

Berat badan satu janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan daripada kehamilan tunggal. Kecil kemungkinan kehamilan kembar atau ganda dapat mencapai cukup bulan, yakni kurang lebih 37 minggu. Hal ini disebabkan adanya penambahan berat bayi-bayi yang terkandung didalamnya dan berakibat kerja uterus untuk menahan semakin berat (Prawirohardjo, 2005).

Berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50-1000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama. Pada kehamilan ganda distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi partus prematurus. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan ganda bertambah yang akan menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain, sehingga sering lahir bayi yang kecil (Prawirohardjo, 2005).

Jarak antara dua kelahiran kurang dari setahun merupakan risiko untuk melahirkan bayi dengan BBLR atau bayi lahir sebelum waktunya (Almatsier, 2011).

Masa kehamilan merupakan masa yang dapat menentukan kualitas generasi anak pada masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan kondisinya dimasa janin dalam kandungan. Dengan demikian apabila keadaan kesehatan dan status gizi ibu hamil baik, maka janin yang dikandungnya juga dalam keadaan baik. (Atmarita, 2005).

Kehamilan pada ibu menyebabkan meningkatnya kebutuhan zat gizi baik energi, protein, lemak, karbohidrat serta vitamin & mineral lainnya. Kebutuhan zat gizi tersebut diperlukan untuk tumbuh kembang janin dalam kandungan beserta ibu yang mengandung. Jika selama kehamilan terjadi kekurangan zat gizi tertentu, maka dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. (Atmarita, 2005).

Kebutuhan zat gizi pada ibu hamil tiap Trisemester I, II dan III berbeda-beda. Pada Trisemester I, Ibu hamil mendapatkan tambahan energi sebesar 180 kkal. Sedangkan pada Trisemester II dan III, ibu hamil mendapatkan tambahan energi sebesar 300 kkal. (AKG, 2013).

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin. Bila status gizi ibu normal pada saat sebelum dan selama hamil, kemungkinan bayi yang akan dilahirkan akan sehat, cukup bulan dengan bayi berat lahir normal. Tetapi sebaliknya jika status gizi ibu tidak normal, tidak menutup kemungkinan bayi yang dilahirkan kurang sehat, tidak cukup bulan dan bayi berat lahir rendah atau yang kita kenal BBLR (Atmarita, 2005).

Apabila ibu mengalami kekurangan gizi selama kehamilan berlangsung, akan menimbulkan masalah pada ibu maupun pada janinya. Gizi kurang selama kehamilan dapat menyebabkan risiko dan komplikasi, antara lain yaitu, anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. (Atmarita, 2005).

Gizi kurang selama persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya atau belum cukup bulan (prematuur), pendarahan setelah persalinan, dan kemungkinan melakukan operasi saat persalinan. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan proses tumbuh kembang anak di dalam kandungan terhambat dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir

mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia ada bayi, afiksia intra partum (mati dalam kandungan), dan lahir dengan bayi berat lahir rendah (BBLR). (Atmarita, 2005).

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seseorang, baik anak dalam keadaan hidup ataupun dalam keadaan meninggal. Persalinan dapat dikatakan aman jika ibu melakukan persalinan ke 2 dan ke 3. Paritas yang beresiko melahirkan BBLR adalah paritas 0 yaitu bila ibu pertama kali hamil dan mempengaruhi kondisi kejiwaan serta janin yang dikandungnya, dan paritas lebih dari 4 dapat berpengaruh pada kehamilan berikutnya kondisi ibu belum pulih jika hamil kembali. Paritas yang aman ditinjau dari sudut kematian maternal adalah paritas 1-4 (Sistriani, 2008).

Paritas ibu diklasifikasikan menjadi primipara (ibu yang melahirkan anak pertama), multipara (ibu yang melahirkan anak kedua dan ketiga), dan grandemultipara (ibu yang melahirkan anak keempat atau lebih). Ibu dengan paritas lebih dari empat anak beresiko 2,4 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR karena setiap proses kehamilan dan persalinan menyebabkan trauma fisik dan psikis, semakin banyak trauma yang ditinggalkan menyebabkan penyulit pada kehamilan dan persalinan berikutnya. Kehamilan grandemultipara (paritas tinggi) menyebabkan kemunduran daya lentur (elastisitas) jaringan yang sudah berulang kali diregangkan oleh kehamilan sehingga cenderung untuk timbul kelainan letak

ataupun kelainan pertumbuhan plasenta dan pertumbuhan janin sehingga melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). (Sistriani, 2008).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Dian Alya di Rumah Sakit Ibu dan Anak Banda Aceh, menunjukkan bahwa dari 118 ibu, terdapat 48 (40,7%) kategori paritas primipara dan 70 (59,3%) kategori paritas multipara dan grandemultipara.

c. Faktor Eksternal

Keadaan sosial ekonomi rendah berpengaruh terhadap jalannya kehamilan hingga persalinan. Status ekonomi dan status sosial mempengaruhi ibu hamil dalam memilih makanannya, baik dari segi kuantitas maupun kualitas (Waryana, 2010).

Pengaruh dari keadaan sosial ekonomi pada ibu hamil, lebih besarnya kemungkinan kematian ibu saat melahirkan atau kematian bayi sewaktu dilahirkan atau bayi lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) (Almatsier, 2011).

