

PENINGKATAN PENGASUHAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) OLEH TENAGA KESEHATAN DAN KADERErlina Suci Astuti^{1*}, Fitriana Kurniasari Solikhah², Naya Ernawati³¹⁻³Poltekkes Kemenkes Malang

Email Korespondensi: erlina_suci@poltekkes-malang.ac.id

Disubmit: 28 September 2022 Diterima: 14 Oktober 2022 Diterbitkan: 01 Desember 2022

Doi: <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i12.7950>**ABSTRAK**

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan penyebab kedua kematian neonatus di Indonesia, yaitu sebanyak 20,7%, untuk itu perawatan BBLR di rumah sakit dan perawatan lanjutan di komunitas terutama pada 2 bulan berikutnya dan 2 tahun pertama sangat penting. Bayi dengan berat lahir rendah membutuhkan perawatan intensif baik saat di rumah sakit maupun masa peralihan dari rumah sakit kerumah karena secara fisiologis bayi BBLR/premature terus beradaptasi. Dukungan kader dan tenaga kesehatan terhadap pelayanan kesehatan bayi BBLR sangat diperlukan untuk meningkatkan pengasuhan bayi BBLR. Untuk meningkatkan perawatan BBLR di komunitas melalui kemitraan dengan pemegang program kesehatan ibu dan anak di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Malang melalui tenaga Kesehatan di komunitas dan kader Kesehatan untuk mendampingi keluarga yang mempunyai BBLR Pelaksanaan kegiatan berupa persiapan, pelaksanaan, pendampingan, monitoring dan evaluasi. Tahap pelaksanaan pelatihan dan pendampingan yang meliputi kegiatan pelatihan (teori, praktek) dan pendampingan. Untuk memberikan pemahaman dan pengalaman langsung akan dilaksanakan pendampingan nakes dan kader kepada keluarga yang mempunyai BBLR. Kegiatan ini menemukan bahwa penerapan program pelatihan peningkatan pengasuhan bayi BBLR ini terbukti secara efektif meningkatkan pengetahuan kader dan tenaga kesehatan dalam pengasuhan bayi BBLR. Berdasarkan hasil tersebut disarankan kepada pemegang kebijakan dapat memberikan penyegaran berupa pelatihan pada nakes dan kader tentang peningkatan pengasuhan BBLR sehingga dapat dilakukan monitoring dan pendampingan BBLR untuk meminimalkan risiko stunting.

Kata Kunci: Perawatan Bayi, BBLR, Tenaga Kesehatan, Kader**ABSTRACT**

Low Birth Weight (LBW) is the second cause of neonatal death in Indonesia, which is as much as 20.7%, for this reason, LBW care in hospitals and follow-up care in the community, especially in the next 2 months and the first 2 years is very important. Babies with low birth weight require intensive care both in the hospital and during the transition from hospital to home because physiologically LBW/premature babies continue to adapt. The support of cadres and health workers for LBW infant health services is very much needed to improve LBW infant care. to improve LBW care in the community through partnerships with maternal and child health program holders in the Malang

District Health Office through community health workers and health cadres to assist families who have LBW The solution offered is to increase the knowledge and skills of cadres and health workers in the care of LBW. This activity found that the implementation of the training program to improve the care of LBW babies was proven to be effective in increasing the knowledge of cadres and health workers in caring for LBW babies. Based on these results, it is recommended that the Malang District Health Office can provide refreshment in the form of training for health workers and cadres on improving LBW care so that LBW monitoring and assistance can be carried out to minimize the risk of stunting.

Keywords: *Baby Care, LBW, Health Workers, Cadre*

1. PENDAHULUAN

Bayi Berat Lahir Rendah merupakan penyebab kedua kematian neonatus di Indonesia. Bayi dengan berat lahir rendah membutuhkan perawatan intensif baik saat di rumah sakit maupun masa peralihan dari rumah sakit ke rumah karena secara fisiologis bayi BBLR/premature terus beradaptasi. Perawatan BBLR di rumah sakit secara intensive untuk mengatasi masa kritis berupa risiko gagal nafas, hipotermia, asupan nutrisi yang kurang dan infeksi. Setelah kondisi stabil dan diperbolehkan pulang.

