

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang dan Identifikasi Masalah

Antenatal care mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam upaya meningkatkan kesehatan mental dan fisik kehamilan untuk menghadapi persalinan. Dengan *antenatal care* dapat diketahui berbagai komplikasi yang dapat mempengaruhi kehamilan atau komplikasi hamil sehingga segera dapat diatasi. Komplikasi kehamilan yang tidak mungkin dapat diatasi segera dirujuk ke tempat yang lebih lengkap peralatannya sehingga mendapat perawatan yang optimal (Manuaba, 2001).

Pelayanan *antenatal* berkualitas merupakan upaya menurunkan angka kematian ibu dan perinatal, karena melalui pelayanan antenatal yang profesional dan berkualitas, ibu hamil memperoleh pendidikan tentang cara menjaga diri agar tetap sehat, mempersiapkan kelahiran bayi yang sehat, serta meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kemungkinan adanya risiko atau terjadinya komplikasi dalam kehamilan, sehingga dapat dicapai kesehatan yang optimal dalam menghadapi persalinan dan nifas (Bobak, 2004).

Kualitas *antenatal care* yang dilakukan ibu hamil dilihat dari frekuensi kunjungan, keteraturan kunjungan tiap trimester dan pelayanan yang didapat ibu hamil dari petugas kesehatan meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, penyuluhan kesehatan, terapi obat fe dan informasi kunjungan ulang (Sarker, 2010). Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian antenatal minimal 4 kali selama kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1

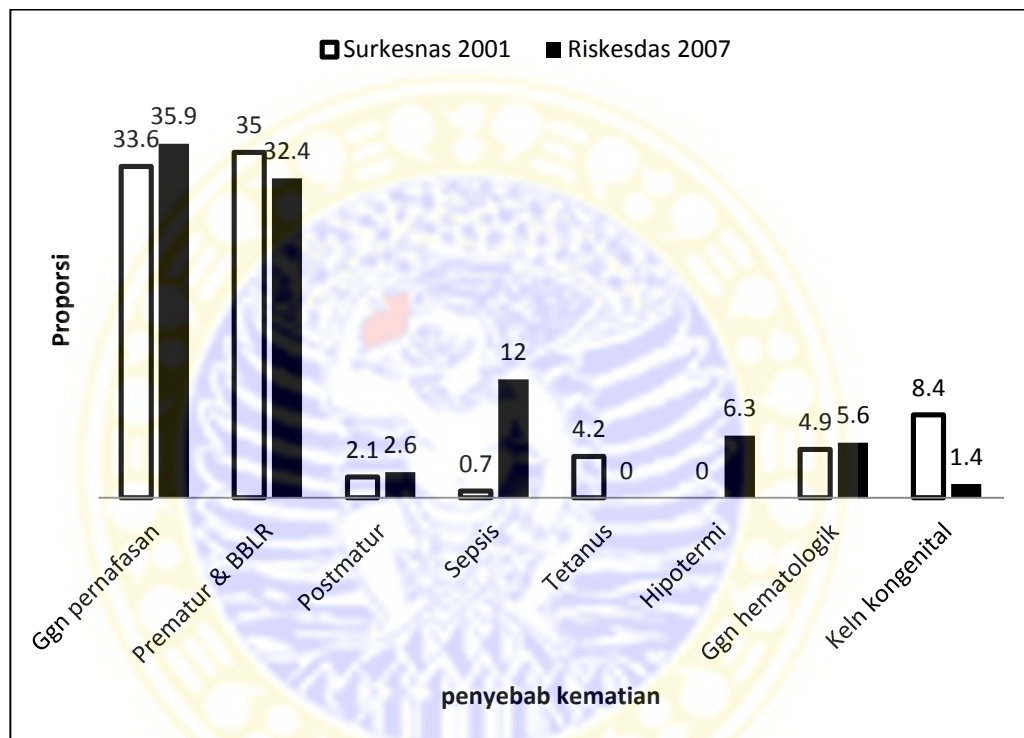
kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24-36 minggu). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan janin, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan (Supriyantoro, 2013).

