BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pengetahuan

1. Defenisi Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo 2020), pengetahuan adalah hasil kemampuan seseorang untuk melihat atau memahami suatu objek yang diperoleh melalui pengalaman yang mendukung fungsi pancaindra. Proses tersebut mencakup penggunaan indera penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan peraba untuk menerima berbagai informasi. Informasi yang diterima kemudian diolah serta diinterpretasikan oleh individu sehingga menjadi pengetahuan. Di antara seluruh pancaindra, penglihatan dan pendengaran merupakan sumber utama terbentuknya pengetahuan pada manusia. Pengetahuan tersebut berperan sebagai dasar bagi individu untuk memahami lingkungan di sekitarnya, menginterpretasikan pengalaman yang dialami, serta mengelola berbagai informasi yang diterima dalam kehidupan sehari-hari.

Dalam proses perkembangannya, pengetahuan bersifat dinamis. Ketika individu dihadapkan pada informasi atau pengalaman baru yang tidak selaras dengan struktur pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya, maka akan terjadi proses penyesuaian atau restrukturisasi pengetahuan guna mencapai keseimbangan dan konsistensi kemampuan. Tingkat pengetahuan yang baik akan berkontribusi terhadap pembentukan sikap dan perilaku yang positif. Pada konteks kesehatan ibu, pengetahuan yang memadai mengenai kehamilan memungkinkan ibu hamil untuk menerapkan perilaku kesehatan yang tepat dalam upaya menjaga kesehatan diri dan janin.

Pengetahuan memegang peranan penting dalam proses pengambilan keputusan dan penentuan tindakan, baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Ibu hamil yang memahami manfaat pemeriksaan kehamilan, mengetahui jadwal kunjungan yang dianjurkan, serta mengenal fasilitas dan

tenaga kesehatan yang kompeten cenderung memiliki motivasi yang lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan ANC secara rutin. Sebaliknya, keterbatasan pengetahuan ibu dan keluarga mengenai pentingnya pemeriksaan kehamilan dapat menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan deteksi dini terhadap risiko dan komplikasi kehamilan (Notoatmodjo, 2020).

Secara keseluruhan, pengetahuan yang berada dalam ranah kognitif merupakan faktor dalam pembentukan perilaku seseorang. Pengetahuan tidak hanya berperan sebagai pedoman dalam bertindak, tetapi juga memperkuat keyakinan serta kepercayaan diri individu dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan peningkatan dan perluasan bidang kesehatan.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo 2018), Pengetahuan merupakan determinan penting dalam proses pembentukan perilaku manusia. Tindakan yang didorong oleh pemahaman yang baik terbukti lebih konsisten dan bertahan lama (berkelanjutan) dibandingkan dengan perilaku yang dipraktikkan tanpa adanya penyandaran pada aspek pengetahuan yang memadai. Pengetahuan seseorang terbagi ke dalam beberapa tingkatan yang menggambarkan sejauh mana individu mampu memahami, mengolah, dan menerapkan informasi yang dimilikinya.

Tingkat pengetahuan dijelaskan oleh (Notoatmodjo 2018) menjadi enam tahapan, yaitu:

a. Tahu (Know)

   Tingkatan ini merepresentasikan kapasitas kognitif seseorang dalam me-rekapitulasi atau mengingat kembali (*recall*) informasi dan materi yang telah diperoleh sebelumnya. Penguasaan wawasan pada level ini dikategorikan sebagai domain paling dasar, karena manifestasinya baru sebatas mengenali, mengidentifikasi, dan memanggil kembali stimulus

informasi yang pernah diserap melalui proses pengamatan maupun pengalaman empiris.

b. Memahami (Comprehension)

Kemampuan seseorang yang menjelaskan suatu objek atau informasi secara jelas dan ringkas serta menafsirkan informasi tersebut dengan tepat. Pada tingkat ini, seseorang tidak hanya mampu mengumpulkan informasi, tetapi juga mampu menjelaskan dan memahami informasi yang telah dipelajarinya.

c. Penerapan (Application)

Tahapan ini menunjukkan kemampuan seseorang untuk menggunakan konsep, rumus, prinsip, atau metode kemampuan ini menunjukkan bahwa individu dapat menerapkan pengetahuan yang telah diperoleh ke dalam kondisi atau situasi nyata. Dengan demikian, seseorang mampu mengaitkan konsep atau teori yang dipelajari dengan praktik yang dilakukan dalam hidup sehari-hari.

d. Analisis (Analysis)

Kecakapan kognitif individu dalam mendekomposisi suatu konsep atau materi ke dalam elemen-elemen yang lebih spesifik, sehingga interelasi antar-komponen dapat dipetakan secara gamblang. Pada ranah ini, seseorang telah memiliki kapasitas untuk mengeksplanasi, mendiferensiasi, serta mengorganisasikan informasi berdasarkan struktur, karakteristik, maupun keterkaitan fungsional antara satu bagian dengan bagian lainnya.

e. Sintesis (Synthesis)

Tahap ini mencerminkan kemampuan individu Sintesis merupakan kemampuan untuk mengintegrasikan berbagai bagian informasi menjadi suatu kesatuan yang utuh dan bermakna. Proses ini melibatkan penyusunan, pengembangan, atau perancangan konsep maupun formulasi baru dengan memanfaatkan pengetahuan atau konsep yang telah dimiliki sebelumnya.

f. Evaluasi

Kemampuan melakukan penilaian atau memberikan pertimbangan terhadap suatu objek, materi, maupun keadaan dengan berpedoman pada kriteria atau standar tertentu. Tahapan ini menunjukkan tingkat berpikir kritis dan reflektif yang kompleks, di mana seseorang tidak hanya menguasai dan mengurai informasi, melainkan juga mampu merumuskan opini, mengkritisi efektivitas suatu fenomena, serta membuat kesimpulan yang valid berdasarkan bukti-bukti yang ada.

3. Manfaat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2020), pengetahuan, yang diwakili oleh domain kognitif, menjadi elemen penting yang memicu lahirnya sebuah perilaku manifes atau perilaku nyata (*overt behavior*). Melalui penguasaan informasi pada ranah kognitif inilah, dorongan internal dalam diri seseorang dapat terwujud menjadi tindakan konkret yang bisa diidentifikasi dan diukur secara objektif. Berbagai penelitian dan pengalaman empiris menunjukkan bahwa perilaku yang didasarkan pada pengetahuan serta pemahaman yang baik erilaku tersebut cenderung memperlihatkan tingkat konsistensi yang lebih stabil serta memiliki retensi jangka panjang yang lebih kuat jika dikomparasikan dengan tindakan pragmatis yang diadopsi tanpa adanya penyandaran pada aspek pengetahuan yang adekuat. Sebelum seseorang menerapkan atau Penerapan pendekatan baru biasanya menghasilkan proses internal yang berjalan lancar di dalam diri seseorang.Tahapan tersebut meliputi:

a. Awareness (kesadaran) individu mulai mengenali dan memahami adanya suatu stimulus atau objek tertentu. Pada tahap ini, seseorang memiliki kesadaran awal mengenai hal yang menjadi perhatian.
b. Setelah munculnya kesadaran, ketertarikan menyebabkan seseorang bereaksi secara negatif terhadap rangsangan yang dimaksud.

Ketertarikan ini menandai awal munculnya sikap positif terhadap objek yang diketahui.

c. Evaluation (penilaian) pada tahap ini individu menimbang dan mempertimbangkan manfaat maupun kerugian dari stimulasi yang disebutkan di atas bagi diri mereka sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa individu tersebut telah mulai membentuk sikap yang lebih matang terhadap stimulus yang dihadapi.
d. Trial (percobaan) individu mulai mencoba menerapkan atau melakukan tindakan sesuai dengan pengetahuan dan ketertarikan yang telah terbentuk sebelumnya.
e. Adoption (penerimaan) pada tahap akhir ini, individu benar-benar telah mengubah perilakunya sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan pemahaman yang telah terbentuk mengenai rangsangan yang dimaksud.

Pengetahuan berperan sebagai dasar utama dalam pembentukan perilaku yang rasional dan berkelanjutan. Tanpa pengetahuan, perubahan perilaku sulit terjadi secara efektif dan bertahan lama.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan menggunakan metode kuesioner atau wawancara. Instrumen tersebut berisi sejumlah pertanyaan yang disusun sesuai dengan materi atau variabel yang akan diukur dan diberikan kepada responden atau subjek penelitian untuk memperoleh gambaran mengenai tingkat pengetahuan yang dimiliki. Instrumen pengukuran pengetahuan disusun berdasarkan tujuan penelitian serta disesuaikan dengan tingkatan pengetahuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, hasil pengukuran yang diperoleh dapat menggambarkan tingkat pengetahuan responden secara lebih objektif dan sistematis (Notoatmodjo, 2020).