Prevalensi kejadian BBLR di dunia menurut World Health Organization yaitu 20 juta (15.5%) setiap tahunnya, dan negara berkembang menjadi kontributor terbesar (WHO, 2018). Indonesia merupakan salah satu negara berkembang, dimana prevalensi BBLR masih cukup tinggi. Hasil Riskesdas 2018, prevalensi BBLR di Indonesia 6,2%. Prevalensi BBLR hasil Riskesdas 2018 ini sudah menurun dibandingkan hasil riskesdas sebelumnya, akan tetapi permasalahan BBLR masih membutuhkan perhatian karena dampaknya bisa menimbulkan masalah Kesehatan lanjutan yang menyebabkan kematian bayi. Untuk itu perawatan BBLR di rumah sakit dan perawatan lanjutan di komunitas terutama pada 2 bulan berikutnya dan 2 tahun pertama sangat penting. Penyebab kematian neonatal pada hari ke 0-6 hari adalah asfiksia (36%), BBLR (32%) dan sepsis neonatal (12%). Penyebab kematian neonatal pada hari ke 7-28 disebabkan karena sepsis (22%), kelainan kongenital (19%) dan pneumonia (17%) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Hal ini sesuai dengan penelitian Akter *et al.*, pada tahun 2016 bahwa periode neonatal pada 28 hari pertama bayi paling rentan terhadap penyakit dan kematian, terutama pada bayi yang berisiko tinggi seperti BBLR. berdasarkan kondisi tersebut maka diperlukan perawatan yang baik dan pemantauan tumbuh kembang yang berkelanjutan.

BBLR masih berisiko untuk terjadi gangguan kesehatan maupun kematian. Masa adaptasi saat peralihan dari rumah sakit ke rumah dan sesudahnya dapat timbul masalah kesehatan seperti gangguan pernapasan, gangguan termoregulasi (hipotermia), gangguan asupan nutrisi. Gangguan nutrisi pada bayi dengan riwayat BBLR dapat menyebabkan shunting. Risiko infeksi karena sistem kekebalan tubuh yang belum optimal sehingga bayi berisiko infeksi/sakit. Masalah-masalah kesehatan yang muncul tersebut dapat berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas BBLR (Akter, Dawson and Sibbritt, 2016).

Perawatan BBLR dilaksanakan mulai dari penataksanaan di ruang perinatologi untuk menyelamatkan nyawa dan *survival intact* (melibatkan

dokter, perawat dan keluarga) dengan kualitas kompetensi yang baik. Kegiatan *survival intact* ini meliputi, resusitasi jika ada masalah asfiksia, stabilisasi suhu dan maintenance nutrisi dan cairan. Setelah kondisi BBLR stabil maka dilakukan persiapan pulang/*discharge planing* bagi bayi. Tugas tenaga kesehatan untuk persiapan pulang adalah memastikan ibu dan atau keluarga siap dan mampu merawat BBLR di rumah.

Kondisi bayi BBLR yang sudah pulang membutuhkan perawatan yang baik karena masa transisi bayi masih rentan terjadi masalah hipotermia, asupan nutrisi yang kurang, risiko infeksi dan ancaman gangguan tumbuh kembang. Masalah gangguan kesehatan BBLR tersebut menimbulkan ketidakmampuan keluarga untuk merawat BBLR di rumah. Data di salah satu Rumah Sakit di Malang pada tahun 2016 didapatkan data 44 bayi (10,4%) dari 421 BBLR yang dirawat adalah bayi dengan hospitalisasi ulang, artinya setelah pulang dari perawatan di ruang neonatologi sebelum berumur satu bulan bayi harus masuk rumah sakit lagi karena menderita gangguan kesehatan yang serius. Gangguan kesehatan yang sering terjadi pada bayi BBLR tersebut adalah febris/infeksi, dehidrasi, sesak napas, muntah dan diare. Boykova and Kenner (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa bayi yang lahir dengan berat badan rendah dan prematur akan mengalami gangguan kesehatan dengan angka kejadian rehospitalisasi sebanyak 10-30% pada tiga bulan pertama kehidupannya.