Antenatal care dapat menurunkan angka kematian ibu maupun angka kematian bayi. Tujuan pengawasan untuk bayi adalah memelihara kesehatan ibu sehingga dapat mengurangi persalinan premature, berat bayi lahir rendah, lahir mati atau kematian bayi juga meningkatkan kesehatan bayi sebagai titik awal kualitas sumber daya manusia. Komplikasi pada ibu dan bayi merupakan faktor penyebab terjadinya *asfiksia neonatorum*. Komplikasi kehamilan seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung dan lain-lain yang bisa menyebabkan gangguan oksigenisasi pada janin dapat dicegah dan dikurangi dengan melakukan pemeriksaan *antenatal* yang sempurna, sehingga perbaikan sedini-dininya dapat diusahakan (Wiknjosastro, 2005).

Asfiksia pada bayi baru lahir dipengaruhi oleh *antenatal care* ibu hamil. Penelitian Majeed *et al.* (2007) tentang “*risk factors of birth asphyxia*” bahwa sebagian besar ibu dari bayi yang mengalami *asfiksia neonatorum* dari populasi studi yaitu 64% tidak melakukan kunjungan antenatal dan 12% ibu dari bayi yang mengalami asfiksia teratur melakukan kunjungan *antenatal* di tenaga medis profesional (dokter), 20% melakukan kunjungan *antenatal* di bidan atau perawat.

Penyebab utama kematian neonatal secara global meliputi komplikasi dari kelahiran prematur (35%), komplikasi yang terjadi pada saat intrapartum

(komplikasi selama persalinan dan melahirkan) (24%), dan sepsis (15%). Ketiga penyebab kematian neonatal menyebabkan hampir tiga perempat dari seluruh kematian neonatal (UNICEF, 2015). Komplikasi dari kelahiran prematur dan komplikasi persalinan merupakan penyebab dari terjadinya *asfiksia neonatorum*. Berikut data tentang penyebab kematian neonatal dini di Indonesia berdasarkan Surkesnas (2001) dan Riskesdas (2007)

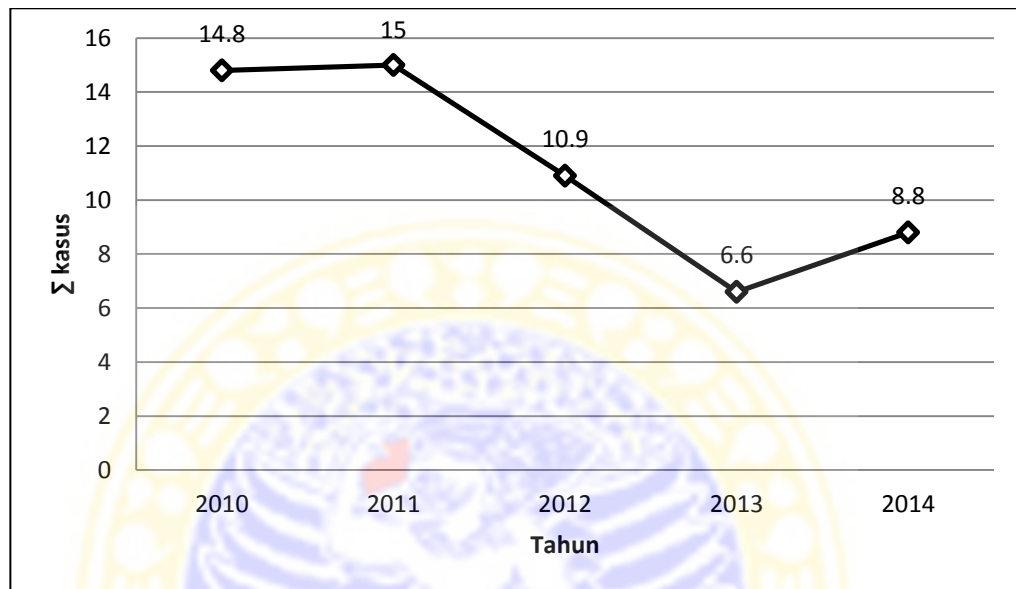


Sumber : Djaja (2009)