Evaluasi terhadap tingkat pengetahuan subjek penelitian diukur melalui instrumen kuesioner yang memuat sejumlah butir pertanyaan.

Sistem pembobotan data menggunakan skala biner di mana setiap jawaban benar diberi skor satu (1) dan setiap jawaban salah diberi skor nol (0).Untuk menentukan tingkat pengetahuan responden, skor akumulasi diperoleh kemudian dibuat dalam bentuk persentase dan dikelompokkan ke dalam kategori-kategori berikut:

a. Kategori Baik: 76% hingga 100% responden mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner.
b. Kategori Cukup: 56% hingga 75% responden mampu mengidentifikasi jawaban yang benar.
c. Kategori Kurang: Akumulasi jawaban benar yang diselesaikan oleh responden berada pada proporsi $\leq 55\%$.

Pengkategorian tersebut mengacu pada kriteria yang dikemukakan oleh Arikunto (2019), yang banyak digunakan dalam penelitian di bidang kesehatan (Irawan, D., Putri, R. A., & Sari, M.2022).

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut klasifikasi teoretis dari Budiman dan Riyanto (2022), terdapat variasi faktor determinan yang saling berinteraksi dalam memengaruhi tinggi rendahnya tingkat pengetahuan yang dikuasai oleh individu. Faktor-faktor tersebut berperan dalam menentukan sejauh mana individu mampu memperoleh, memahami, dan mengembangkan pengetahuan yang dimilikinya.

a. Pendidikan

Pendidikan didefinisikan sebagai suatu proses sistematis yang berorientasi pada transformasi sikap dan perilaku, baik pada ranah individu maupun kelompok, melalui mekanisme pembelajaran dan pelatihan demi mencapai derajat kedewasaan tertentu. Secara korelatif, individu dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi umumnya menunjukkan kapasitas kognitif yang lebih superior dalam mengasimilasi, menguraikan, dan mengintegrasikan informasi baru,

sehingga cakupan wawasan yang dimilikinya cenderung lebih komprehensif.

b. Informasi atau Media Massa

   Media massa berperan dalam penyampaian informasi yang dikumpulkan, disusun, dianalisis, dan disebarkan untuk tujuan tertentu. Seseorang yang sering memperoleh informasi tentang topik tertentu cenderung memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan mereka yang jarang mendapatkan informasi.

c. Sosial, Budaya, dan Ekonomi

   Latar belakang sosial dan budaya memengaruhi pengetahuan melalui tradisi dan kebiasaan yang dijalankan sehari-hari, meskipun tidak selalu melalui penalaran langsung. Selain itu, kondisi ekonomi menentukan akses seseorang terhadap fasilitas belajar dan pengalaman baru. Individu dengan budaya dan status ekonomi yang mendukung biasanya memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan mereka yang terbatas secara sosial dan ekonomi.

d. Lingkungan

e. Lingkungan tempat seseorang berada menghambat perolehan pengetahuan, baik melalui komunikasi langsung maupun komunikasi tidak langsung. Kehadiran individu yang berpendidikan di sekitar seseorang dapat meningkatkan pengetahuan, sedangkan lingkungan yang kurang mendukung dapat membatasi akses terhadap informasi dan pengalaman.

f. Pengalaman

   Pengalaman yang diperoleh dari situasi atau masalah sebelumnya dapat menjadi sumber pengetahuan baru. Pengalaman ini memungkinkan individu menyelesaikan masalah serupa di masa depan dengan lebih efektif.

g. Usia

Seiring dengan pertambahan usia, kapasitas kognitif dalam mengasimilasi informasi serta kematangan pola pikir individu cenderung mengalami perkembangan yang progresif. Transformasi biologis dan psikologis ini berbanding lurus dengan akumulasi pengalaman hidup, sehingga pengetahuan yang diperoleh menjadi jauh lebih komprehensif, terstruktur, dan matang (Budiman dan Riyanto, 2022).

6. Teori Pengetahuan

a. Teori "Precede–Proceed Model" Lawrence Green (1991)

Model *Precede–Proceed* merupakan sebuah kerangka analisis perilaku kesehatan manusia yang diinisiasi oleh Lawrence Green pada tahun 1980. Melalui pendekatan ini, Green memformulasikan bahwa derajat kesehatan populasi maupun individu dikonstruksikan karena dua faktor penentu utama: variabel perilaku (faktor perilaku) dan faktor non-perilaku (faktor non-perilaku). Teori ini menegaskan bahwa intervensi atau rekayasa perubahan perilaku sehat dapat dirancang secara terukur asalkan variabel-variabel pemicu di balik tindakan tersebut telah diidentifikasi dan dipahami secara mendalam.

PRECEDE merupakan akronim dari tiga kelompok faktor penentu perilaku, Secara khusus, faktor-faktor predisposisi, pendorong, dan penguat. Faktor-faktor yang berkontribusi pada perjalanan seseorang menuju kesehatan yang baik.

Menurut Lawrence Green (1991), ketiga faktor yang memengaruhi terjadinya perilaku sehat tersebut dijelaskan sebagai berikut: (Irwan,2017)

1. Faktor Predisposisi (Predisposing Factors)

Faktor predisposisi (*predisposing factors*) diartikan sebagai komponen dasar atau stimulator awal yang mengonstruksikan motivasi internal individu untuk mengadopsi tindakan tertentu. Spektrum yang bernaung di dalam faktor ini meliputi aspek kognitif (pengetahuan), afektif

(sikap), sistem kepercayaan (*belief*), nilai-nilai sosiokultural (tradisi dan norma), latar belakang pengalaman, serta variabel demografis. Integrasi dari elemen-elemen tersebut secara simultan mengendalikan derajat kesiapan dan kecenderungan psikologis seseorang sebelum mengaktualisasikan suatu perilaku nyata.

Ibu hamil akan lebih termotivasi mengonsumsi tablet Fe apabila ia mempunyai pengetahuan yang memadai serta keyakinan mengenai manfaat tablet Fe dalam mencegah atau mengatasi anemia. Artinya, perilaku kesehatan sangat dipengaruhi oleh sejauh mana individu memahami dan mempercayai nilai atau manfaat tindakan tersebut.

2. Faktor Pemungkin atau Pendukung (Enabling Factors)

Faktor pemungkin merupakan kondisi atau sumber daya yang memungkinkan terjadinya suatu tindakan atau mendukung dilaksanakannya motivasi yang sudah dimiliki individu.

Dalam konteks ibu hamil, perilaku untuk memeriksakan kehamilan secara teratur akan lebih mudah terlaksana bila tersedia tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, sarana kesehatan, keterampilan tenaga kesehatan, serta aksesibilitas terhadap layanan kesehatan. Dengan kata lain, faktor ini berhubungan dengan ketersediaan dan kualitas sarana-prasarana yang memfasilitasi perilaku sehat seseorang.

3. Faktor Penguat (Reinforcing Factors)

Faktor penguat (*reinforcing factors*) manifest sebagai konsekuensi atau stimulus eksternal yang hadir pasca-aktualisasi suatu tindakan, dengan fungsi utama untuk mengonsolidasikan, mereviu, atau melestarikan keberlanjutan perilaku tersebut.

Perilaku ibu hamil, pemeriksaan kehamilan akan lebih rutin dilakukan apabila ada dukungan dari suami, orang tua, teman, atau tenaga kesehatan. Orang-orang di sekitar ibu yang memberikan dorongan atau

pengingat bertindak sebagai penguat bagi terbentuknya perilaku sehat yang berkelanjutan.

Faktor penguat meliputi keluarga, pasangan, teman, tenaga kesehatan, atau tokoh masyarakat yang memiliki pengaruh dalam memperkuat keputusan seseorang melakukan tindakan kesehatan.

Dalam konteks penelitian ini, pemahaman mengenai standar perawatan pranatal merupakan faktor predisposisi utama yang sangat penting bagi perkembangan bayi yang sehat. Ibu hamil yang memiliki pemahaman yang baik mengenai manfaat ANC, prosedur pemeriksaan, identifikasi tanda bahaya kehamilan, serta pentingnya pemantauan kondisi janin, cenderung menunjukkan perilaku kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan yang memadai akan meningkatkan kesiapan dan kemauan ibu untuk memanfaatkan layanan ANC secara teratur dan sesuai standar, sehingga risiko terjadinya BBLR dapat diminimalkan.

