



Implementasi Program Puskesmas Terhadap Penanggulangan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di Kota Salatiga

Rifatolistia Tampubolon^{1*}, Merya Meisce C Lesnussa², Sanfia Tesabela Messakh³

^{1,2}Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Kristen Satya Wacana

³Program Studi Ilmu Pendidikan Jasmani Kesehatan dan Rekreasi, Universitas Kristen Satya Wacana

ABSTRACT

Background: Low birth weight (LBW) is a baby born weighing less than 2500 grams which causes infant mortality rate (IMR). The purpose of this study is to describe the implementation of the Puskesmas program in preventing LBW in Salatiga City.

Method: The research uses a qualitative method with a case study approach. Also, data collection techniques are in-depth interviews using an interview guide as a research instrument. Moreover, the research participants were 4 health workers. Meanwhile, data analysis techniques were data reduction and conclusion drawing. Also to support this research, the researcher used narrative presentation of data.

Results: Therefore, the results showed 5 LBW prevention programs at the Sidorejo Kidul Health Center, in the form of a complete ANC 10T examination service. The giving supplementary Feeding (PMT) in the form of biscuits, green beans, sugar, margarine, eggs, regal, and shredded for 3 months. Neonatal visits (KN) are carried out at health facilities or home visits using the integrated management of young toddlers (MTBM). The maternal care group (KSI) consists of health workers, cross-sectors, and cadres who monitor and collect data on the target group. The class for pregnant women is carried out by providing education to pregnant women and their closest family which includes pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Conclusion: Thus, the researcher concluded that the Puskesmas program for the prevention of LBW events has been implemented.

Keywords: LBW; Implementation; Community Health Center Program.

Copyright © 2025 by Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas. This is an open-access article under the CC BY-SA License (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>)

*Penulis korespondensi, rifatolista.tampubolon@uksw.edu

Pendahuluan

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan salah satu penyebab kejadian kematian bayi. BBLR merupakan bayi yang lahir dengan berat 2500 gram. *World Health Organization* (WHO) mengelompokkan BBLR kedalam tiga kelompok, diantaranya adalah BBLR (1500-2499 gram), Berat Bayi Lahir Sangat Rendah (BBLSR) (1000-1499 gram), Berat Bayi Lahir Ekstrem Rendah (BBLER) (<1000 gram) (Hartiningrum dan Fitriyah, 2019).

Secara global, angka kelahiran per tahun mencapai lebih dari 20 juta kelahiran dengan prevalensi 15,5% diantaranya mengalami BBLR, dan 95,6% dari total bayi dengan BBLR terdapat di negara-negara berkembang (U Singh dkk., 2018). *World Health Organization* (WHO) dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) tahun 2019 menyebutkan bahwa prevalensi kejadian BBLR tertinggi di dunia adalah Asia Selatan yaitu 26,4%, Afrika 13,4%, Asia Tenggara 12,3%, dan 5,1% di Asia Timur. Kejadian BBLR di Indonesia sudah berada di bawah angka kejadian BBLR Asia Tenggara yaitu 10%, namun angka tersebut masih tergolong tinggi dari target BBLR yang ditetapkan oleh sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia sehat yakni 7% (Hafid, dkk., 2018). Menurut Riskesdas tahun 2018 angka kejadian BBLR Provinsi Jawa Tengah berada di peringkat tujuh belas tertinggi yaitu 6,1%, sedangkan untuk angka kejadian BBLR tertinggi berada di Provinsi Sulawesi tengah 8,9% Hasil data Profil Kesehatan Kota Salatiga, angka kejadian BBLR pada tahun 2013 sebanyak 138 kasus (5,5%), menurun pada tahun 2014 sebesar 87 kasus (3,6%) dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 sebesar 98 kasus (3,65%) peningkatan terus terjadi hingga tahun 2017 sebesar 123 kasus (4,9%). (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2017).

Berbagai upaya atau kebijakan yang dilakukan baik dari pemerintah pusat, daerah, kecamatan, desa dan *World Health Organization* (WHO) juga ikut mengambil bagian dalam melakukan program layanan kesehatan untuk mengatasi atau mengurangi masalah ini. Bentuk pelaksanaan kebijakan oleh pemerintah pusat, yaitu dengan penempatan tenaga bidan di desa dan peningkatan cakupan persalinan tenaga kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). Salah satu program pemerintah dalam menangani masalah kematian bayi baru lahir juga dilakukan dengan pelaksanaan program pelayanan *Antenatal Care*

(ANC) yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, diagnosa, pemeriksaan obstetrik dan pemeriksaan diagnosis penunjang (Yanuari, 2013).