Gambar 1.1 Proporsi penyakit penyebab kematian neonatal dini di Indonesia

Menurut Djaja (2009), Pengelola program kesehatan saat ini harus lebih memfokuskan diri pada penanganan bayi berusia 0-28 hari. Apabila perhatian terhadap kematian neonatal berkurang, maka target *MDGs* pada tahun 2015 untuk menurunkan angka kematian bawah umur 5 tahun diperkirakan akan sulit tercapai. Berdasarkan trend kematian neonatal dari tahun 2001-2007, maka penyakit/gangguan kesehatan yang perlu mendapat perhatian adalah: gangguan pernapasan ketika lahir (*birth asphyxia*, *respiratory distress*

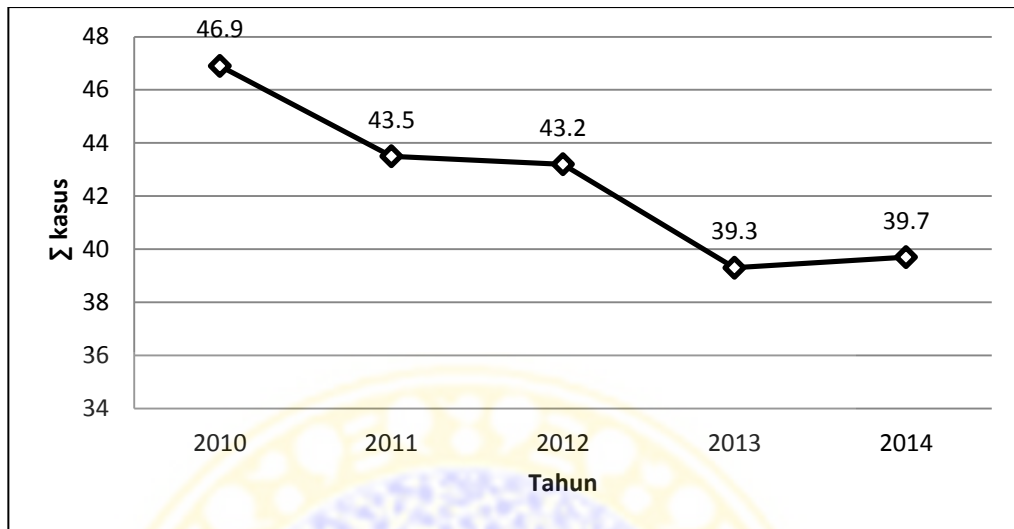
syndrome, aspirasi meconium), prematur dan berat badan lahir rendah untuk bayi neonatal dini, serta *sepsis neonatorum* untuk bayi neonatal lanjut (Djaja, 2009). Berikut data tentang presentase kematian bayi pada kasus *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto.



Sumber: Data sekunder RSUD Prof.Dr Soekandar Mojosari kabupaten Mojokerto
 Gambar 1.2 Persentase kematian bayi pada kasus *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto tahun 2010 - 2014

Berdasarkan data dari RSUD Prof.Dr.Soekandar Mojosari kabupaten Mojokerto angka kematian bayi dari kejadian *asfiksia neonaturum* mengalami penurunan dari tahun 2010 sebesar 14,8% menjadi 6,6% pada tahun 2013. Tahun 2014 terjadi peningkatan jumlah kematian bayi pada kasus *asfiksia neonaturum* sebesar 2,2% menjadi 8,8%. Persentase peningkatan kematian bayi dengan *asfiksia* tidak terlalu tinggi akan tetapi persentase jumlah kasus *asfiksia neonaturum* di kabupaten Mojokerto tinggi yaitu lebih dari 30% dari bayi baru lahir mengalami *asfiksia neonaturum*.