Persepsi ibu hamil terhadap kerentanan dan keparahan kondisi BBLR juga menjadi bagian dari faktor predisposisi. Ibu yang meyakini bahwa BBLR merupakan kondisi berisiko tinggi dan dapat menimbulkan dampak serius bagi bayi akan lebih termotivasi untuk melakukan tindakan pencegahan, termasuk mengikuti ANC dengan baik. Sikap dan keyakinan positif terhadap standar kunjungan ANC misalnya keyakinan bahwa ANC mampu mendeteksi dini komplikasi dan meningkatkan kesehatan janin juga memperkuat niat dan perilaku pencegahan BBLR.

Faktor predisposisi lainnya seperti pengalaman sebelumnya, baik pengalaman pribadi maupun pengalaman dari lingkungan sekitar, turut membentuk perilaku ibu hamil. Pengalaman positif tentang ANC atau pengalaman melihat dampak BBLR pada orang lain dapat meningkatkan kepedulian dan mendorong ibu untuk lebih aktif mengikuti pemeriksaan kehamilan. Dengan demikian, faktor predisposisi ini menjelaskan hubungan antara pengetahuan ibu hamil tentang standar kunjungan antenatal care dengan upaya mereka dalam mencegah bayi berat lahir rendah.

B. Konsep Ibu Hamil

1. Defenisi Ibu Hamil

Kehamilan merupakan masa yang sangat penting dalam kehidupan seseorang, di mana ia mengalami berbagai perubahan, baik itu perubahan biologis, fisiologis, maupun sosial. Masa ini tidak hanya menuntut adaptasi fisik dari ibu, tetapi juga memengaruhi dinamika hubungan dengan orang terdekat, terutama pasangan atau calon ayah. Hubungan ini berkembang mulai dari keputusan bersama untuk menjalani kehamilan, berlanjut selama proses kehamilan itu sendiri, hingga pengalaman persalinan dan masa pasca melahirkan. Perubahan-perubahan tersebut dengan berpendapat bahwa kehamilan bukan sekadar fenomena biologis, melainkan juga fenomena sosial yang kompleks yang membutuhkan perhatian dan dukungan dari lingkungan sekitar (Malarkiewicz and Maksymowicz 2022).

Selama kehamilan, banyak wanita mengalami kekhawatiran terkait keberhasilan kehamilan, pertumbuhan janin, serta proses persalinan. Perasaan cemas atau takut ini sering memunculkan beragam emosi, yang kadang bisa terasa cukup intens (Wilska, Rantanen, and Botha 2021).

1. Klasifikasi ibu hamil

Menurut (Kasmiati 2023), masa kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, yaitu:

a. Trimester pertama berlangsung sejak awal pembuahan hingga usia kehamilan sekitar 12 minggu, ketika panjang janin mencapai kurang lebih 63 mm.
b. Trimester kedua berlangsung dari bulan ke-13 hingga bulan ke-24.Selama periode ini, terjadi pertumbuhan janin yang pesat disertai dengan proses pematangan berbagai organ tubuh sehingga fungsinya berkembang semakin optimal.
c. Trimester ketiga berlangsung selama 25 hingga 40 bulan. Pada tahap ini, janin telah berkembang dengan baik, memiliki panjang sekitar 37 cm dan berat kurang lebih 1.250 gram. Sebagian besar organ telah

berfungsi secara optimal, dan pada rentang usia kehamilan ini sebagian bayi telah siap untuk dilahirkan.

Usia kehamilan atau usia gestasi dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga saat persalinan. Kehamilan dikategorikan sebagai cukup bulan (aterm/term) apabila berlangsung selama 37–42 minggu, sedangkan kehamilan yang berakhir sebelum mencapai usia 37 minggu termasuk kehamilan kurang bulan (preterm). Selama trimester ketiga, ibu hamil dianjurkan menjalani pemeriksaan kehamilan sesuai dengan jumlah kunjungan minimal yang telah ditetapkan dalam standar pelayanan antenatal.

C. Konsep Antenatal Care

1. Defenisi Antenatal Care

Perawatan antenatal adalah layanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu hamil. Layanan ini meliputi pemantauan kondisi fisik dan mental ibu, memeriksa pertumbuhan serta perkembangan janin, serta mempersiapkan ibu menghadapi persalinan sehingga siap menjalani peran barunya sebagai orang tua (Dewanggayastuti, Surinati 2022)

Menurut (Kementerian Kesehatan RI 2020) pemeriksaan kehamilan atau antenatal care (ANC) adalah pemeriksaan rutin yang dilakukan untuk memantau kondisi ibu dan janin, dengan tujuan mendeteksi dan memperbaiki potensi masalah sejak dini sehingga keadaan tidak menguntungkan dapat dicegah.

2. Faktor yang Berhubungan dengan ANC

Menurut (Tunny,R.,& Astuti, A. D.2023) ada beberapa faktor yang memengaruhi pemanfaatan layanan perawatan kehamilan.

a. Umur

Usia berperan penting dalam mengantisipasi diagnosis kesehatan serta langkah-langkah yang ditempuh. Sebagai makhluk biologis, wanita memasuki fase reproduksi beberapa tahun sebelum mencapai rentang usia di mana kehamilan dan persalinan dapat berlangsung

secara optimal dan minim risiko (*safe motherhood*). Secara klinis, masa transisi ini menuntut kesiapan organ reproduksi yang matang guna meminimalisir potensi komplikasi obstetri yang kerap memicu morbiditas dan mortalitas maternal dapat berjalan dengan aman, yakni antara 20-35 tahun. Setelah itu, risiko bagi ibu meningkat seiring bertambahnya usia setiap tahun.

b. Pengetahuan

Pengetahuan dipahami sebagai representasi dari proses kognitif yang termanifestasi setelah individu menerima stimulus terhadap objek tertentu. Merujuk pada pandangan Bloom (1971), pengetahuan merupakan bentuk pemahaman yang diinternalisasi oleh individu, yang berfungsi sebagai instrumen konseptual untuk menguraikan serta menjelaskan berbagai fenomena yang terjadi di lingkungan sekitarnya.

c. Paritas

Jumlah persalinan merujuk pada seorang ibu yang membesarkan hanya satu anak. Ibu yang sedang mengalami kehamilan pertama kali cenderung lebih termotivasi untuk memeriksa kehamilannya dibandingkan ibu yang telah memiliki pengalaman melahirkan sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh pandangan bahwa ibu yang sudah pernah melahirkan memiliki pengetahuan dari pengalaman tersebut.

d. Jarak

Jarak adalah jarak antara dua objek atau lokasi. Indonesia, banyak wilayah yang belum mencapai keseimbangan dalam hal kecukupan dan ketersediaan fasilitas pelayanan publik, termasuk di bidang kesehatan. Beberapa daerah, khususnya di pedesaan, masih mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan karena tidak setiap desa memiliki tenaga medis dan puskesmas.

e. Keterjangkauan Fasilitas

Masalah kesehatan masyarakat tidak dapat dilepaskan dari berbagai faktor yang membentuk rantai penyebab penyakit. Faktor-faktor tersebut meliputi lingkungan tempat masyarakat bermukim, perilaku yang membahayakan kesehatan, atau pola hidup yang dapat mengganggu tatanan kesehatan masyarakat. Selain itu, ketersediaan dan aksesibilitas fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan layanan kepada masyarakat juga memainkan peran krusial. Di luar itu, terdapat faktor-faktor bawaan sejak lahir yang menjadi tantangan khusus ketika dilihat dari sudut pandang individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan.

3. Standar Kunjungan Antenatal Care

World Health Organization (WHO) merekomendasikan agar ibu hamil menghadiri setidaknya delapan kali kunjungan antenatal untuk memungkinkan deteksi dini dan intervensi yang tepat (Pondaang et al., 2025). Sebelum tahun 2016, WHO menetapkan setidaknya empat kontak ANC selama kehamilan tetapi terdapat temuan bahwa frekuensi ANC yang terbatas meningkatkan risiko kematian perinatal, maka WHO memperbaharui rekomendasi mereka menjadi delapan kontak ANC selama kehamilan.

Berdasarkan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021, standar minimal pelayanan ANC ditetapkan sebanyak enam kali kunjungan selama masa gestasi. Implementasi kebijakan ini mewajibkan keterlibatan dokter dalam melakukan pemeriksaan klinis sebanyak dua kali, yakni pada kunjungan perdana di trimester pertama serta kunjungan kelima di trimester ketiga. Secara terstruktur, distribusi kunjungan tersebut diatur meliputi satu kali pada TM I(≤ 12 minggu), dua kali pada TM II ($13 - 24$ minggu), dan tiga kali pada TM III (> 24 minggu hingga menjelang persalinan). Melalui skema terpadu ini, pelayanan ANC diorientasikan sebagai instrumen preventif untuk

mendeteksi faktor risiko maternal secara dini serta memfasilitasi tata laksana awal terhadap potensi komplikasi obstetri.