Penerapan program kebijakan pemerintah terkait penanggulangan kejadian BBLR di masyarakat dilaksanakan melalui sarana pelayanan kesehatan dasar. Pelaksanaan program-program tersebut melalui fasilitas kesehatan pertama yaitu Puskesmas yang berperan dalam menjalankan program-program dari pemerintah. Salah satu sasaran pokok pembangunan kesehatan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019 adalah meningkatnya status kesehatan serta gizi ibu dan anak, melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Upaya pemerintah dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) akibat BBLR yaitu dengan menjalankan program pelayanan KIA seperti program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP) di layanan kesehatan dasar seperti Puskesmas (Kemenkes RI, 2016), dimana melalui program ini dapat dilakukan pemantauan pertumbuhan balita, pemberian suplemen gizi, pelayanan gizi, serta penyuluhan gizi seimbang (Kebijakan Dasar Puskesmas, 2009).

Pentingnya peranan sarana kesehatan seperti Puskesmas dalam menjalankan upaya penanggulangan kejadian BBLR khususnya di Kota Salatiga, sehingga penelitian ini bertujuan menggambarkan bagaimana implementasi program Puskesmas terhadap penanggulangan kejadian berat bayi lahir rendah di Kota Salatiga.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan menggunakan panduan wawancara, *tape recorder*, maupun catatan lapangan sebagai instrumen penelitian. Panduan wawancara dalam penelitian ini berisi pertanyaan terkait dengan pelaksanaan penanggulangan kejadian BBLR, strategi pemantauan serta hambatan dan evaluasi dalam pelaksanaan program-program penanggulangan BBLR. Pengumpulan data dilakukan selama dua bulan terhitung sejak tanggal 28 Desember 2020-13

Februari 2021 di Kota Salatiga Jawa Tengah. Partisipan dalam penelitian berjumlah 4 orang yang terdiri dari Ny. D V (kepala Puskesmas), Ny. N S F (koordinator bidan penyelia), Ny. C W P (bidan pelaksana), dan Ny. L M (tenaga gizi/nutrisionis penyelia) seluruh partisipan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang bekerja di bidang KIA, gizi serta sebagai koordinator lapangan dalam menanggulangi kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR) di Puskesmas Sidorejo Kidul Salatiga.

Teknik analisis data adalah reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Setelah itu dilakukan pengujian validasi data dengan menggunakan *member check* yaitu ibu dengan riwayat melahirkan BBLR sebagai pengguna layanan kesehatan sebagai triangulasi data, penyajian data harus disesuaikan dan diklarifikasi untuk membantu peneliti menguasai data dan tidak terbenam dalam tumpukan data yang ada. Pada akhir pengolahan data ditarik kesimpulan dari hasil penelitian yang ada yaitu: makna-makna yang ditemukan saat penelitian berlangsung muncul dari data yang diuji kebenarannya, kekokohannya dan kecocokannya sehingga diperoleh kesimpulan yang jelas kebenaran dan kegunaannya (Price, 2012). Data hasil penelitian kemudian ditampilkan dalam bentuk narasi hasil wawancara.

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian berupa rekaman wawancara selanjutnya masuk ke dalam proses pengkodean data, sehingga ditemukan data karakteristik partisipan dan tiga tema hasil penelitian yaitu pelaksanaan program penanggulangan kejadian BBLR, hambatan pelaksanaan program penanggulangan kejadian BBLR serta monitoring dan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan kejadian BBLR. Menurut teori yang dikemukakan Tjokroadmudjoyo (2014), dituliskan bahwa pelaksanaan program merupakan bentuk rangkaian kegiatan dari suatu kebijakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dalam proses kegiatan dibutuhkan perencanaan manajemen untuk memonitoring/memantau jalannya program.

Monitoring merupakan serangkaian kegiatan yang dirancang untuk memberikan informasi tentang sebab akibat suatu kebijakan yang berfokus pada kegiatan yang sedang dilaksanakan, dengan tujuan untuk mengetahui apakah kegiatan yang

sedang berjalan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan (Kemenkes, 2017). Hasil dari monitoring berupa informasi yang akan dievaluasi sebagai bentuk penilaian dari suatu kegiatan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui hasil atau capaian akhir dari kegiatan atau program yang dilaksanakan pada akhir kegiatan. Hasil evaluasi bermanfaat untuk rencana selanjutnya. (Kemenkes, 2017).

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Sidorejo Kidul dilakukan kepada 4 orang partisipan dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Partisipan

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia (th)	Pendidikan Terakhir	Jabatan
1	Ny. N	Perempuan	40	D3 Kebidanan	Koordinator bidan penyelia
2	Ny. D	Perempuan	45	S1 Dokter	Kepala Puskesmas
3	Ny. C	Perempuan	31	D3 Kebidanan	Bidan pelaksana
4	Ny. L	Perempuan	47	S1 Gizi	Nutrisionis penyelia