Berikut data tentang persentase jumlah kasus *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto



Sumber: Data sekunder RSUD Prof.Dr Soekandar Mojosari kabupaten Mojokerto

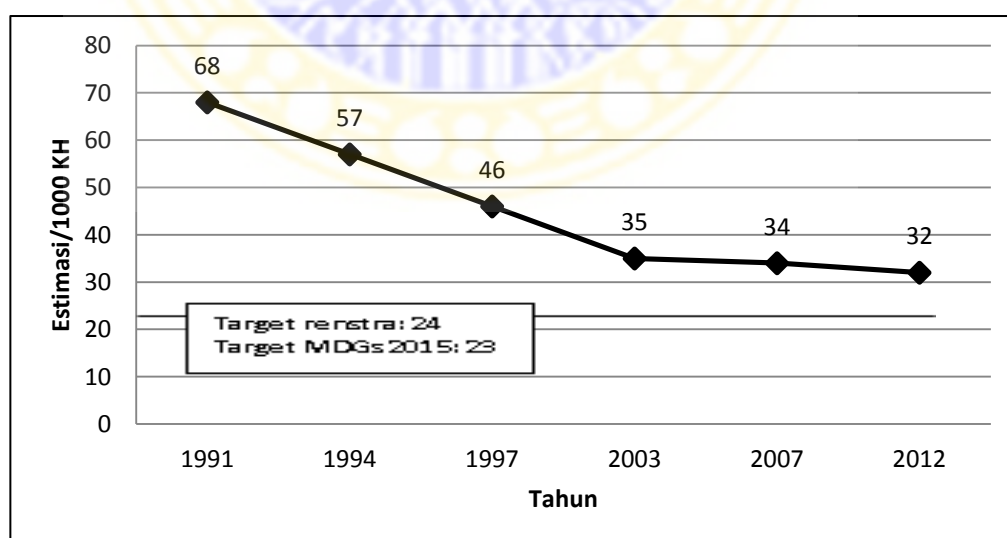
Gambar 1.3 Persentase jumlah kasus *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto tahun 2010 - 2014

Kasus *asfiksia neonatorum* berdasarkan data dari RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojosari kabupaten Mojokerto pada tahun 2010 sebesar 46,9% menjadi 39,7% pada 2014. Meskipun jumlah kasus *asfiksia* cenderung mengalami penurunan, namun kasus *asfiksia* berdampak pada kejadian kematian neonatal dan kecacatan. Bayi dengan *asfiksia* mengalami keadaan oksigen kurang, kadar karbon dioksida tinggi dan pH rendah. Berkurangnya jumlah oksigen plasenta akan menyebabkan kerusakan otak. Pemaparan minimal terhadap hipoksia selama 12 – 14 menit menimbulkan cedera otak, sedangkan hipoksia 25 – 30 menit akan menimbulkan *edema* dan *nekrosis* jaringan (Lintang, 2003).

Penelitian Majeed *et al.* (2007) bahwa bayi *asfiksia* menunjukkan tanda klinis meliputi 70 (56%) asupan makanannya kurang karena refleks hisap lemah dan 50 (40%) bayi *asfiksia* asupan makanan baik dan refleks hisap

baik. Bayi *asfiksia* dengan tanda letargi atau gerak tidak aktif pada sejumlah 65 (52%), bayi dengan iritabilitas sejumlah 45 (36%), mengalami gangguan pernapasan sejumlah 58 (46%), kejang sejumlah 35 (28%). Bayi dengan turgor kulit turun sejumlah 55 (44%) sedangkan tonus baik ditemukan pada 32 (25%) dari bayi yang baru lahir.

Angka kematian bayi merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan anak. Periode neonatal (28 hari pertama kehidupan) merupakan waktu yang paling rentan untuk kelangsungan hidup anak. Tahun 2013 hampir 1 juta bayi baru lahir meninggal pada 24 jam pertama kehidupan, artinya sebesar 16 % dari total kematian balita dan lebih dari sepertiga dari total kematian neonatal. Dua juta bayi baru lahir meninggal dalam tujuh hari pertama kehidupan (73 % dari kematian neonatal). Antara tahun 1990 dan 2013, 86 juta bayi baru lahir yang lahir di seluruh dunia meninggal dalam pertama 28 hari pertama kehidupan (WHO, 2015). Berikut data tentang estimasi angka kematian bayi di Indonesia.