Ketidakmampuan keluarga untuk merawat BBLR di rumah harus di support oleh tenaga Kesehatan yang ada di komunitas. Kebijakan pemerintah untuk melakukan pemantauan neonatus di masyarakat merupakan langkah yang sangat baik. Pemantauan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah ditunjuk di tingkat desa untuk melakukan kunjungan neonatus. Namun demikian program ini masih ada beberapa hambatan pelaksanaannya dari segi kuantitas maupun kualitas. Hasil penelitian bulan Agustus-Nopember 2018 didapatkan data hanya 33% ibu yang melahirkan BBLR dikunjungi oleh petugas kesehatan dalam program Kunjungan Neonatus (Astuti et al., 2019). Kemampuan ibu dan keluarga sangat penting dalam merawat bayi BBLR, kemampuan dalam merawat BBLR ditentukan oleh pengetahuan, kesiapan mental dan ketrampilan perawatan bayi yang dimiliki. Dukungan keluarga dan lingkungan juga sangat berarti untuk meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi, khususnya BBLR (Dewi Purwanti et al., 2012). Kemandirian ibu dan dukungan keluarga dalam merawat bayi BBLR yang kurang akan menghambat adaptasi masa transisi bayi dari rumah sakit ke rumah dan bayi rentan terhadap munculnya masalah kesehatan. Dukungan lingkungan yang lain adalah dukungan profesional dari tenaga kesehatan bagi ibu dan bayi setelah melahirkan. Dukungan tenaga kesehatan terhadap pelayanan kesehatan bayi di Indonesia setelah melahirkan dilakukan oleh bidan, perawat dan dokter melalui kunjungan neonatus (KN) dan kunjungan nifas (KF).

2. MASALAH DAN RUMUSAN PERTANYAAN

Kabupaten Malang mempunyai prevalensi angka kelahiran BBLR yang cukup tinggi. Upaya pelayanan dalam pencegahan kelahiran BBLR sudah dilakukan diantaranya penyediaan sarana fasilitas pelayanan kesehatan ibu hamil sampai dengan tingkat desa dengan Polindes, penyediaan tenaga kesehatan penanggung jawab kesehatan ibu dan anak dengan Bidan desa,

pelayanan antenatal care 4-8 kali selama kehamilan serta sitem rujukan yang telah ada jika terjadi kelahiran BBLR atau masalah lain dalam persalinan yang perlu rujukan. Masalah kedua yang dihadapi mitra adalah pasca kelahiran BBLR yang masih memerlukan perawatan lanjutan di rumah masih belum mendapatkan perawatan sebagaimana mestinya baik oleh keluarga dan pendampingan oleh nakes karena BBLR masih membutuhkan perawatan bayi yang khusus setelah meraka pulang sebagai proses adaptasi dalam masa tumbuh kembang. Ada 6 puskesmas dengan angka kelahiran BBLR yang tinggi dalam 4 bulan terakhir (Desember 2021 sampai dengan Maret 2022). Lokus kegiatan pengabdian masyarakat ini di Puskesmas Kepanjen dan Pakis Aji. Masalah yang dihadapi oleh mitra ada 3 macam, yaitu prevalensi angka kesakitan pasca perawatan di rumah pada BBLR masih cukup tinggi, tingkat pengetahuan dan ketrampilan nakes dan kader tentang perawatan BBLR di rumah masih kurang, pengetahuan dan kemampuan ibu/keluarga dalam perawatan BBLR di rumah masih kurang. Rumusan masalah Masih tingginya angka kelahiran BBLR. Rendahnya kunjungan/pendampingan BBLR di rumah oleh nakes, belum adanya pedoman kunjungan BBLR di komunitas, belum adanya pemberdayaan masyarakat (Kader) dalam rangka pendamoingan dan monitoring Kesehatan BBLR di rumah.