Karakteristik partisipan pada penelitian ini adalah tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan, kepala Puskesmas dan tenaga gizi yang mempunyai umur 30 – 50 tahun, dengan tingkat pendidikan berbeda-beda dari D3 kebidanan, sarjana kedokteran dan sarjana gizi, yang memiliki jabatan koordinator bidan penyelia, kepala Puskesmas dan nutrisionis penyelia. Tenaga bidan di Puskesmas Sidorejo Kidul kota Salatiga berjumlah 9 orang dan tenaga gizi 2 orang. Namun, menurut aturan pemerintah terkait dengan tenaga kesehatan khususnya bidan diperlukan 17 bidan, untuk tenaga gizi dibutuhkan 2 orang pada rawat inap dan 1 orang untuk non rawat inap (Profil Kesehatan Jawa Tengah, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sidorejo Kidul Salatiga terdapat program-program penanggulangan kejadian BBLR yang telah dilaksanakan seperti program *antenatal care* (ANC) terpadu, pemberian makanan tambahan (PMT), kunjungan neonatal (KN), kelompok sayang ibu (KSI), serta kelas ibu hamil dengan berbagai bentuk pelaksanaan, strategi, tempat dan waktu kegiatan. Berikut pernyataan partisipan:

“Terdapat beberapa program yang sudah dilakukan di Puskesmas seperti ANC Terpadu kunjungan neonatal kelas ibu hamil kelas ibu balita kelompok sayang ibu (KSI) Pemberian makanan tambahan (PMT), PMT local” (B1, KP2, B3, TG4).

ANC terpadu adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk mengoptimalkan kesehatan maternal dan neonatal melalui berbagai kegiatan pemeriksaan dan pemantauan rutin selama kehamilan dengan tujuan agar bayi dapat lahir serta tumbuh secara normal (Adriaansz, 2010). Selain itu pemeriksaan ANC juga bertujuan agar ibu dapat melahirkan bayi yang sehat dan terhindar dari BBLR (Cunningham FG dkk, 2014).

Puskesmas Sidorejo Kidul Salatiga telah menjalankan program ANC terpadu sesuai dengan peraturan yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI yaitu dengan pemeriksaan sesuai standar 10T, dalam pelaksanaan program tersebut ibu hamil mendapatkan pemeriksaan secara lengkap agar dapat mencegah ibu melahirkan bayi dengan BBLR. Hal ini sesuai dengan ungkapan dari partisipan sebagai berikut:

“ANC terpadu setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan di KIA, yang meliputi pemeriksaan sesuai standar, minimal 10T yaitu timbang diukur berat badan, diukur tinggi badan, diukur lingkar lengan, TFU, mendengar denyut jantung janin, pemeriksaan laboratorium terdiri dari pemeriksaan golongan darah Hb, PTC dan VDRL, HbSag, pemeriksaan protein urin dan glukosa urin, pemeriksaan fisik lengkap di dokter, dan pemeriksaan gigi dimana pemeriksaan gigi ini juga berhubungan dengan BLR, setelah ke gigi konsultasikan ke gizi untuk ibu hamil yang KEK dan anemia ini biasanya lebih ditekankan untuk gizi seimbang” (B1, KP2, B3).

Penelitian lain menyebutkan bahwa program ANC terpadu di Puskesmas Tembilahan Hulu terbukti bermanfaat menurunkan kejadian BBLR pada ibu hamil jika pemeriksaan ANC 10 standar dilakukan secara lengkap (Harianis Sandra dkk, 2020). Penelitian di Puskesmas Peudada Kabupaten Bireuen didapatkan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan dan kunjungan ANC tidak lengkap 3 kali cenderung mengalami kejadian BBLR (Septiani Minda dan Ulfa Maria, 2018). Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sormin M. E. R dkk (2016), menjelaskan

bahwa pemanfaatan ANC yang tidak lengkap dapat meningkatkan kejadian BBLSR.

Program PMT adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan gizi dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau bahan pangan lokal yang diberikan selama 90 hari berturut-turut yang diberikan kepada semua ibu hamil (Kemenkes RI, 2015). Pelaksanaan PMT di Puskesmas Sidorejo Kidul menggunakan 2 jenis makanan yaitu makanan buatan pabrik berupa biskuit dan jenis makanan lokal berupa kacang hijau, gula, margarine, telur, regal, dan abon. Menurut hasil penelitian diketahui bahwa pemberian PMT bertujuan untuk menambah protein dan karbohidrat serta memperbaiki status gizi ibu hamil yang kekurangan energi kronik (KEK) anemia agar melahirkan bayi dengan berat badan normal. Program PMT diberikan selama 3 bulan saat ibu hamil melakukan pemeriksaan ANC terpadu. Sebagaimana pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan:

“Program PMT ada dua macam bentuk pabrik biskuit dan PMT lokal berupa kacang ijo, minyak, margarine, gula telur, kacang ijo, regal, abon, dalam upaya untuk menanggulangi atau mengurangi ibu hamil KEK dan anemia dimana ibu hamil KEK dan anemia bisa menyumbang BBLR. Tujuan PMT lokal untuk penambahan protein Makanan yang disarankan untuk ibu hamil resiko tinggi dengan KEK dan anemia adalah dengan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP). PMT diberikan selama 3 bulan” (B1, KP2, B3, TG4).