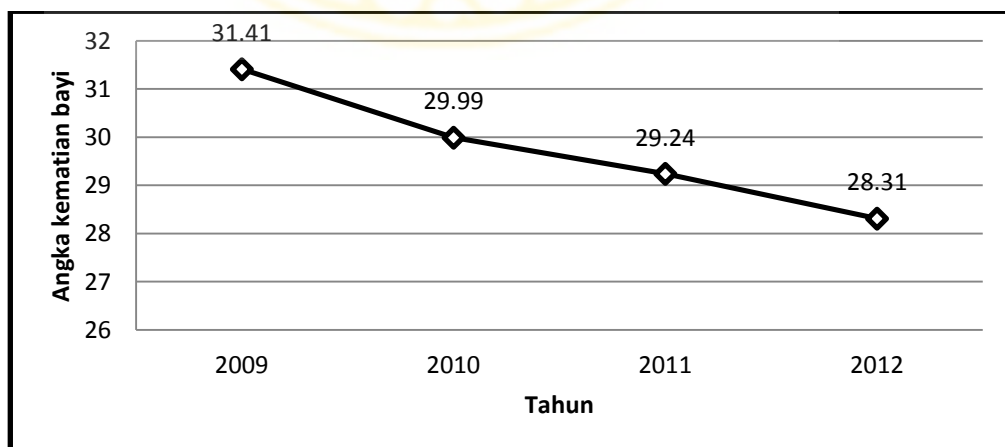


Sumber: Profil kesehatan Indonesia 2012

Gambar 1.4 Estimasi angka kematian bayi per1000 kelahiran hidup di Indonesia tahun 1999 - 2012

Angka kematian bayi mengalami penurunan yang melambat antara tahun 2003 sampai 2012 yaitu dari 35 menjadi 32 per1000 kelahiran hidup. Pencapaian angka kematian bayi di Indonesia tahun 2012 (sebesar 32 per1000 kelahiran hidup) kurang menggembirakan dibandingkan target renstra Kemenkes yang ingin dicapai yaitu 24 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2014 juga target MDGs sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2015. Kematian neonatal menyumbang lebih dari setengahnya kematian bayi (59,4%), sedangkan jika dibandingkan dengan angka kematian balita, kematian neonatal menyumbangkan 47,5%.

Angka kematian neonatal antara tahun 2003 sampai dengan 2012 menunjukkan kecenderungan yang landai dikarenakan pelayanan kesehatan belum menjangkau seluruh neonatus dan indikator kunci dari intervensi penurunan kematian neonatus masih belum tinggi cakupannya (Supriyantoro, 2013). Penurunan angka kematian bayi masih terfokus pada penyakit yang tercatat mempunyai prevalensi tinggi sebagai penyebab kematian bayi. Hal ini menunjukkan bahwa masalah kesehatan neonatal belum ditangani secara optimal. Berikut data tentang angka kematian bayi di propinsi Jawa Timur



Sumber: BPS Jawa Timur

Gambar 1.5 Angka kematian bayi propinsi Jawa Timur tahun 2009 - 2012

Data BPS propinsi Jawa Timur, angka kematian bayi tahun 2009 sebesar 31,41 per1.000 kelahiran hidup; tahun 2010 mencapai 29,99 per1.000 kelahiran hidup; tahun 2011 mencapai 29,24 per1.000 kelahiran hidup; dan di tahun 2012 estimasi angka kematian bayi telah mencapai 28,31 per1.000 kelahiran hidup. Pada kurun waktu 2 (dua) tahun ke depan, diharapkan mencapai target MDGs yaitu 23 per 1.000 KH pada tahun 2015. Angka kematian bayi kabupaten Mojokerto tahun 2012 sebesar 25,54 per 1000 KH. Cakupan neonatal komplikasi kabupaten Mojokerto sebesar 42,18, cakupan neonatal komplikasi propinsi Jawa Timur 73,36.