Standar kunjungan antenatal care berfungsi sebagai salah satu indikator untuk menilai apakah layanan tersebut telah memenuhi standar yang ditetapkan. Standar tersebut dapat dievaluasi berdasarkan jumlah kunjungan ,khususnya K1, K4 dan K6 (Kementerian Kesehatan RI 2020)

a. Kunjungan Pertama (K1)

Kunjungan pertama (K1) adalah pertemuan awal antara seseorang dengan tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan untuk memberikan layanan kebidanan, baik dari aspek klinis maupun kemampuan berkomunikasi. Pada kunjungan ini, Ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal yang komprehensif sesuai dengan standar yang berlaku. Oleh karena itu, pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan sesegera mungkin, terutama sebelum usia kehamilan mencapai delapan minggu pada trimester pertama. Hal ini memungkinkan identifikasi faktor risiko kehamilan serta penilaian kondisi ibu dan janin sejak dini.

Dalam Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu, K1 dibedakan menjadi dua jenis, yaitu K1 murni dan K1 akses . (Kementerian Kesehatan RI 2020)

1. Kunjungan K1 Murni secara spesifik merujuk pada kontak pertama kali agar dapat memperoleh pelayanan antenatal (ANC) yang tepat selama trimester tersebut, ibu harus dalam kondisi sehat pertama kehamilan. Ketepatan waktu pemeriksaan perdana ini menjadi indikator penting dalam manajemen risiko klinis, karena memungkinkan deteksi dini kondisi kesehatan maternal sejak awal masa gestasi.
2. Kunjungan K1 Akses mendefinisikan kontak perdana antara ibu hamil dengan tenaga kesehatan guna memperoleh pelayanan ANC secara makro, tanpa mengikat atau mempertimbangkan batasan usia gestasi saat pemeriksaan tersebut diaktualisasikan. Indikator

ini secara umum digunakan untuk mengukur daya jangkau dan aksesibilitas masyarakat terhadap fasilitas pelayanan KIA.

Disarankan agar ibu hamil melakukan K1 murni agar tenaga kesehatan dapat mendeteksi sejak dini adanya komplikasi atau faktor risiko kehamilan, sehingga penanganan dapat dilakukan secara tepat waktu.

b. Kunjungan Keempat (K4)

K4 adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian di bidang kebidanan dan pelayanan klinis untuk memastikan perawatan antenatal yang komprehensif sesuai dengan standar yang berlaku. Pemeriksaan ini dilakukan empat kali selama trimester pertama (usia kehamilan 0–12 minggu), sekali selama trimester kedua (usia kehamilan 13–24 minggu), dan dua kali atau lebih selama trimester ketiga (usia kehamilan lebih dari 24 minggu hingga menjelang persalinan).

1. Pemeriksaan dilakukan sekali selama trimester pertama, yaitu ketika usia kehamilan berkisar antara 0 dan 12 bulan.
2. Pemeriksaan dilakukan sekali selama trimester kedua, yaitu ketika rentang kehamilan berada antara 12 dan 24 bulan.
3. Pemeriksaan dilakukan dua kali selama trimester ketiga, yaitu mulai dari usia kehamilan 24 bulan hingga akhir masa persalinan.

Meskipun standar minimal kunjungan antenatal adalah empat kali, ibu hamil yang mengalami keluhan, memiliki penyakit penyerta, atau mengalami komplikasi selama kehamilan dianjurkan melakukan pemeriksaan lebih sering sesuai dengan kondisi dan kebutuhan medisnya.

c. Kunjungan Keenam (K6)

Pelaksanaan ANC K6 dilakukan secara sistematis, yang terdiri dari satu kali pemeriksaan pada trimester pertama (usia kehamilan 0–12 minggu), dua kali pemeriksaan pada trimester kedua (usia kehamilan 13–24 minggu), dan tiga kali pemeriksaan pada trimester ketiga (usia kehamilan lebih dari 24 minggu hingga menjelang persalinan). Dalam pelaksanaannya, ibu hamil diwajibkan mengikuti petunjuk dokter sebanyak dua kali: sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga.

Jadwal kunjungan ANC K6 terdiri dari satu kali kunjungan pada trimester 0–12 minggu, dua kali kunjungan pada trimester kedua saat usia kehamilan lebih dari 12 minggu hingga 24 minggu, dan tiga kali kunjungan pada trimester ketiga saat usia kehamilan lebih dari 24 minggu hingga mendekati waktu persalinan.

Standar K6 menetapkan kewajiban pemeriksaan oleh dokter minimal dua kali, yang didistribusikan satu kali pada trimester pertama dan ketiga. Meskipun demikian, frekuensi kunjungan antenatal ini dapat diintensifkan di luar standar reguler apabila ibu hamil terindikasi mengalami keluhan, penyakit penyerta, atau komplikasi obstetri yang membutuhkan pemantauan klinis lebih lanjut.

Jika masa kehamilan telah mencapai 40 minggu, ibu hamil dianjurkan segera mendapatkan rujukan untuk menjalani evaluasi lebih lanjut dan penentuan waktu yang tepat untuk terminasi kehamilan apabila diperlukan. Pemeriksaan oleh dokter dilakukan pada dua waktu utama, yaitu:

1. Kunjungan pertama pada trimester pertama, yang bertujuan untuk melakukan penilaian dini terhadap faktor risiko kehamilan dan penyakit penyerta, termasuk pemeriksaan USG. Jika kunjungan awal dilakukan oleh bidan, pelayanan antenatal tetap

diberikan sesuai standar, kemudian ibu dirujuk kepada dokter untuk pemeriksaan lanjutan.

2. Kunjungan kelima pada trimester ketiga, yang difokuskan pada penyusunan rencana persalinan, penilaian risiko yang mungkin terjadi saat persalinan, serta pemeriksaan USG. Pada tahap ini dokter juga menyiapkan rencana rujukan apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan di fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap.

Tabel 2 Format ANC Sesuai Standar

No	**Kontak Ke**	**K1**	**K2**	**K3**	**K4**	**K5**	**K6**
Usia Minggu		**0 -12 minggu**		**> 12-24 minggu**		**> 24 minggu sampai Kelahiran**	
ANC sesuai standar		□	□	□	□	□	□
Sumber							
1	Pemeriksaan oleh Dokter	□	□	□	□	□	□
2	Pengukuran Tekanan Darah	□	□	□	□	□	□
3	Penimbangan Berat Badan	□	□	□	□	□	□
4	Pengukuran Tinggi Badan	□	□	□	□	□	□
5	Penilaian status gizi berdasarkan Lingkar Lengan Atas (LILA)	□	□	□	□	□	□
6	Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU).	□	□	□	□	□	□
7	Penentuan presentasi janin dan	□	□	□	□	□	□

	pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ).						
8	Melakukan skrining status imunisasi serta memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) apabila diperlukan.	□	□	□	□	□	□
9	Pemberian Tablet Darah	□	□	□	□	□	□
10	Pemeriksaan Laboratorium meliputi						
	1. Golongan Darah	□	□	□	□	□	□
	2. Kadar Hb	□	□	□	□	□	□
	3. Gluko - Protein urin	□	□	□	□	□	□
	4.Termasuk pemeriksaan HIV	□	□	□	□	□	□
11	Tata Laksana	□	□	□	□	□	□
12	Temu Wicara / Konseling	□	□	□	□	□	□

Sumber: Puskesmas Bandar Khalifah

4. Standar Kunjungan Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

   Memastikan ibu hamil mendapatkan standar kunjungan pelayanan pemeriksaan kehamilan sesuai dengan 12 T menurut (buku KIA 2024) dan PMK No. 12 tahun 2025:

   a. Mengukur berat badan dan tinggi badan

      Pengukuran berat badan maternal diimplementasikan sebagai instrumen pemantauan status kesehatan ibu serta trajektori pertumbuhan janin sepanjang masa gestasi. Peningkatan berat badan yang berada di bawah ambang batas satu kilogram per bulan berpotensi mengindikasikan adanya hambatan pertumbuhan janin

dalam rahim (*Intrauterine Growth Restriction*/IUGR). Di sisi lain, antropometri tinggi badan ditujukan untuk mengidentifikasi risiko disproporsi sefalopelvik (*Cephalopelvic Disproportion*/CPD), yakni ketidaksesuaian antara kapasitas panggul ibu dengan dimensi kepala janin yang berisiko menyulitkan proses persalinan pervaginam.