Upaya untuk meningkatkan gizi ibu hamil bisa dilakukan dengan melaksanakan program PMT bagi ibu hamil sehingga kebutuhan gizi ibu selama kehamilan terpenuhi dan diharapkan ibu tidak melahirkan bayi dengan BBLR (Zulaidah, 2014). Hasil penelitian di Puskesmas Cebongan Salatiga ditemukan pelaksanaan pemberian PMT yaitu setelah ibu hamil selesai melakukan pemeriksaan ANC terpadu terkhususnya pada bagian gizi dengan waktu pemberian PMT selama 90 hari (Mangalik Gelora, dkk, 2019). Jenis PMT dapat berupa roti dan biskuit (*sandwich*) (Pastuty Rosyati, dkk, 2018). Selain itu PMT juga dapat diberikan dalam bentuk protein berupa produk susu (Makahity Novita, dkk 2020). Dampak pada ibu hamil yang tidak mendapatkan pemberian makanan tambahan akan mengalami berbagai penyakit seperti BBLR dan penyakit bawaan

lainnya yang berhubungan dengan gangguan pertumbuhan dan perkembangan serta kekurangan gizi (Zulaida, 2014). Sehingga peningkatan kebutuhan energi dan zat gizi ini diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, sehingga diharapkan ibu akan melahirkan bayi dengan berat badan normal.

Program Puskesmas untuk menanggulangi kejadian BBLR juga dilakukan dengan membuat jadwal kunjungan neonatal yang bertujuan untuk mengurangi risiko neonatal yang rentan terhadap masalah kesehatan terkait dengan BBLR. Pelaksanaan KN di Puskesmas Sidorejo Kidul dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan. Hal ini sudah sesuai dengan yang dianjurkan oleh pemerintah yaitu KN minimal dilakukan selama tiga kali 0 - 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dinkes, 2012).

Pemeriksaan neonatal terdiri dari pemeriksaan berat badan, panjang badan, tanda-tanda vital, suhu, frekuensi napas, penyakit-penyakit bawaan dan penyerta lainnya yang ditandai dengan bayi kuning, bayi diare, selain itu menjelaskan juga mengenai imunisasi dasar dan cara menyusui dengan menggunakan pedoman manajemen terpadu balita muda (MTBM) yaitu pendekatan yang dilakukan pada bayi umur kurang dari 2 bulan, baik dalam keadaan sehat, sakit, maupun yang datang ke fasilitas rawat jalan atau dikunjungi oleh tenaga kesehatan pada saat kunjungan neonatal (Kemenkes RI, 2019). Sebagaimana pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan:

“Program KN bisa pasien atau bayi yang datang ke faskes atau bidan wilayah melakukan kunjungan, pada saat kunjungan atau bayi yang berkunjung kita menggunakan manajemen terpadu balita muda (MTBM) untuk periksa dan mengukur berat badan bayi, suhu, bayi kuning atau tidak, menyusunya bagaimana. KN dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan” (B1, KP2, B3).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukamti Sri, dkk (2015), dimana KN yang tidak sesuai standar atau perilaku tidak melakukan KN untuk mendapatkan pelayanan secara lengkap dapat menimbulkan risiko kematian neonatal yang besar. Berbeda dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa kejadian BBLR sebagian besar dapat disebabkan oleh bidan desa yang belum melaksanakan KN sesuai dengan standar, bidan hanya mengukur suhu dan menimbang berat badan saja, tidak membawa

peralatan dengan lengkap serta tidak mencatat hasil pemeriksaan (Jamhariyah, 2013).

Program KSI adalah gerakan yang mengembangkan kualitas perempuan utamanya melalui percepatan penurunan angka kematian ibu yang dilaksanakan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat dalam rangka meningkatkan sumber daya manusia dengan meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kepedulian dalam upaya *integratif* dan sinergis, (Syafrudin, 2011). Puskesmas Sidorejo Kidul memiliki KSI yang terdiri dari tim bina wilayah, kader masing-masing RW yang berkoordinasi dengan tenaga kesehatan khusus untuk membantu melakukan pendataan dan pemantauan kondisi ibu hamil maupun ibu bersalin. Pelaksanaan program ini dalam bentuk kunjungan bagi ibu hamil, ibu bersalin, dan bayi resiko tinggi BBLR, termasuk kelainan, penyakit penyerta dan penyakit bawaan lainnya. Sebagaimana ungkapan pernyataan dari partisipan:

“Kelompok sayang ibu (KSI) merupakan bagian anggota tim dari kader, tim bina wilayah terdiri dari dokter, perawat, petugas gizi, bidan. Kegiatan KSI biasanya melakukan kunjungan ibu hamil, kunjungan ibu bersalin, kunjungan bayi baru lahir, kunjungan neonatal resiko tinggi termasuk bblr, bayi beresiko tinggi misalnya bayi yang memiliki kelainan dll. Kita melibatkan atau koordinasi dengan kader kesehatan khusus untuk memantau, pendataan ibu hamil dan membantu dalam berkomunikasi dengan ibu hamil di wilayah setempat baik ibu bersalin maupun bayi baru lahir” (B1, KP2, B3).