Pendidikan adalah aktivitas dan usaham manusia untuk meningkatkan kepribadiannya dengan jalan membina potensi-potensi pribadinya, yaitu rohani (pikir, karsa, rasa, cipta dan budi nurani). Pendidikan juga berarti lembaga yang bertanggungjawab menetapkan cita-cita (tujuan) pendidikan, isi, sistem dan organisasi pendidikan. Lembaga-lembaga ini meliputi keluarga, sekolah dan masyarakat (Fuadi, 2005).

Tingkat pendidikan ibu menggambarkan pengetahuan kesehatan. Seseorang yang memiliki pendidikan tinggi mempunyai kemungkinan pengetahuan tentang kesehatan juga tinggi, karena makin mudah memperoleh informasi yang didapatkan tentang kesehatan lebih banyak dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Sebaliknya pendidikan yang kurang menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru di kenal (Notoadmojo, 2007).

Pengawasan antenatal merupakan pelayanan terhadap individu yang bersifat *prevetif care* untuk mencegah terjadinya masalah yang kurang baik bagi ibu maupun janin (Handayani, 2007). Tujuan pemeriksaan antenatal yaitu, memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin; meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu; mengenali dan mengurangi adanya komplikasi selama kehamilan; mempersiapkan persaliann cukup bulan; mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan dapat memberikan ASI eksklusif; dan mengurangi bayi lahir prematur, kelahiran mati dan kematian neonatal (Handayani, 2007).

Jumlah kunjungan ANC Kebijakan program yang diterapkan pada pelayanan antenatal adalah menetapkan kunjungan yang dilakukan adalah minimal sebanyak 4 kali selama kehamilan, dengan rincian: minimal 1 kali pada trimester pertama (K1), minimal 1 kali pada

trimester kedua (K2), dan minimal 2 kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) (Dirjen BKM & Dirjen KIA, 2010).

Pekerjaan fisik banyak dihubungkan dengan peranan seorang ibu yang mempunyai pekerjaan tambahan di luar pekerjaan rumah tangga dalam upaya meningkatkan pendapatan keluarga. Beratnya pekerjaan ibu selama kehamilan dapat menimbulkan terjadinya prematuritas karena ibu tidak dapat beristirahat dan hal tersebut dapat mempengaruhi janin yang sedang dikandungnya (Manuaba, 2010).

d. Sebab Lainnya

Ibu hamil yang merokok sering menghasilkan jani yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan. Hal ini berkaitan dengan pengaruh penyebaran karbonmonoksida (CO), nikotin, dan zat lainnya yang masuk ke dalam oksigen dalam darah dan ditranspor ke dalam janin (Almatsier, 2011).

Paparan asap rokok merupakan semua bahan kimia yang berasal dari pembakaran rokok yang terhirup oleh perokok maupun bukan perokok. Beberapa bahan kimia yang dapat mengganggu kehamilan adalah nikotin dan karbon monoksida. Nikotin dikonversi dalam darah ibu menjadi kointin yang kemudian teralirkan ke plasenta. Wanita hamil yang merokok atau terpapar asap rokok (perokok pasif), berisiko lebih besar mengalami keguguran atau melahirkan bayi dengan berat badan rendah dan mudah terinfeksi (Mangoenprasodjo & Sri, 2005).

Alkohol memberikan efek teratogenik, yaitu dapat menyebabkan kelainan pada janin. Apabila seorang wanita mengonsumsi alkohol >8 minuman/ minggu (tiap minuman mengandung 18 ml alkohol) akan melahirkan bayi dengan *fetal alcohol syndrome* (FAS). Bayi dengan FAS akan memiliki saraf pusat, jantung dan genitourinari yang tidak normal serta adanya gangguan pertumbuhan (Fikawati dkk, 2015).

Dampak pemakaian narkoba dapat berakibat fatal terhadap janin serta kemudahan untuk mendapatkannya. Semakin tinggi ibu ketergantungan obat, semakin tinggi pula angka kematian ibu dan risiko ibu melahirkan bayi BBLR (BNN Jateng).

B. Landasan Teori

Faktor yang dapat menyebabkan BBLR adalah faktor ibu (usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat penyakit, sosial ekonomi, perilaku), faktor janin, faktor plasenta, dan faktor lingkungan (Proverawati & Ismawati, 2010).

Faktor ibu yang lain dan menjadi penyebab terjadinya BBLR adalah umur, paritas dan lain-lain. Faktor plasenta seperti vaskuler, kehamilan kembar (ganda), serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR (Pantiawati, 2010).

Faktor-faktor yang disebabkan terjadinya BBLR lainnya yaitu, faktor ibu (gizi kurang saat hamil, usia ibu yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jarak kehamilan yang terlalu dekat, dan penyakit menahun); faktor pekerjaan yang berat; faktor kehamilan (hidramnion, hamil ganda, pendarahan antepartum, dan komplikasi

hamil); faktor janin (cacat bawaan dan infeksi dalam rahim); dan faktor yang masih belum diketahui (Manuaba, 2012).

C. Pertanyaan Penelitian

Kejadian BBLR terjadi pada ibu dengan usia kehamilan risiko, paritas primipara dan grandemultipara, dan pemeriksaan *Antenatal Care (ANC)* <4 kali selama kehamilan.