b. Mengukur tekanan darah

Pemantauan tekanan darah secara berkala berfungsi sebagai instrumen skrining primer dalam mendeteksi insidensi hipertensi gestasional pada ibu hamil. Capaian tekanan darah yang menyentuh atau melewati ambang batas $140/90$ mmHg menuntut kewaspadaan klinis yang ketat, karena indikasi tersebut berkorelasi kuat dengan gangguan vaskular kehamilan, khususnya preeklamsia, yang berpotensi memicu morbiditas maternal dan perinatal.

c. Mengukur Lingkar Lengan Atas

Pengukuran LILA biasanya dilakukan selama pemeriksaan kehamilan sebagai bagian dari penilaian status gizi ibu hamil. Hasil pengukuran LILA yang sedikit di bawah 23,5 cm mengindikasikan kemungkinan terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK), yang merupakan salah satu faktor risiko Bayi Berat Lahir Rendah.

d. Mengukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran TFU mulai dilakukan sejak usia kehamilan 24 minggu dengan menggunakan pita ukur. Pemeriksaan ini bertujuan untuk memantau pertumbuhan janin dan menilai kesesuaian antara usia gestasi dengan perkembangan ukuran uterus, serta mendeteksi secara dini adanya indikasi gangguan volume cairan amnion (seperti oligohidramnion atau polihidramnion) maupun kelainan pertumbuhan janin seperti makrosomia dan hambatan pertumbuhan janin dalam Rahim kesesuaiannya dengan usia kehamilan sehingga setiap penyimpangan dapat diketahui lebih dini.

e. Menentukan presentasi janin dan DJJ

Evaluasi presentasi dilakukan sejak akhir trimester kedua untuk memantau posisi dan bagian terendah janin di dalam kandungan. Apabila hingga trimester ketiga posisi janin terdeteksi bukan presentasi kepala (misalnya presentasi bokong atau lintang) atau kepala belum masuk ke dalam rongga panggul, hal ini menjadi sinyal adanya penyulit yang memerlukan perencanaan persalinan khusus. Di samping itu, pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) juga wajib dilaksanakan sejak akhir trimester kesatu. Nilai normal DJJ berada pada rentang $120 - 160$ kali per menit. Penemuan DJJ di bawah atau di atas frekuensi standar tersebut mengarah pada kondisi gawat janin yang membutuhkan penanganan darurat.

f. Melakukan skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) jika diperlukan.

Penilaian status imunisasi tetanus dilakukan pada kunjungan antenatal pertama. Selama masa kehamilan, ibu dianjurkan telah mencapai status imunisasi TT minimal T2 sebagai upaya pencegahan tetanus neonatorum. Sementara itu, ibu hamil yang telah memiliki status T5 atau TT Long Life tidak memerlukan pemberian imunisasi TT tambahan.

g. Memberikan tablet tambah darah

Pemberian tablet tambah darah merupakan bagian dari pelayanan antenatal karena anemia masih sering dijumpai pada ibu hamil. Tablet tersebut mengandung zat besi dan asam folat yang berfungsi membantu mencegah anemia sekaligus memenuhi peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan. Setiap ibu hamil dianjurkan memperoleh sedikitnya 90 tablet yang dikonsumsi setiap hari, dimulai sejak kunjungan antenatal pertama.

h. Melakukan pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium merupakan bagian penting dari pelayanan antenatal. Pemeriksaan rutin dilakukan pada seluruh ibu hamil dan meliputi penentuan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, serta pemeriksaan sesuai kondisi endemis atau epidemi di wilayah setempat, seperti malaria, HIV, dan tuberkulosis (TB). Selain pemeriksaan rutin, terdapat pula pemeriksaan laboratorium khusus yang dilakukan berdasarkan indikasi atau kondisi klinis yang ditemukan pada ibu hamil.

i. Penangan kasus

Penatalaksanaan didasarkan pada hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan. Apabila ditemukan kondisi pada ibu hamil yang memerlukan penanganan di luar kemampuan fasilitas kesehatan tempat pelayanan diberikan, maka ibu hamil akan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki kemampuan lebih sesuai dengan ketentuan sistem rujukan yang berlaku.

j. Melakukan temu wicara (konseling)

Edukasi dan konseling dalam pelayanan antenatal diorientasikan sebagai strategi promotif-preventif untuk mengakselerasi pengetahuan serta kemandirian ibu dalam memelihara kesehatan gestasionalnya. Cakupan materi KIE (*Komunikasi, Informasi, dan Edukasi*) ini bersifat holistik, meliputi manajemen kesehatan maternal, internalisasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), serta optimalisasi dukungan psikososial dari suami dan keluarga dalam persiapan persalinan. Komponen krusial lainnya diarahkan pada deteksi dini melalui pengenalan tanda bahaya kehamilan, persalinan, hingga masa nifas, serta penguatan kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan obstetri. Lebih lanjut, pemenuhan gizi seimbang, penapisan penyakit menular dan tidak menular—

termasuk konseling investigatif terhadap HIV pada wilayah epidemi atau pasien dengan Infeksi Menular Seksual (IMS), serta skrining Tuberkulosis (TB)—menjadi pilar penting dalam proteksi klinis. Konseling pascapersalinan juga diintegrasikan sejak dini, yang mencakup edukasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD), manajemen ASI eksklusif, perencanaan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan, pemenuhan imunisasi Tetanus Toksoid (TT), serta stimulasi perkembangan intelektual janin secara intrauterin (*brain booster*).

k. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

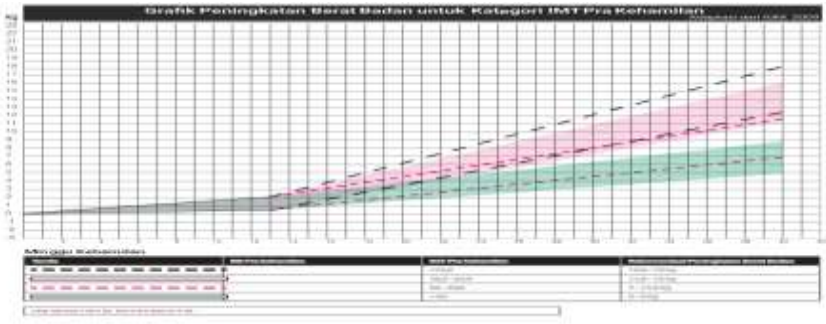
Pemeriksaan ultrasonografi dilakukan untuk menetapkan usia kehamilan secara akurat, mengetahui jumlah janin, menilai posisi plasenta, serta mengidentifikasi kemungkinan adanya kelainan pada struktur janin. Pemeriksaan ini berperan sebagai alat penunjang yang penting dalam pemantauan kondisi kehamilan.

l. Tes skrining kesehatan jiwa

Skrining kesehatan jiwa dilakukan untuk mengidentifikasi secara dini adanya gangguan mental pada ibu hamil, seperti kecemasan dan depresi, yang berpotensi memengaruhi kondisi kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin selama kehamilan.

5. Yang Akan Dialami Ibu Pada Saat Hamil

Merujuk pada panduan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), proses gestasi yang berlangsung selama kurang lebih sembilan bulan secara fisiologis akan disertai dengan peningkatan berat badan maternal. Akumulasi kenaikan berat badan tersebut secara umum berada pada rentang $5 - 18$ kg, di mana penentuan target capaiannya harus diestimasikan secara individual berdasarkan status gizi pra-kehamilan ibu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).



Gambar 1 Grafik Peningkatan Berat Badan (Hal. 108)

Penjelasan grafik tersebut menggambarkan pola peningkatan berat badan ibu hamil berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum kehamilan. Garis-garis yang terdapat dalam grafik menunjukkan rentang kenaikan berat badan yang direkomendasikan selama masa kehamilan sesuai dengan kategori IMT, mulai dari awal kehamilan hingga usia 42 minggu.