Hasil penelitian sejalan dengan Mansyarif Rosminah (2019), dalam penelitiannya menyatakan bahwa pelaksanaan gerakan sayang ibu (GSI) berupa kerjasama lintas sektoral dalam meningkatkan pelayanan ANC terpadu sesuai standar dapat mencegah komplikasi selama kehamilan yang berdampak pada terjadinya kelahiran prematur atau BBLR serta gangguan pada janin yang mengakibatkan kematian perinatal. Berbeda dengan penelitian di Puskesmas kota Blitar yang menjelaskan bahwa program GSI ternyata belum mampu menurunkan AKI (Mikrajab & Rachmawati, 2015).

Program selanjutnya adalah kelas ibu hamil yang merupakan sarana belajar kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dengan tujuan meningkatkan pengetahuan dan

keterampilan ibu hamil tentang kehamilan, persalinan, masa nifas serta perawatan bayi baru lahir melalui praktek dengan menggunakan buku KIA (RSUD Badung Mangusada, 2018). Puskesmas Sidorejo Kidul telah melaksanakan program kelas ibu hamil. Berdasarkan data dari hasil wawancara perencanaan kelas ibu hamil di tahun 2019 sebanyak 20 kelas, akan tetapi hanya terlaksanakan 7 kelas di tahun 2020 dengan satu kali pertemuan, dikarenakan sedang berada dalam situasi pandemi Covid-19.

Kelas ibu hamil yang diselenggarakan oleh Puskesmas Sidorejo Kidul dilakukan dengan memberikan edukasi kepada ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas beserta keluarga terdekat yang meliputi kehamilan, persalinan dan masa nifas serta resiko tinggi yang mungkin terjadi, kemudian tentang gizi seimbang, konseling lactase seperti inisiasi menyusui dini (IMD) dan cara menyusui. Selain itu diberikan juga materi tentang senam ibu hamil yang selanjutnya dapat dipraktikkan secara mandiri oleh ibu hamil di rumah. Hal seperti yang disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

“Kelas hamil tahun 2019 ada 20 kelas, tetapi baru sempat pertemuan 7 kelas di tahun 2020 dengan 1 kali pertemuan, dalam pelaksanaannya 1 kelas terdiri dari 10 ibu hamil dan pendamping ibu hamil, suami, keluarga, dan kader serta narasumber atau fasilitator nya dari puskesmas. Semasa pandemi 2020 kelas ibu hamil dilakukan secara daring menggunakan zoom, google form, whatsapp group dan pengisian pre-test dan post-test. Tempat pelaksanaan kelas ditentukan bersama kesepakatan ibu hamil karena banyak yang sibuk bekerja. Pertemuan pertama tentang kehamilan seperti kehamilan itu apa itu kehamilan, apa yang menyebabkan kehamilan, kehamilan resiko tinggi itu, tentang makanan gizi seimbang untuk ibu hamil. Pertemuan kedua tentang persalinan-persalinan seperti tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan, tentang lactase seperti IMD, cara menyusui. pertemuan tentang masa nifas dan perawatan bayi baru lahir, penyakit infeksi menular seksual, pertemuan ketiga ini ditambah dengan senam ibu hamil selanjutnya bisa dipraktikkan secara mandiri oleh ibu hamil di rumah” (B1, KP2, B3).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Desa Mekarsari kecamatan Delitua Kabupaten Deliser yang menyebutkan bahwa pelaksanaan kelas ibu hamil ini juga membantu

tingkat pengetahuan ibu untuk mencegah komplikasi dalam proses deteksi dini (Siagian, dkk, 2020). Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan keikutsertaan ibu hamil pada program Puskesmas seperti kelas ibu hamil, karena adanya tingkat pengetahuan yang baik sehingga ibu hamil berpartisipasi dalam kelas ibu hamil dan juga tidak menutup kemungkinan bagi responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sehingga tidak mengikuti kelas dikarenakan tidak mendapatkan informasi dan tidak ada pengalaman sebelumnya. (Irmawati Sri, ddk 2017). Pentingnya kelas ibu hamil diketahui dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil sehingga dapat mencegah ibu melahirkan BBLR (Khamidah, 2019)

Tema hasil penelitian selanjutnya adalah hambatan dalam pelaksanaan program terhadap penanggulangan kejadian BBLR di Puskesmas Sidorejo Kidul seperti kurangnya partisipasi ibu hamil dalam mengikuti program Puskesmas, persepsi dalam pemilihan layanan kesehatan, dan mobilitas penduduk yang berpindah-pindah. Berikut kutipan dari pernyataan partisipan:

“Masalah yang ditemui pada program misalnya di kelas ibu hamil adalah kurangnya partisipasi ibu hamil karena sibuk dan bekerja sehingga, ada yang tidak ikut kelasnya, dan ibu hamilnya berpindah-pindah tempat jadi mendatannya juga susah ada yang ikut suaminya atau orang tuanya, terus masyarakat tidak mengakses ke Puskesmas jadi langsung ke dokter spesialis selain itu juga kesadaran menyadari pentingnya ANC terpadu, kelas ibu hamil gak semua ibu hamil yang ada di dalam group itu aktif ada beberapa yang yang tidak mengisi pretest, posttest atau tidak aktif dalam bertanya jawab” (B1, KP2, B3, TG4).