Gambar 1. Peta Lokasi Kegiatan

3. KAJIAN PUSTAKA

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang berat badan saat lahir kurang dari 2500 gram, tanpa memperhatikan usia gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang satu jam setelah lahir. Bayi berat lahir rendah memiliki risiko kematian empat kali lipat lebih tinggi dari bayi lahir dengan berat badan normal (Kemenkes RI, 2011).

Kelahiran bayi berat lahir rendah disebabkan oleh faktor kondisi obstetri, faktor medik dan sosio demografi. Penyebab Kelahiran bayi dengan BBLR adalah sebagai berikut : (WHO, 2014)

1. Faktor ibu

- a) Status gizi ibu
- b) Nutrisi saat hamil yang kurang adekuat

- c) Usia ibu saat hamil kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun
 - d) Jarak kehamilan yang terlalu dekat
 - e) Jumlah anak
 - f) Penyakit ibu (hipertensi, jantung, anemia, infeksi kronis)
 - g) Faktor pekerjaan yang terlalu berat
 - h) Keadaan sosial ekonomi
 - i) Stres psikologis
2. Faktor janin
 3. Faktor plasenta
 4. Faktor lingkungan
- Klasifikasi berdasarkan berat badan
- a) Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) bayi lahir dengan berat < 1.000 gram.
 - b) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) bayi dengan berat 1.000-1.499 gram
 - c) Bayi berat lahir rendah (BBLR) bayi lahir dengan berat 1.500-2.499 gram
- Karakteristik BBLR prematur antara lain :
- a) Bayi lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu
 - b) Bayi kecil, kurus, cenderung lethargis (mengantuk)
 - c) Tonus otot jelek, resistensi terhadap rotasi kepala atau gerakan pasif tungkai tidak ada.
 - d) Kulit tembus pandang dan mengkilap, ditutup oleh lanugo yang halus
 - e) Telapak tangan dan kaki tidak memiliki garis alur atau sedikit garis alur
 - f) Beberapa refleks belum berkembang atau tidak ada
 - g) Bayi prematur belum sempurna pertumbuhan organ tubuhnya karena itu sangat peka terhadap gangguan pernafasan, infeksi, trauma kelahiran, hipotermia dan sebagainya.
- Masalah Yang Terjadi Pada BBLR
- Masalah pada BBLR yang sering terjadi adalah gangguan pada sistem pernafasan, susunan saraf pusat, kardiovaskular, hematologi, gastrointerstinal, ginjal, dan termoregulasi. Masalah kesehatan bayi BBLR meliputi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011; Offiah, O'Donoghue and Kenny, 2012) :
- a) Asfiksia, semua jenis BBLR baik dilahirkan dengan kurang bulan, cukup atau lebih bulan semuanya berisiko terjadi gangguan pernafasan saat lahir atau mengalami asfiksia. Risiko aspirasi terjadi karena belum terkoordinasinya refleks batuk, menghisap dan menelan.
 - b) Gangguan nafas, gangguan napas pada BBLR disebabkan karena defisiensi cairan surfaktan, perkembangan paru belum optimal dan otot paru-paru masih lemah. Bayi prematur sering mengalami pernafasan apneu periodik.
 - c) Ketidakstabilan suhu atau hipotermia, terjadi kesulitan dalam mempertahankan suhu tubuh karena penguapan. Permukaan kulit dibandingkan masa otot dan sedikitnya lemak tubuh serta sistem pengaturan suhu pada bayi prematur yang belum matang menyebabkan bayi hipotermia. Perawatan dengan memberikan kehangatan dapat dengan inkubator, metode kanguru dan modifikasi lingkungan.
 - d) Hipoglikemia, simpanan energi pada BBLR saat lahir sangat sedikit. Bayi yang lahir aterm atau cukup bulan mampu bertahan selama satu

hari tanpa asupan cairan dari luar. Bayi berat lahir rendah membutuhkan ASI sesegera mungkin dan minum tiap dua jam pada minggu pertama kelahiran (kemenkes RI, 2014).