Pada grafik, sumbu horizontal menunjukkan usia kehamilan dalam minggu, sedangkan sumbu vertikal menunjukkan jumlah kenaikan berat badan dalam satuan kilogram (kg) sejak awal kehamilan. Perbedaan warna pada garis grafik menandakan variasi rekomendasi kenaikan berat badan berdasarkan kondisi IMT pra-kehamilan. Dengan demikian, setiap ibu hamil memiliki target kenaikan berat badan yang berbeda sesuai dengan status gizi awalnya.Penjelasan Warna/Garis pada Grafik:

a. IMT Rendah/Kurus (<18,5) ditunjukkan oleh garis putus-putus yang berada pada posisi paling atas dalam grafik. Ibu hamil dengan kategori IMT ini dianjurkan mengalami kenaikan berat badan sebesar 12,5–18 kg selama kehamilan. Rekomendasi tersebut bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin agar lebih optimal.
b. IMT Normal (18,5–24,9) digambarkan oleh garis tengah berwarna pink pada grafik. Pada kategori ini, ibu hamil disarankan mengalami kenaikan berat badan sekitar 11,5–16 kg selama masa kehamilan. Rentang tersebut dianggap ideal untuk menjaga kesehatan ibu sekaligus menunjang pertumbuhan janin secara seimbang.

c. IMT Gemuk (25–29,9) ditunjukkan oleh garis putus-putus yang berada lebih rendah pada grafik. Ibu hamil dalam kategori ini dianjurkan mengalami kenaikan berat badan sekitar 7–11,5 kg selama kehamilan. Rekomendasi ini bertujuan untuk menjaga pertumbuhan janin tetap optimal tanpa meningkatkan risiko komplikasi akibat kelebihan berat badan.

d. IMT Obesitas (≥30) digambarkan oleh garis paling bawah yang berwarna hijau pada grafik. Pada kategori ini, kenaikan berat badan yang dianjurkan selama kehamilan adalah sekitar 5–9 kg. Peningkatan yang lebih terbatas ini bertujuan untuk menurunkan risiko komplikasi seperti hipertensi dan diabetes gestasional, sekaligus tetap mendukung perkembangan janin secara adekuat.

Melalui pemantauan antenatal yang terstruktur, trajektori pertumbuhan dan perkembangan janin dapat dioptimalkan, khususnya dalam mengawal periode krusial Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Fase ini bertindak sebagai *window of opportunity* (jendela kesempatan) yang sangat menentukan status kesehatan, kognitif, dan kualitas hidup anak di masa depan. Secara kronologis, 1000 HPK mengintegrasikan 270 hari masa gestasi (fase intrauterin) serta 730 hari pasca-natal hingga anak genap berusia dua tahun. Sepanjang lini masa tersebut, diferensiasi organ, maturasi fungsi fisiologis, dan pertumbuhan somatik terjadi secara akseleratif, sehingga setiap bentuk defisit nutrisi atau gangguan kesehatan pada fase ini berisiko menimbulkan dampak yang bersifat irreversible (tidak dapat diperbaiki).

6. Hal-Hal yang Perlu Dilakukan Ibu Selama Kehamilan

a. Ibu sebaiknya selalu segera pergi ke fasilitas kesehatan jika mereka mengalami keterlambatan haid selama satu minggu sebagai langkah deteksi dini kehamilan.

b. Pemeriksaan kehamilan (ANC) perlu dilakukan secara teratur minimal enam kali selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan.

c. Ibu hamil dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan dengan porsi atau frekuensi lebih banyak dibanding sebelum hamil serta mencukupi kebutuhan cairan harian.
d. Minuman berkafein, seperti kopi dan teh, serta minuman bersoda, harus dihindari, dan minuman beralkohol juga harus dihindari.
e. Ibu hamil tidak boleh merokok dan perlu menjauhi paparan asap rokok karena berisiko bagi janin.
f. Tablet Tambah Darah (TTD) atau suplemen yang dianjurkan tenaga kesehatan harus diminum setiap hari selama kehamilan untuk mencegah anemia.
g. Ibu perlu memahami tanda bahaya kehamilan dan segera mencari pertolongan ke rumah sakit apabila mendapatkan rujukan.
h. Penggunaan obat-obatan selama kehamilan hanya boleh dilakukan atas resep dan pengawasan dokter atau tenaga kesehatan.

7. Alasan Penting Melakukan Pemeriksaan
   a. Deteksi Dini dan Pencegahan Komplikasi: Pemeriksaan kehamilan diimplementasikan sebagai upaya penapisan proaktif guna mengidentifikasi serta memitigasi risiko komplikasi obstetri yang berpotensi mengancam keselamatan maternal maupun perinatal. Melalui pengawasan klinis yang terstruktur, status kesehatan ibu dan trajektori tumbuh kembang janin dapat dikontrol secara simultan.
   b. Optimalisasi Luaran Bayi (Neonatus): Asuhan antenatal ditujukan untuk memastikan masa gestasi berlangsung hingga aterm (cukup bulan), yakni pada rentang usia kehamilan 37–42 minggu. Hal ini krusial untuk menghasilkan luaran bayi yang sehat dengan berat badan lahir normal (minimal 2.500 gram) dan panjang badan sekurang-kurangnya 48 cm sebagai indikator maturitas klinis.
   c. Kesiapsiagaan Psikofisik Maternal dan Keluarga: Pemeriksaan ini berperan vital dalam mengonstruksi kesiapan fisik serta psikologis ibu beserta keluarga. Edukasi yang diberikan selama kunjungan antenatal

membekali mereka dalam menghadapi persalinan, manajemen nifas, hingga perawatan neonatus secara aman dan optimal.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024).

D. Konsep BBLR

1. Defenisi BBLR

Bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram diklasifikasikan sebagai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sebuah kondisi patologis yang hingga kini menjadi salah satu determinan utama masalah kesehatan maternal-neonatal. Selain memicu peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas akut pada fase awal kehidupan, BBLR juga membawa implikasi jangka panjang berupa gangguan tumbuh kembang. Bayi dengan riwayat ini menunjukkan kecenderungan yang lebih besar untuk mengalami hambatan pada aspek kognitif, intelektual, serta keterampilan motorik Jika dibandingkan dengan sekelompok bayi yang memiliki bentuk tubuh normal.(Bahrum et al. 2024)

BBLR merupakan sebuah klasifikasi klinis bagi bayi baru lahir yang memiliki bobot kurang dari 2.500 gram, di mana penilaian berat badan tersebut dilakukan secara independen tanpa mempertimbangkan usia kehamilan saat persalinan terjadi. Penentuan berat lahir dilakukan melalui penimbangan bayi dalam waktu satu jam pertama setelah persalinan. Secara umum, BBLR dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu bayi kurang bulan murni atau prematuritas murni, yaitu bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu dengan berat badan yang umumnya sesuai dengan usia kehamilannya, serta bayi yang mengalami berat badan lahir rendah tanpa memperhatikan periode waktu yang sama.(Azizah et al. 2024)

2. Tanda- Tanda BBLR

Menurut (Suryani 2020), bayi yang termasuk dalam kategori BBLR memiliki beberapa karakteristik sebagai berikut :

a. Dilahirkan pada masa kehamilan prematur, yaitu saat usia kehamilan mencapai 37 minggu atau kurang.

b. Memiliki bobot atau berat badan lahir akumulatif tidak lebih dari 2.500 gram.
c. Menunjukkan ukuran antropometri yang terbatas, meliputi panjang badan tidak melebihi 46 cm, lingkar kepala maksimal 33 cm, serta lingkar dada yang tidak lebih dari 30 cm.
d. Secara fisik masih tampak ditutupi oleh rambut halus (*lanugo*) dalam jumlah yang cukup banyak pada permukaan tubuhnya.
e. Lapisan lemak di bawah kulit (subkutan) masih sangat tipis atau belum berkembang dengan baik.
f. Tulang rawan pada daun telinga belum berkembang secara sempurna sehingga telinga masih tampak lunak.
g. Tumit terlihat licin atau mengilap, sedangkan telapak kaki masih halus dengan garis-garis telapak yang belum jelas.
h. Organ genital pada bayi belum berkembang secara sempurna. Pada bayi perempuan, labia mayora belum menutupi labia minora, sehingga klitoris masih tampak menonjol. Sebaliknya, pada bayi laki-laki, testis belum turun ke skrotum, dan pigmentasi serta lipatan (rugae) di skrotum belum mencapai kondisi idealnya.
i. Tonus otot cenderung rendah sehingga bayi tampak kurang aktif dan gerakannya terlihat lemah.