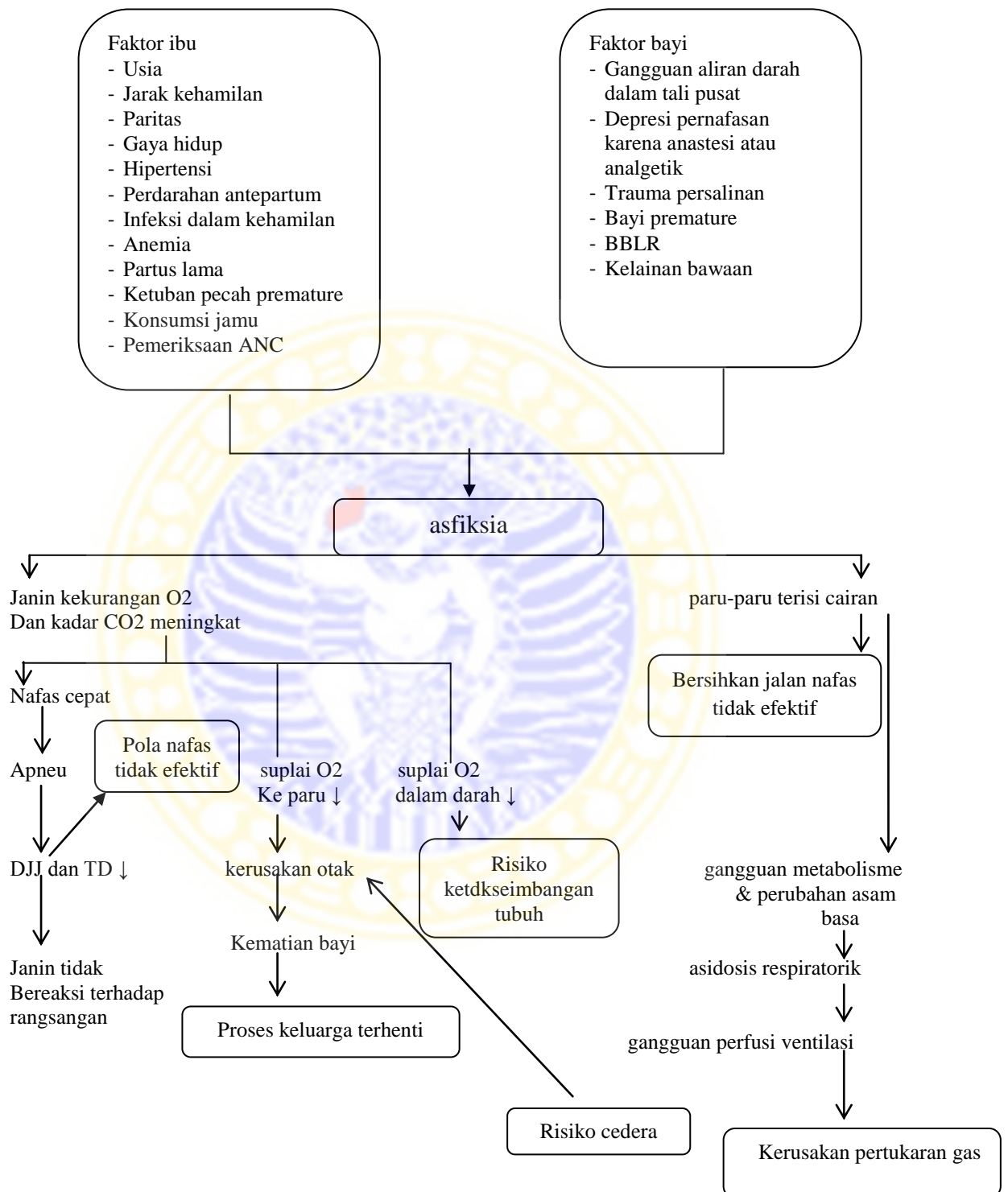
1.2 Kajian Masalah

Asfiksia neonatorum disebabkan hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan beberapa faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan atau segera setelah bayi lahir. Hipoksia janin yang menyebabkan *asfiksia neonatorum* terjadi karena gangguan pertukaran gas serta transport O₂ dari ibu ke janin sehingga terdapat gangguan dalam persediaan O₂ dan dalam menghilangkan CO₂ (Wiknjastro, 2005).

Gangguan menahun dalam kehamilan dapat berupa gizi yang buruk, penyakit menahun seperti anemia, hipertensi, penyakit jantung dan lain-lain merupakan keadaan yang berpengaruh terhadap terjadinya gangguan oksigenisasi serta kekurangan pemberian zat-zat makanan berhubungan dengan gangguan fungsi plasenta (Wiknjastro, 2005). Menurut Manuaba, faktor yang mempengaruhi *asfiksia* dibagi menjadi 2 yaitu faktor ibu dan faktor bayi.