- e) Gangguan pencernaan, masalah nutrisi pada BBLR yaitu distensi abdomen, volume lambung yang kecil, motilitas usus belum baik, berkurangnya kemampuan untuk mencerna lemak karena minimnya produksi enzim pencernaan, fungsi usus yang belum maksimal, dan kerja kardio-esofagus belum sempurna.
- f) Infeksi, sistem imun yang belum adekuat menyebabkan risiko infeksi karena jumlah imunoglobulin G (IgG) yang ditransfer melalui plasenta tidak mencukupi, daya fagositosis yang lemah dan faktor komplemen yang rendah. Kondisi lingkungan yang kurang menunjang seperti kurang kebersihan dalam memberikan perawatan atau karena paparan kuman, bakteri, virus dan jamur juga menambah risiko timbulnya infeksi pada BBLR.
- g) Fungsi hati yang belum matur menyebabkan mudah terjadinya hiperbilirubinemia dan defisiensi pembekuan darah yang tergantung pada vitamin K.
- h) Fungsi ginjal yang kurang matang sehingga belum mampu mengekskresikan solute load yang besar, imaturitas ginjal juga menyebabkan akumulasi asam argonik, asidosis metabolik, ketidakseimbangan elektrolit dan glukosuria.
- i) Kelainan neurologis yang terjadi karena secara fisiologis fungsi sistem persyarafan belum optimal. Masalah neurologis yang muncul adalah refleks hisap dan menelan yang kurang, penurunan motilitas usus, apnea dan bradikardia berulang, perdarahan intraventrikuler, retinopati prematuritas, kejang, hipotonia, dan hypoxic ischemic encephalopathy .
- j) Kelainan hematologis menyebabkan anemia, hiperbilirubinemia, disseminated intravaskuler coagulation (DIC) dan hemorrhagic disease of the newborn (HDN).

4. METODE

Metode yang digunakan dalam pengabdian masyarakat ini menggunakan 3 tahapan yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Persiapan

Pengurusan administrasi dan perijinan, rapat koordinasi, pembuatan modul peningkatan pengasuhan BBLR oleh nakes dan kader di komunitas

2. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan pelatihan dan pendampingan yang meliputi kegiatan pelatihan (teori, praktek) dan pendampingan. Pelatihan (Teori dan Praktik) : dalam pelaksanaan pengabdian masyarakat ini dilaksanakan pemberian informasi kepada nakes dan kader tentang perawatan BBLR di komunitas/ kunjungan neonatus pada BBLR, Praktek ketrampilan perawat BBLR di rumah : perawatan metode kanguru, memandikan BBLR, monitoring tumbuh kembang BBLR. Pelatihan, 1 hari pelatihan untuk nakes, 1 hari pelatihan untuk kader. Pendampingan : untuk memberikan pemahaman dan pengalaman langsung akan dilaksanakan pendampingan nakes dan kader kepada keluarga yang mempunyai BBLR.

3. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dilakukan di akhir kegiatan. Output dan outcome, output yang diharapkan adalah adanya pendampingan pada keluarga BBLR di rumah dan monitoring *catch up growth* BBLR.

5. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Nakes Sebelum dan Sesudah Pemberian Pelatihan Penguatan Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

| No. | Pengetahuan | Pre | | Post | |
|-------|-------------|-----|------|------|------|
| | | n | % | n | % |
| 1 | Baik | 2 | 6.7 | 25 | 83.3 |
| 2 | Cukup | 12 | 40 | 5 | 16.7 |
| 3 | Kurang | 16 | 53.3 | - | - |
| Total | | 30 | 100 | 30 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 1. menginformasikan tentang pengetahuan tenaga kesehatan (nakes) sebelum dan sesudah diberikan pelatihan penguatan perawatan bayi berat lahir rendah didapatkan sebelum diberikan pelatihan sebagian besar nakes memiliki pengetahuan kurang 16 orang (53.3%), setelah diberikan pelatihan sebagian besar nakes 25 orang (83.3%) memiliki pengetahuan baik.