Penelitian lain yang dilakukan di Puskesmas Sangurara Kecamatan Tatanga Kota Palu didapatkan bahwa kurangnya partisipasi masyarakat dan rendahnya dukungan dari masyarakat akan mempengaruhi tenaga kesehatan dalam memberikan kualitas pelayanan (Baroroh Ida, dkk 2017). Sedangkan penelitian lain memiliki hasil yang berbeda dimana kurangnya partisipasi ibu hamil dikarenakan rendahnya dukungan dari masyarakat dan tenaga kesehatan dalam memberikan kualitas pelayanan (Irmawati Sri, ddk. 2017)

Berdasarkan hasil penelitian tema selanjutnya yang ditemukan adalah terkait dengan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program penanggulangan

kejadian BBLR. Hal ini bertujuan untuk memantau perkembangan dan kemajuan dari setiap program melalui kunjungan neonatal di fasilitas kesehatan Puskesmas, maupun di rumah, pemantauan juga dilakukan secara online melalui telepon, *whatsapp* atau *whatsapp group*. Selain itu, untuk monitoring program PMT dilakukan dengan melihat hasil Hb dan pengukuran LILA dari ibu hamil KEK, serta operasi timbang saat posyandu. Sebagaimana ungkapan dari partisipan:

"Pemantauannya melalui koordinasi dengan KSI kader kesehatan khusus untuk memantau baik ibu hamil, ibu bersalin maupun bayi baru lahir untuk pemantauan selain itu, pemantauan melalui kunjungan neonatal pada ibu hamil resiko tinggi, ibu hamil yang KEK anemia, kunjungan neonatal resiko tinggi termasuk BBLR, dan monitoring online melalui telepon atau whatsapp atau whatsapp group" (B1, KP2, B3, TG4)

Penelitian diatas senada dengan penelitian lain yang menjelaskan bahwa pemantauan di Puskesmas Tegal Timur dilihat dari hasil penimbangan bayi di posyandu yakni berat badan, tinggi badan, lingkaran kepala dan disesuaikan dengan status gizi pada buku KIA. Selain itu setiap bulan kader akan menyampaikan informasi jumlah sasaran balita bawah garis merah (BGM) melalui *whatsapp* atau telepon kepada tenaga gizi untuk menyiapkan makanan tambahan berdasarkan jumlah sasaran (Setiowati, dkk 2019). Sementara, pemantauan kelas ibu hamil secara tatap muka atau kelas online melalui keaktifan ibu hamil pada saat proses tanya-jawab atau mengisi *google form pre-test* maupun *post-test* sebagai bentuk evaluasi materi yang didapatkan oleh ibu hamil. Serupa dengan penelitian di Kabupaten Banjarnegara menjelaskan bahwa pemantauan kelas ibu hamil melalui penilaian *pre-test* dan *post-test* peserta terhadap materi yang disampaikan (Kiik Mendes, dkk, 2020).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Ranuyoso menyatakan bahwa cara pemantauannya seperti pengumpulan data kesehatan dan pelayanan kesehatan anak di Puskesmas melalui kerja sama dengan pihak lain yakni bidan praktek swasta (BPS), dokter, laboran Puskesmas, Rumah Sakit, dukun bersalin, perawat dan juga kader posyandu. Selain itu, pemantauan kesehatan anak dilihat pada sistem PWS KIA berdasarkan kemampuan sistem dalam mendeteksi dini BBLR atau BBLSR monitoring kesehatan ibu

yang berkaitan dengan upaya deteksi dini tumbuh kembang janin untuk mencegah BBLR (Wijayanti Bettis, 2016).