Berikut gambar beberapa faktor yang mempengaruhi *asfiksia*

neonatorum



Gambar 1.6 beberapa faktor yang mempengaruhi *asfiksia neonatorum*

Sumber : (Manuaba, 2001), (Ilyas, 1995), (Purnamawati, 2012)

Beberapa faktor yang mempengaruhi *asfiksia neonatorum* dilihat dari faktor ibu antara lain gangguan his (*tetania uteri-hipertoni*), turunnya tekanan darah (*hipotensi*) mendadak (perdarahan pada *solusio placenta*, *placenta previa*), *vaso konstriksi arterial* (hipertensi dalam kehamilan dan *gestosis pre eklamsia*), gangguan pertukaran O₂ (*solusio plasenta*) (Manuaba, 2001).

Menurut Ilyas, faktor ibu meliputi hipoksia pada ibu, usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, gravida 4 atau lebih, sosial ekonomi rendah, setiap penyakit pembuluh darah ibu yang mengganggu pertukaran gas janin sebagai contoh tinggi kolesterol, hipertensi, jantung, paru-paru/TBC, ginjal, gangguan kontraksi uterus, gaya hidup (kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, obat terlarang), infeksi dalam kehamilan dan lain-lain (Ilyas, 1995).

Menurut penelitian Ian Milsom, tentang "*Influence of maternal, obstetric and fetal risk factors on the prevalence of birth asphyxia at term in a Swedish urban population*" menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan *asfiksia neonatorum* meliputi status orang tua tunggal, ketuban mekonium, persalinan operatif, persalinan sungsang, induksi oksitosin, komplikasi tali pusat, kompresi bimanual eksternal, fase deselerasi lambat yang berulang, fase deselerasi lambat, dan tidak ada fase akselerasi. Persalinan operatif atau cara persalinan setelah dibandingkan antara ketiga kelompok dan kelompok kontrol merupakan faktor risiko paling utama dari kejadian *asfiksia* dan *hipoksia-iskemik ensefalopati* (Milsom, 2002).

Menurut penelitian Anne, dengan judul "*Risk Factors for Neonatal Mortality Due to Birth Asphyxia in Southern Nepal: A Prospective, Community Based Cohort Study*" menyatakan bahwa faktor risiko antepartum

penyebab kematian bayi baru lahir dengan *asfiksia* meliputi pendidikan ayah yang rendah, etnis Madeshi, dan primipara. Komplikasi ibu hamil dengan demam maternal, pembengkakan wajah, tangan, atau kaki, dan kelahiran kembar merupakan faktor risiko yang signifikan untuk kematian bayi baru lahir dengan *asfiksia*. Ibu hamil yang mengalami demam dan prematuritas mengakibatkan peningkatan 7 kali lipat risiko kematian *asfiksia* lahir dibandingkan dengan bayi cukup bulan (Lee, 2006).

Menurut Purnamawati (2012) *asfiksia* pada bayi baru lahir juga dipengaruhi oleh frekuensi pemeriksaan kehamilan ibu hamil dan konsumsi jamu ibu hamil selama kehamilan. Faktor risiko kelahiran mati adalah terlambat dalam melakukan ANC dan faktor intrapartum (perdarahan pervaginam, hipertensi, distosia dan infeksi). Faktor risiko lain meliputi tinggi badan ibu <150 cm, umur ibu >35 tahun, riwayat kelahiran mati pada kehamilan sebelumnya, hipertensi pada waktu ANC umur kehamilan 8 bulan dan ANC < 2x. Ibu yang tidak melakukan ANC signifikan dengan tidak memiliki kemoprofilaksis terhadap malaria dan imunisasi TT (Martin, 2002).