Tabel 2. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Nakes Pre dan Post Pemberian Pelatihan Penguatan Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

| No. | Pengetahuan | Mean | SD | Z Wilcoxon | P value |
|-----|----------------|-------|-------|---------------|---------|
| 1 | Pre Pelatihan | 2.47 | 0.629 | -4.686 | 0.000 |
| 2 | Post Pelatihan | 1.167 | 0.379 | | |

Sumber: Data Primer

Tabel 2. menginformasikan tentang perbedaan rata-rata pengetahuan nakes pre dan post pemberian pelatihan didapatkan nilai mean pre yaitu 2.47 dan nilai mean post yaitu 1.167. Nilai standar deviasi pre yaitu 0.629 dan post yaitu 0.379. Untuk nilai z wilcoxon yaitu -4.686. Hasil uji statistik wilcoxon signed rank test diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Hasil uji analisis menunjukkan ada perbedaan bermakna antara sebelum dan sesudah pelatihan terhadap pengetahuan nakes tentang peningkatan pengasuhan bayi berat lahir rendah.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Kader Sebelum dan Sesudah Pemberian Pelatihan Peningkatan pengasuhan Bayi Berat Lahir Rendah

| No. | Pengetahuan | Pre | | Post | |
|-------|-------------|-----|-----|------|-----|
| | | n | % | n | % |
| 1 | Baik | - | - | 10 | 40 |
| 2 | Cukup | 5 | 20 | 15 | 60 |
| 3 | Kurang | 20 | 80 | - | - |
| Total | | 25 | 100 | 25 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 3. menginformasikan tentang pengetahuan kader sebelum dan sesudah diberikan pelatihan didapatkan sebelum diberikan sebagian besar peserta kader memiliki pengetahuan kurang 20 orang (80%), setelah pelatihan sebagian besar kader 15 orang (60 %) memiliki pengetahuan cukup.

Tabel 4. Perbedaan Rata-Rata Pengetahuan Kader Pre dan Post Pelatihan Peningkatan pengasuhan Bayi Berat Lahir Rendah

| No. | Pengetahuan | Mean | SD | Z Wilcoxon | P value |
|-----|--------------|------|-------|---------------|---------|
| 1 | Pre Edukasi | 2.80 | 0.408 | -4.144 | 0.000 |
| 2 | Post Edukasi | 1.60 | 0.50 | | |

Sumber: Data Primer

Tabel 4. Menginformasikan tentang perbedaan rata-rata pengetahuan kader pre dan post pemberian edukasi peningkatan pengasuhan bayi berat lahir rendah di dapatkan nilai mean preedukasi yaitu 2.80 dan nilai mean post edukasi yaitu 1.60. Nilai standar deviasi pre pelatihan yaitu 0.408 dan post pelatihan yaitu 0.50. Untuk nilai z wilcoxon yaitu -4.144. Hasil uji statistik wilcoxon signed rank test diperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sebelum dan sesudah pelatihan terhadap pengetahuan kader tentang perawatan bayi berat lahir rendah.



Gambar 2. Pemberian materi



Gambar 3. Demonstrasi praktik metode kanguru



Gambar 4. Praktik metode kanguru oleh tenaga kesehatan dan kader

b. Pembahasan

Hasil uji statistik menunjukkan angka yang signifikan, terjadi perubahan tingkat pengetahuan tenaga kesehatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan. Pelatihan yang diberikan oleh tim pengabmas Polkesma untuk tenaga kesehatan peserta diberikan penguatan materi terkait BBLR. Setelah diberikan penguatan materi, peserta diajarkan cara merawat BBLR mulai dari memandikan, memijat sampai dengan perawatan metode kanguru untuk mencegah terjadinya hipotermia. Untuk memanfaatkan hasil pelatihan ini maka dilakukan implementasi dan monitoring kepada keluarga yang mempunyai BBLR di lokus.