3. Komplikasi BBLR

Menurut (Wulandari, I., & Ernawati, D. 2022) Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) rentan mengalami berbagai masalah fisiologis yang kompleks. Berikut ini beberapa gangguan yang umum terjadi pada mereka:

a. Gangguan metabolik, seperti hipotermia akibat ketidakmampuan tubuh mempertahankan suhu, hipoglikemia dan hiperglikemia karena sistem metabolisme glukosa yang belum matang, serta kesulitan dalam pemberian ASI yang disebabkan oleh refleks hisap dan menelan yang belum sempurna.

b. Gangguan sistem imun, termasuk penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi, terjadinya kejang saat lahir, serta hiperbilirubinemia (icterus) akibat fungsi hati yang belum optimal.
c. Gangguan pernapasan, meliputi sindrom gangguan pernapasan (respiratory distress syndrome), asfiksia neonatorum, apneu periodik atau henti napas sementara, ketidakmatangan paru, dan risiko retrolental fibroplasia yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan.
d. Gangguan sistem peredaran darah, seperti anemia, perdarahan, kelainan jantung kongenital, gangguan pada otak, serta komplikasi akibat hipoglikemia atau icterus berat yang dapat memicu kejang.
e. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, seperti gangguan pada proses pembuangan, perut kembung, gangguan pencernaan, dan ketidakseimbangan kadar elektrolit dalam tubuh yang dapat mengganggu fungsi organ-organ penting.

4. Pencegahan Sebelum Terjadinya BBLR

Menurut (Novitasari, A. 2021) pencegahan BBLR perlu dilakukan sejak masa kehamilan. Upaya utama yang dapat dilakukan antara lain:

a. Pelayanan antenatal komprehensif. Semua ibu hamil perlu mendapatkan pemeriksaan ANC secara menyeluruh untuk mendeteksi dini risiko komplikasi kehamilan dan melakukan intervensi tepat waktu.
b. Perbaikan status gizi ibu hamil. Asupan nutrisi yang bergizi seimbang sangat penting, dengan meningkatkan frekuensi makan dan memperhatikan kandungan zat gizi makro dan mikroorganisme seperti protein, kalsium, asam folat, dan zat besi.
c. Menghindari zat berbahaya. Ibu hamil harus menghentikan kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan penggunaan obat-obatan terlarang karena dapat mengganggu pertumbuhan janin dan meningkatkan risiko BBLR.

d. Lakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin. Pemeriksaan minimal empat kali selama masa kehamilan sangat penting, dimulai sejak trimester pertama. Jika kenaikan berat badan ibu kurang dari 1 kg per bulan, disarankan untuk berkonsultasi dengan tenaga kesehatan.
e. Konsumsi suplemen zat besi. Ibu hamil perlu mengonsumsi tablet Fe secara rutin satu tablet per hari untuk mencegah anemia yang dapat berdampak pada gangguan pertumbuhan janin.
f. Edukasi ibu hamil dan keluarga. Penting untuk memberikan pengetahuan mengenai tanda bahaya kehamilan serta pentingnya penanganan cepat terhadap masalah yang muncul selama kehamilan (Pratiwi & Susilawati, 2020).

Dalam penelitian ini, pengukuran upaya pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang didasarkan pada pertanyaan-pertanyaan terkait tindakan ibu hamil dalam menjaga kehamilannya, seperti konsumsi tablet zat besi, pemenuhan gizi, dan pemantauan kondisi kehamilan. Selain itu, pengukuran juga dilakukan melalui Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) untuk meningkatkan keakuratan data yang diperoleh. Instrumen disusun berdasarkan indikator perilaku kesehatan ibu hamil yang relevan dengan pencegahan BBLR (Notoatmodjo, 2020)

Instrumen pengukuran variabel ini mengadopsi 15 item pertanyaan dengan model jawaban "Ya" dan "Tidak". Berdasarkan indikator pencegahan, sistem penilaian memberikan nilai satu (1) untuk jawaban “Ya” dan nilai nol (0) untuk jawaban “Tidak”.Nilai total dihitung dalam persentase, kemudian tingkat upaya pencegahan BBLR tersebut dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1. Baik: Apabila responden mencapai persentase skor $\geq 75\%$ dari total indikator yang terpenuhi.
2. Kurang: Apabila responden mencapai persentase skor $< 75\%$ dari total indikator yang terpenuhi.

Pengkategorian ini dilakukan untuk menyederhanakan analisis data serta mengacu pada teori perilaku kesehatan yang menyatakan bahwa kategori dapat disesuaikan dengan kebutuhan penelitian selama memiliki dasar yang jelas (Notoatmodjo, 2020).

5. Pencegahan Sesudah Terjadinya BBLR

Upaya pencegahan lanjutan setelah bayi lahir dengan kondisi BBLR meliputi perawatan khusus untuk mempertahankan fungsi vital dan mencegah komplikasi lebih lanjut (Novitasari, A. 2021) antara lain:

a. Pemantauan selama kehamilan dan persalinan. Status nutrisi ibu serta Untuk memastikan fungsi plasenta, keseimbangan cairan dan elektrolit harus terjaga tetap optimal. Penggunaan obat-obatan perlu diawasi ketat karena beberapa jenis dapat menembus plasenta dan memengaruhi janin. Selain itu, tindakan saat persalinan seperti episiotomy harus dilakukan dengan teliti agar dapat mencegah terjadinya cedera pada tubuh.
b. Menangani gangguan pernapasan segera. Bayi BBLR sering mengalami asfiksia, sehingga tindakan resusitasi perlu dilakukan segera setelah lahir.
c. Menjaga suhu tubuh bayi. Bayi BBLR rentan mengalami hipotermia karena lapisan lemaknya belum terbentuk sempurna. Oleh karena itu, bayi harus segera dikeringkan, dibungkus dengan selimut hangat, tidak dimandikan saat baru lahir, serta dirawat dalam inkubator dengan pemantauan suhu secara berkala.
d. Pemberian nutrisi sesuai kebutuhan. Pemberian ASI harus disesuaikan dengan berat badan bayi. Bayi dengan berat di bawah 1250 gram perlu diberi asupan 24 kali per hari dalam jumlah kecil, sementara bayi dengan berat 2000 gram dapat diberi 8 kali per hari. Jumlah cairan harus ditingkatkan secara bertahap hingga mencapai 180–200 cc/kg/24 jam pada usia 10–12 hari, dengan kalori sekitar 67–75 kal/100 cc.

e. Pencegahan infeksi. Upaya pencegahan dilakukan dengan menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah menyentuh bayi serta menggunakan teknik aseptik dalam perawatan.

E. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Standar Kunjungan ANC Dengan Upaya Pencegahan BBLR

Memahami standar perawatan pranatal merupakan salah satu faktor terpenting yang memengaruhi risiko kesehatan selama masa kehamilan. Pengetahuan tersebut mencakup pemahaman tentang jadwal kunjungan sesuai standar kunjungan (minimal K6), tujuan pemeriksaan kehamilan, manfaat deteksi dini komplikasi, serta pentingnya pemantauan kondisi ibu dan janin secara berkala. Ibu hamil yang memiliki pemahaman yang baik tentang risiko-risiko yang mungkin timbul selama kehamilan dan lebih cenderung untuk melakukan kunjungan ANC dengan benar.

Penelitian Annisa, Idyawati, & Ulya (2025) di Kabupaten Lombok Timur menunjukkan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara jumlah kunjungan ANC dan tingkat pengetahuan tentang kehamilan ($p < 0,05$). Ibu dengan tingkat pemahaman yang lebih tinggi.

Pengetahuan yang baik akan memberikan dampak positif terhadap pelayanan kesehatan, yang selanjutnya mendorong perilaku kepatuhan terhadap pemeriksaan kehamilan. Dalam konteks pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), kepatuhan terhadap standar kunjungan ANC menjadi sangat penting karena melalui pemeriksaan rutin tenaga kesehatan dapat mendeteksi faktor risiko sejak dini. Faktor risiko tersebut antara lain anemia, kekurangan energi kronis (KEK), hipertensi dalam kehamilan, infeksi, serta gangguan pertumbuhan janin. Jika faktor-faktor tersebut teridentifikasi lebih awal, maka intervensi seperti pemberian tablet tambah darah, suplementasi gizi, pengobatan, atau rujukan dapat segera dilakukan untuk mencegah dampak yang lebih serius, termasuk BBLR.

Penelitian Merzalia & Syafiq (2023) di Kabupaten Belitung menunjukkan berbeda dengan mereka yang menerima layanan ANC sesuai standar, mereka yang tidak mendapatkan layanan tersebut berisiko lebih tinggi mengalami

cedera parah ($p < 0,001$). Studi tersebut menegaskan bahwa kualitas dan kelengkapan pelayanan ANC, termasuk pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin, pemantauan pertumbuhan janin, serta konseling gizi, berperan signifikan dalam menekan risiko BBLR. Hal ini menunjukkan bahwa kunjungan ANC bukan hanya formalitas jumlah kunjungan, tetapi juga berkaitan dengan mutu pelayanan yang diterima ibu hamil.