Pemantauan pelaksanaan program ditunjukkan untuk memperoleh fakta dan data informasi tentang pelaksanaan kegiatan Puskesmas berjalan sesuai dengan yang direncanakan atau tidak, dan selanjutnya temuan dari hasil pemantauan/monitoring akan digunakan sebagai bahan evaluasi untuk tindakan intervensi selanjutnya. Evaluasi terkait pelaksanaan program terhadap penanggulangan kejadian BBLR di Puskesmas Sidorejo Kidul Salatiga dilihat dari hasil laporan program dari KIA. Indikator yang dipakai yaitu ketercapaian target dari dinas kesehatan sasaran ibu hamil dan sasaran ibu melahirkan dengan melihat salah satu capaian indikator dari masing-masing kelurahan yang nantinya akan direkap untuk Puskesmas. Kemudian, akan dievaluasi dengan pertemuan pemantauan wilayah setempat (PWS) KIA untuk membuat intervensi selanjutnya.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan dapat disimpulkan bahwa implementasi program Puskesmas terhadap penanggulangan kejadian BBLR di Puskesmas Sidorejo Kidul Kota Salatiga telah menjalankan lima program yakni ANC terpadu, PMT, KN, KSI, serta kelas ibu hamil. Hambatan pelaksanaan program yakni kurangnya partisipasi ibu hamil dalam mengikuti program Puskesmas, persepsi dalam pemilihan layanan kesehatan, mobilitas penduduk yang nomaden atau berpindah-pindah. Monitoring melalui kunjungan neonatal di fasilitas kesehatan Puskesmas, maupun di rumah serta pemantauan lainnya melalui online (telepon, *whatsapp* atau *whatsapp group*). Sedangkan ketercapaian evaluasi dilihat dari hasil laporan program dari KIA. Tenaga kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Sidorejo Kidul Kota Salatiga diharapkan untuk lebih meningkatkan promosi kesehatan terkait dengan program-program tersebut kepada masyarakat, serta diharapkan bagi tenaga kesehatan lebih kreatif dalam bentuk komunikasi antara tenaga kesehatan dan masyarakat terlebih khusus kelompok sasaran ibu hamil, ibu bersalin maupun ibu kelompok rentan, sehingga dapat menanggulangi permasalahan persepsi dan mobilitas yang tinggi terhadap program-program tersebut.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Puskesmas Sidorejo Kidul Salatiga yang sudah mengizinkan dan membantu saya untuk melakukan pengambilan data dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Adriaansz, G 2010. Asuhan Antenatal. Dalam: Nurhayani Fatimah, Bobby Indra Utama, Susila Sastri. 2017. Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo, 2010. Ed 4, Jakarta: PT Bina 278-287.
2. Baroroh Ida., Miftachul J., Pedvin, R. M. 2017. Hubungan Pengetahuan Ibu Hamil dengan Keikutsertaan Kelas Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggot Kota Pekalongan. *Jurnal Siklus*, 6(2), 212-217.
3. Bettis Wijayanti, 2016. Deskripsi Pemantauan Kesehatan Anak pada Sistem PWA-KIA di Puskesmas Ranuyoso Lumajang. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(2), 151-163
4. Creswell, J. W., (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, 4 Edition. London: Sage
5. Depkes RI. 2011. *Pedoman dan Penyelidikan Program Kesehatan Ibu dan Anak Baru Lahir*. Jakarta Depkes RI
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2018*. Dinas Kesehatan Provinsi: 2013, 11-12.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2018*. Dinas Kesehatan Provinsi : 2018 ; 11-12
8. Direktorat Kesehatan Keluarga, 2020. *Pedoman bagi Ibu Hamil, Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir di Era Pandemi Covid-19*.Pdf
9. Dyah Puji Astuti., Siti M., Rina P. 2015. Pengaruh Penerapan Metode Kanguru dengan Peningkatan Berat Badan Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Involusi Kebidanan*, 5(9), 65-78.
10. Gelora Mangalik., R. Trikoriyanto Koritelu., Mirna, W, A., Ranada J 2019. Program Pemberian Makanan Tambahan Studi Kasus Pada Ibu Hamil dengan Kurang Energi Kronik di Puskesmas Cebongan Salatiga. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 10(1).111-115.
11. GNT, 2016. *Global Nutrition Targets 2025 Low Weight Policy Brief*.
12. Humas. RSUD Kab Badung Mangusada. 2018. *Kelas Ibu Hamil*. Jln raya kapal Manggupa Bandung. POKJA GRASSI-B 33/B-HMS-VIII. 2018.
13. Hussain, S., Ahmed, S., Tarar, S. H., &Tasleem, G. (2018). Low Birth Weight Frequency, Demographic Profile and Association with Maternalrisk Factors at Tertiary Care Teaching Hospital. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 68 (4), 850-55.
14. Ingan U Tarigan, Tin Afifa & Demsa S, 2017. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelayanan Bayi di Indonesia: Pendekatan Analisis Multilevel. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*,8(1), 104-118
15. Jamhariyah, 2013. Analisis Kinerja Bidan Desa dalam Pelayanan Neonatus di Kabupaten Lumajang. *Jurnal Ikesma*, 9(1)
16. Kamidah dan Eni Yuliaswati, (2019). Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil Sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu Studi Lapangan di Puskesmas Klupu I Sragen. *Gaster* 17(2), 167-175
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta.
18. Kemenkes RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun pdf*. Jakarta
19. Kementerian Kesehatan. 2015. *Rencana Strategis Kementriaan Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
20. Kemenkes RI 2017. *Profil Kesehatan Indonesia 2017*.
21. Komala Dewi Setiowati & Irwan Budiono. 2019. Perencanaan Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan untuk Balita. *Hygeia Journal of Public Health Research and Development*, 3(1), 109-120.
22. Kusuma wardani A, & Handayani S, 2018. Karakteristik Ibu dan Faktor Risiko Kejadian Kematian Bayi di Kabupaten Banjarnegara. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 13(2).
23. Lake, E. A., & Olana Fite, R. 2019. Low Birth Weight and Its Associated Factors among Newborns Delivered at WolaitaSodo University Teaching and Referral Hospital,