Peran atau perilaku manusia dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya pengetahuan, pendidikan, pekerjaan dan kepercayaan yang ada di masyarakat, dan ketersediaan informasi (Donev et al., 2014). Pengetahuan merupakan hasil pemahaman dari seseorang yang terjadi setelah orang tersebut merasakan objek tertentu. Pengetahuan juga didefinisikan sebagai fakta atau informasi yang dianggap benar berdasarkan pemikiran yang melibatkan pengujian empiris (pemikiran tentang fenomena yang diamati secara langsung) atau berdasarkan proses pemikiran lain seperti memberikan alasan logis atau penyelesaian masalah (Hidayat, 2007). Dengan meningkatnya pengetahuan dari tenaga kesehatan, harapannya pelayanan yang diberikan kepada ibu/keluarga dan BBLR juga akan maksimal.

Berdasarkan data demografi saat implementasi pendampingan di lokus diketahui beberapa potensi ibu yang melahirkan BBLR seperti kelahiran prematur, banyaknya ibu kurang gizi (KEK), rendahnya

pendapatan ekonomi keluarga, riwayat kehamilan gemeli sampai dengan adanya kelainan pada masa kehamilan. Hasil temuan ini dapat sebagai masukan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab pada perawatan antenatal untuk memberikan edukasi kepada ibu hamil tentang pentingnya kesehatan ibu selama hamil, asupan gizi, aktifitas yang bisa di toleransi ibu hamil dan kondisi psikologis yang baik sehingga terhindar dari melahirkan bayi BBLR atau prematur.

Indikator yang terkait dengan faktor tenaga kesehatan adalah jumlah kunjungan dan pelayanan kesehatan bayi, meskipun sebagian besar ibu tidak mendapatkan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan setelah ibu pulang dari rumah sakit. Kunjungan rumah neonatus mempunyai dasar hukum yang jelas dan merupakan implementasi program yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014 pasal 10 ayat 1 dan 2. Ayat satu menyatakan pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari dengan kegiatan a) menjaga Bayi tetap hangat; b) perawatan tali pusat; c) pemeriksaan Bayi Baru Lahir; d) perawatan dengan metode kanguru pada Bayi berat lahir rendah; e) pemeriksaan status vitamin K1 profilaksis dan imunisasi; f) penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan; dan g) merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu. Ayat kedua menyatakan Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali kunjungan, yang meliputi: a. 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam; b. 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari; dan c. 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari. Implementasi dan pencatatan pelayanan neonatal tertuang dalam dalam buku Kesehatan Ibu Anak (KIA) (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Program kunjungan neonatus ini juga dilakukan di beberapa negara dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi. Penelitian tentang kunjungan neonatus yang dilakukan Figueras Aloy *et al.* (2015) di Barcelona dapat menurunkan angka kesakitan BBLR dari 3,4% menjadi 1,3% . Penelitian lain di India juga menyatakan program pendampingan menjalin interaksi dengan ibu secara intensif dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi, kesehatan ibu dan dapat berdampak menurunkan angka kematian bayi baru lahir (Mahanta *et al.*, 2016). *World Health Organization* menyarankan jadwal kunjungan bayi baru lahir sebanyak tiga kali, yaitu kunjungan pertama pada minggu pertama (disarankan pada hari ketiga), kunjungan kedua pada 7-14 hari setelah lahir dan kunjungan ketiga 4-6 minggu setelah kelahiran. Kegiatan saat berkunjung adalah konseling untuk menyampaikan informasi dan memastikan ibu menerapkan informasi sesuai dengan kebutuhan kesehatannya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (WHO, 2013).

Pelaksanaan kunjungan neonatus dapat meningkatkan interaksi tenaga kesehatan dengan ibu BBLR. Kunjungan tenaga kesehatan dapat memberikan perasan tenang karena tenaga kesehatan merupakan sumber informasi bagi ibu. Saat kunjungan diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan, motivasi dan ketrampilan ibu dalam merawat BBLR. Pemantauan kondisi bayi dan ibu pasca melahirkan merupakan pelayanan kesehatan neonatus esensial yang harus dilakukan untuk mengurangi angka kematian bayi (AKB). Kurang pengetahuan ibu mengenai masalah

perawatan BBLR dan merawat dengan kurang benar maka akan menimbulkan masalah kesehatan bagi bayi tersebut. Masalah kesehatan yang muncul yaitu kurang nutrisi karena fisiologis dan kebutuhan yang kurang, hipotermia dan perawatan yang kurang bersih memicu paparan infeksi pada bayi. Hal inilah yang menyebabkan masalah kesehatan yang menimbulkan sakit dan