Temuan serupa juga diperoleh dari penelitian Saifudin, Prihandini, & Widiasih (2024) di Kabupaten Banjarnegara hal ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara ANC dan BBLR ($p = 0,003$). Ibu yang tidak melakukan kunjungan ANC sesuai standar memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah. Penelitian ini memperkuat bahwa keteraturan kunjungan ANC merupakan salah satu bentuk upaya preventif terhadap BBLR, karena melalui kunjungan tersebut dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin secara berkala.

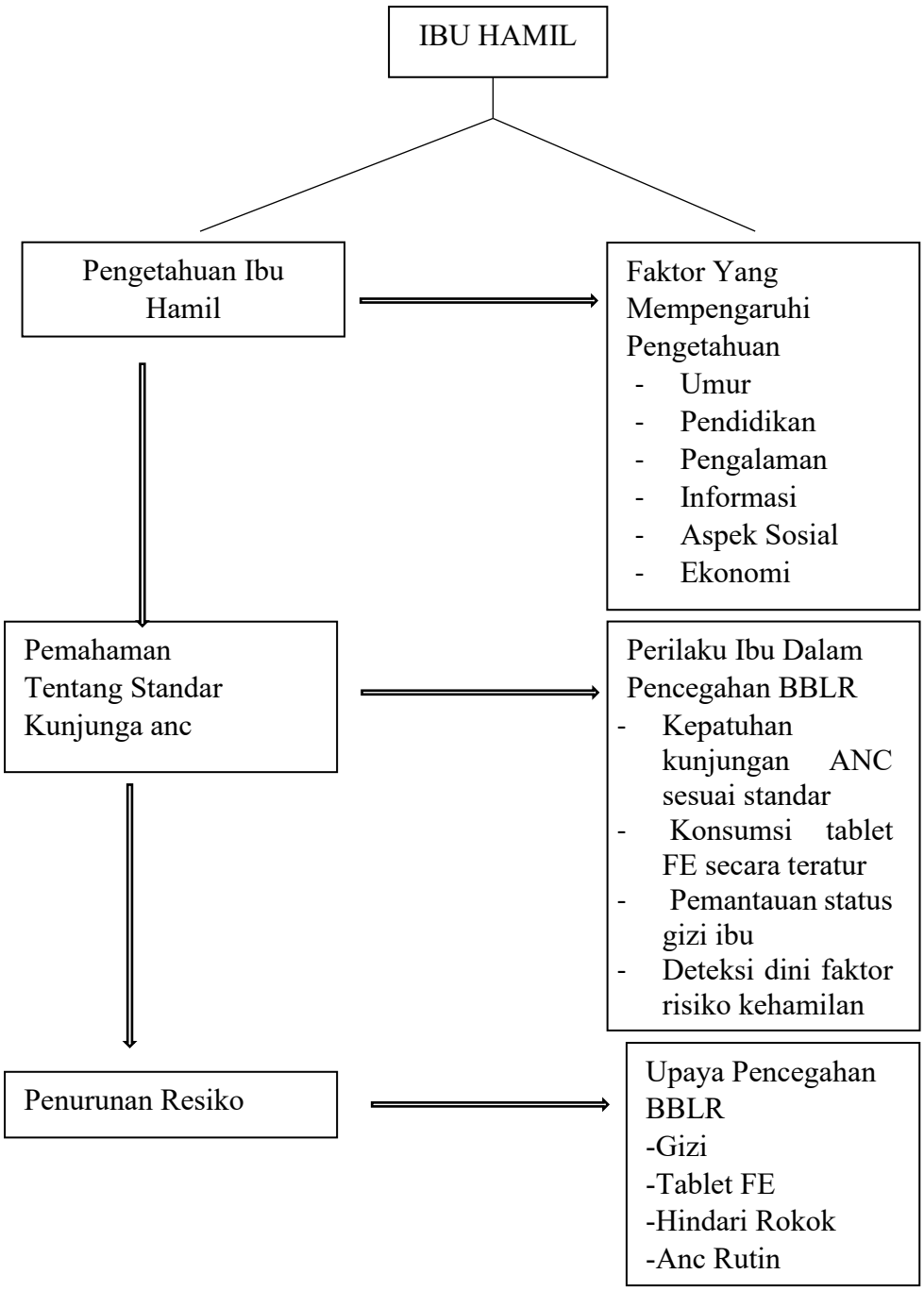
Data Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan oleh (Kementerian Kesehatan RI 2022) menunjukkan bahwa wilayah dengan cakupan ANC lengkap yang lebih tinggi cenderung memiliki angka kejadian BBLR yang lebih rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa akses dan pemanfaatan pelayanan ANC secara optimal berkontribusi terhadap peningkatan kualitas kesehatan ibu dan bayi. Edukasi yang diberikan selama ANC juga berperan dalam meningkatkan Pemahaman Ibu tentang pentingnya asupan gizi dan konsumsi tablet Fe, serta tanda bahaya kehamilan.

Meskipun beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tidak berdiri sendiri dalam memengaruhi kejadian BBLR. Faktor lain seperti status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dukungan keluarga, dan akses terhadap fasilitas kesehatan juga turut berperan. Pengetahuan tetap menjadi faktor dasar yang membentuk perilaku ibu dalam memanfaatkan pelayanan ANC. Tanpa pengetahuan yang memadai, ibu mungkin tidak memahami kelebihan pemeriksaan rutin atau mengabaikan anjuran tenaga kesehatan.

Penelitian yang dilakukan di lingkungan kerja Puskesmas Bandar Khalipah, Kecamatan Percut Sei Tuan, Kabupaten Deli Serdang, sangat relevan untuk dilaksanakan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh para peserta mengenai standar ANC serta kaitannya dengan tugas yang mereka lakukan dalam upaya pencegahan BBLR di lingkungan kerja Puskesmas Bandar Khalipah. Upaya pencegahan yang dimaksud meliputi kepatuhan melakukan kunjungan ANC sesuai standar K6, konsumsi tablet tambah darah, pemenuhan gizi seimbang, serta mengikuti anjuran tenaga kesehatan.

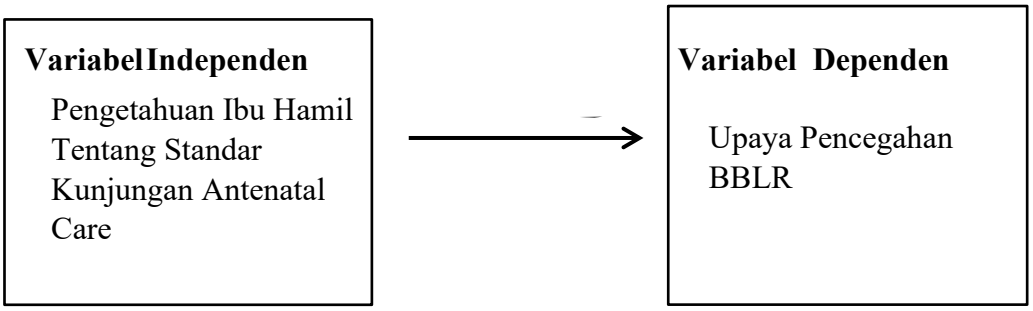
F. Gambar Kerangka Teori dan kerangka Konsep

Gambar 2 Kerangka Teori



Sumber: Notoatmodjo, S. (2018) & Prawirohardjo, SZS. (2016)

Gambar 3 Kerangka Konsep



G. Hipotesis

Hipotesis merupakan proposisi sementara yang diformulasikan sebagai jawaban tentatif terhadap rumusan masalah penelitian. Dalam pengujian statistik kuantitatif, asumsi awal ini dikotomikan menjadi dua bentuk arah pengujian, Ini adalah Hipotesis Nol ($H0$), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan atau perbedaan antara variabel-variabel yang dimaksud, dan Hipotesis Alternatif (Ha atau $H1$), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan, pengaruh, atau perbedaan yang signifikan. Hipotesis Nol (Ho) berfungsi untuk mengajukan dugaan bahwa tidak terdapat perbedaan antara hasil penelitian yang diperkirakan dengan kondisi nyata yang diamati. Sedangkan Hipotesis Alternatif (Ha) diajukan untuk menyatakan adanya kemungkinan perbedaan antara hasil yang diperkirakan dengan kondisi nyata. Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha (Hipotesis Alternatif): Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan ibu hamil tentang standar kunjungan Antenatal Care dengan upaya pencegahan bayi berat lahir rendah di Puskesmas Bandar Khalipah Kecamatan Percut Sei Tuan.