- Southern Ethiopia, 2018. International journal of pediatrics, 2019.
24. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010
 25. Muhammad A Mikrajab & Tety Rachmawati, 2015. Analisis Kebijakan Implementasi Antenatal Care Terhadap Puskesmas di Kota Blitar. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 19(1). 41-53
 26. Novita Natasya Makahity., Arwyn W, N., Rose R, S. (2020). Upaya Puskesmas dalam Meningkatkan Kesehatan Maternal di Puskesmas Ch M Tiahahu Kota Ambon. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 5(1), 289-295.
 27. Nurul Aini Siagian, Tarida, E. S., Andayani B. (2020). Pengaruh Pelaksanaan Program Kelas Ibu hamil Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang Manfaat ANC di Desa Mekarsari Kecamatan Delitua Kabupaten Deli Serdang tahun 2019. Jurnal Kebidanan JKK, 2(2), 172-177.
 28. Pastuty Rosyati., Rocmah KM., Teti Herawati. 2018. Efektivitas Program Pemberian Makanan tambahan-Pemulihan Pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik di Kota Palembang. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat. 9(3). 179- 188.
 29. Permenkes Nomor 75 Tahun 2014. Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
 30. Price, P. C. 2012. Psychology Research Methods: Core Skills and Concepts, 1(0), <https://2012books.lardbucket.org/pdfs/psychology-research-methods-core-skills-and-concepts.pdf>, diakses tanggal 12 Desember 2019.
 31. Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun. 2015. Dinas Kesehatan Kota Salatiga Jl. Hasanudin 110 A Salatiga
 32. Profil Kesehatan Kota Salatiga Tahun. 2014. Dinas Kesehatan Kota Salatiga Jl. Hasanudin 110 A Salatiga
 33. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun. 2017. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Jl. Piere Tendean No. 24 Semarang.
 34. Rahma Nurina. 2016. Program Pemberian Makanan Tambahan untuk Peningkatan Status Gizi Ibu Hamil dan Balita di Kecamatan Cilamaya Kulon dan Cilamaya Wetan. Jurnal Resolusi Konflik, CSR, dan Pemberdayaan, 1(1), 44-49.
 35. Roslin E.M Sormin, Intje Picauly & Ina Debora Ludji, 2016 Faktor Penentu Pemanfaatan Antenatal Care Terhadap Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Jurnal MIPA FST UNDANA, 20(1), 31-41
 36. Rosminah Mansyarif 2019. Analisis Hubungan Karakteristik Ibu dan Pelayanan Kesehatan dengan Kematian Perinatal di Kabupaten Muna di Sulawesi Tenggara Tahun 2014. Jurnal antara Kebidanan.2(4).16-24.
 37. Sandra, H., Mia, R., Dewi, E, A, S., dan Madinah. (2020). Pelayanan Antenatal Terpadu di Wilayah Kerja Puskesmas Tembilahan Hulu. Journal of Midwifery Science (Jomis). 4(1), 43-45.
 38. Sri Irmawati., H. Sultan M., Nurhannis. (2017). Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sangurara Kecamatan Tatanga Kota Palu. Jurnal Katalogis, 5(1), 188-197
 39. Sri Sukanti & Pandu Riono. 2015. Pelayanan Kesehatan Neonatal Berpengaruh Terhadap Kematian Neonatal Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2010). Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan, 2(2), 11-19
 40. Stefanus Mendes Kiik., Muhammad, S. N., Roslin, E. M. S. 2020. Kelas Ibu Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan di Desa Silou. Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes, 11(1). 61-63
 41. Sujana, dkk (2018). Peran Tenaga Kesehatan Dalam Usaha Pencegahan Kesakitan dan Kematian Bayi Baru Lahir. Jurnal Kesehatan Kusuma Husada.
 42. Syafrudin, 2011. Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
 43. Targets, W. W. G. N. 2014. 2025: Low birth weight policy brief. Geneva: WHO. World Health Organization. 2019. UNICEF-WHO low birth weight estimates: levels and trends 2000-2015 (No. WHO/NMH/NHD/19.21). United Nations Children's Fund (UNICEF).
 44. Tjokroadmudjoyo, 2014. Pelaksanaan Program. Lampung: Universitas Lampung. Hlm 7
 45. WHO, 2016. World Health Statistics Monitoring Health For The SDGs.
 46. Yanuari, M., & Wulandari, R. D. 2013. Penyusun Upaya Peningkatan Pelayanan Antenatal Care Berdasarkan Voice of

- Customer. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 1(1), 66-74.
47. Yusni Zainal., Guardian, Y. S., Mubasyir H. 2013. Perlunya Sistem Informasi dalam Mengelola Data Rutin untuk Monitoring Kesehatan Ibu dan Anak. Seminar Nasional Sistem Informasi Indonesia, 2(4), 273-279
48. Zulaidah, Hana Shafiyah Kandarina, I., & Hakimi, M. 2014. Pengaruh pemberian makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil terhadap berat lahir bayi. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 11(02): 61–71