Kunjungan perawat di rumah membuat ibu adaptasi lebih cepat terhadap situasi setelah melahirkan (Schönbauerová & Boledovičová, 2015). Edukasi perawatan BBLR dan pelatihan dapat meningkatkan kemampuan ibu dalam merawat bayinya (Nabiwemba et al., 2014). Pelaksanaan kunjungan bayi dalam kegiatan ini dalam segi kuantitas/jumlah masih belum optimal. Tenaga kesehatan penanggung jawab wilayah masih banyak yang belum melakukan kunjungan pada bulan pertama. Kunjungan neonatus terlebih neonatus risiko tinggi merupakan tugas tenaga kesehatan yang telah ditunjuk oleh instansi yang berwenang. Harapannya dengan adanya pelatihan pengetahuan nakes dapat meningkat dan keterampilan cara merawat BBLR bisa diimplementasikan kepada ibu dan bayi saat melaksanakan kunjungan neonatus di komunitas

6. KESIMPULAN

Pelatihan peningkatan pengasuhan BBLR oleh nakes dan kader efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan pendampingan kepada keluarga BBLR.

7. DAFTAR PUSTAKA

- Akter, T., Dawson, A., & Sibbritt, D. (2016). The determinants of essential newborn care for home births in Bangladesh. *Public Health*, *141*, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.08.004>
- Astuti, E. S., Nursalam, N., Devy, S. R., & Etika, R. (2019). Knowledge, Family Support and Self-Reliance Capital when Caring for Low Birth Weight Babies. *Jurnal Ners*, *14*(1), 10. <https://doi.org/10.20473/jn.v14i1.12734>
- Boykova, M., & Kenner, C. (2012). Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *26*(1), 81-87. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318243e948>
- Donev, D., Velkovski, Z., Stojanovska, V., & Gligorov, I. (2014). *Health Promotion and Health Education*. April, 2-3.
- Figueras Aloy, J., Esqué Ruiz, M. T., Arroyo Gili, L., Bella Rodriguez, J., Álvarez Miró, R., & Carbonell Estrany, X. (2015). Changes in homecare for preterm and low-birth-weight infants from 2002 to 2014. *Anales de Pediatría*, *85*(3), 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.01.022>
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. In M. E. drg. Vensya Sitohang, M. Dr. drh. Didik Budijanto, M. Kes Boga Hardhana, S.Si, & M. K. A. drg. Titi Aryati Soenardi (Eds.), *Jakarta: Kementerian Kesehatan RI* (satu). <https://doi.org/351.770.212> Ind P
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2014*.

- Mahanta, T. G., Islam, S., Sudke, A. K., Kumari, V., Gogoi, P., Rane, T., & Mahanta, B. N. (2016). Effectiveness of introducing home-based newborn care (HBNC) voucher system in Golaghat District of Assam. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 4(2), 69-75. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cegh.2015.08.002>
- Nabiwemba, E. L., Atuyambe, L., Criel, B., Kolsteren, P., & Orach, C. G. (2014). *Recognition and home care of low birth weight neonates : a qualitative study of knowledge , beliefs and practices of mothers in Iganga-Mayuge Health and Demographic Surveillance Site , Uganda*. 1-11.
- Riset, B., & Dasar, K. (2012). *Dukungan sosial keluarga dan hubungannya dengan kecemasan ibu primipara dalam merawat bayi berat badan lahir rendah*. 249-254.
- Schönbauerová, A., & Boledovičová, M. (2015). The role of paediatric nurse in home visiting of newborns and infants in the past - Literary survey. *Kontakt*, 17(4), e211-e218. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.09.003>
- WHO. (2013). *Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health*.