Faktor bayi yang mempengaruhi *asfiksia neonatorum* antara lain gangguan aliran darah dalam tali pusat (lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolapsus tali pusat yang menyebabkan gangguan transport O₂ dari ibu ke janin), depresi pernafasan karena obat anestesia/analgetika yang diberikan kepada ibu, trauma persalinan (perdarahan intrakranial, *cephal hematoma*, *caput succedaneum* yang diakibatkan mal presentasi, partus lama, *makrosomia*, kehamilan ganda, bayi premature, BBLR, kelainan kongenital

(*hernia diafragmatika*, *atresia* saluran pernafasan, hipoplasia paru-paru dan lain-lain) (Manuaba, 2001).

Bayi dengan *asfiksia neonatorum*, usaha napas tidak tampak dan bayi selanjutnya dalam periode *apneu*. Pada tingkat ini disamping penurunan frekuensi denyut jantung (*bradikardi*) ditemukan pula penurunan tekanan darah dan bayi nampak lemas (*flasid*). Pada *asfiksia* berat bayi tidak bereaksi terhadap rangsangan dan tidak menunjukkan upaya bernapas secara spontan. Pada tingkat pertama gangguan pertukaran gas/transport O₂ (menurunnya tekanan O₂ darah) mungkin hanya menimbulkan *asidosis respiratorik*, tetapi bila gangguan berlanjut maka akan terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh bayi sehingga terjadi *asidosis metabolik*, selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskuler. *Asidosis* dan gangguan *kardiovaskuler* dalam tubuh berakibat buruk terhadap sel-sel otak, dimana kerusakan sel-sel otak ini dapat menimbulkan kematian atau gejala sisa (*sequele*) (Lintang, 2003).

1.3 Batasan masalah dan Rumusan Masalah

Faktor yang mempengaruhi *asfiksia neonatorum* meliputi faktor ibu dan faktor bayi. Pada penelitian ini peneliti membatasi pada faktor ibu yaitu kualitas *antenatal care*.

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang diajukan adalah: Apakah kualitas *antenatal care* berpengaruh terhadap kejadian *asfiksia neonatorum* pada bayi di kabupaten Mojokerto?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh kualitas *antenatal care* terhadap kejadian *asfiksia neonatorum* pada bayi di kabupaten Mojokerto.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kualitas *antenatal care* selama kehamilan pada ibu bayi di kabupaten Mojokerto
2. Mengidentifikasi faktor sosiodemografi (paritas, jarak kehamilan, umur, status sosial ekonomi, pekerjaan, pendidikan) yang mempengaruhi kualitas *antenatal care* selama kehamilan pada ibu bayi di kabupaten Mojokerto
3. Mengidentifikasi komplikasi ibu selama kehamilan pada ibu bayi di kabupaten Mojokerto
4. Menganalisis pengaruh kualitas *antenatal care* terhadap *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto
5. Menganalisis pengaruh paritas, jarak kehamilan, umur, pendapatan keluarga, pekerjaan, pendidikan, pengetahuan, *perceived susceptibility and severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dukungan suami, dukungan keluarga terhadap kualitas pemeriksaan *antenatal care* yang dilakukan ibu bayi selama kehamilan di kabupaten Mojokerto
6. Menganalisis pengaruh kualitas *antenatal care* terhadap *asfiksia neonatorum* di kabupaten Mojokerto dengan mempertimbangkan variabel perancu (umur, pekerjaan, pendapatan keluarga, paritas, jarak kehamilan, pendidikan, komplikasi kehamilan).

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Penelitian Bagi Instansi

Penelitian ini dapat diharapkan menjadi bahan informasi bagi Dinas Kesehatan kabupaten Mojokerto untuk menunjang program pencegahan mortalitas pada neonatal, sehingga bisa menurunkan angka kematian bayi dan memberikan solusi penurunan angka kematian bayi.

1.5.2 Manfaat Penelitian Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan akan membuka cakrawala peneliti lain untuk mengembangkannya khususnya tentang penurunan mortalitas dan morbiditas bayi.

1.5.3 Manfaat Penelitian Bagi Peneliti

Peneliti lain mampu untuk mengembangkan dan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh dan dapat digunakan untuk kepentingan pembangunan kesehatan masyarakat, baik secara teori maupun secara praktek tentang pencegahan kesakitan bayi guna membantu instansi terkait dalam menurunkan angka kematian bayi.