

SKRIPSI

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI BLUD RSU MEURAXA BANDA ACEH TAHUN 2019

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh



OLEH:

AYU KHAIRA FARIDA

NPM : 1507110191

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2020**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ayu Khaira Farida

NPM : 1507110191

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Judul Skripsi : **FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR
DI BLUD RSU MEURAXA BANDA ACEH TAHUN 2019**

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang saya buat adalah benar hasil karya sendiri/ tidak dibuat oleh orang lain*. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa Skripsi ini dibuat oleh orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang ditetapkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) termasuk pembatalan hasil Sidang Skripsi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, Agustus 2020
Penulis

Ayu Khaira Farida
1507110191

* Kacuali sebatas pengetikan dan atau bantuan analisa data dengan program komputer

ABSTRAK

NAMA :Ayu Khaira Farida
NPM :1507110191

FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI BLUD RSU MEURAXA BANDA ACEH TAHUN 2019

Xiv + 53 halaman + 15 tabel + 2 gambar + 10 lampiran

Berdasarkan laporan dinas kesehatan Propinsi Aceh Darussalam tahun 2017 di ketahui bahwa bayi BBLR di propinsi Aceh berjumlah 2.768 kasus, sementara di Kota Banda Aceh tahun 2017 di ketahui bahwa kasus BBLR sebanyak 11 orang (0,4%). Pada tahun 2018 terhitung Januari – Juni jumlah kasus BBLR di Provinsi Aceh sebanyak 1.568 kasus, sementara kasus BBLR di kota Banda Aceh meningkat menjadi 11 orang (0,7%). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor resiko terhadap kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019

Penelitian ini menggunakan metode *analitik*, yang dilaksanakan pada tanggal 18 s/d 24 Juni 2020 di RSUD Meuraxa. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 86 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan data skunder dengan melihat status pasien. Uji statistik yang digunakan adalah *-chi square*, data diolah dengan SPSS 23

Hasil analisa univariat menunjukkan 64% responden melahirkan bayi dengan berat badan normal, 53,5% kategori paritas rendah, 62,8% kategori usia ibu tidak berisiko, 79,1% tidak mengalami kehamilan ganda, 58,1 % kategori jarak kehamilan tidak berisiko. Selanjutnya hasil analisa bivariat menunjukkan ada hubungan paritas ($p=0,000$), umur ibu ($p=0,001$), kehamilan ganda ($p=0,001$), jarak kehamilan ($p=0,006$), KPD ($p=0,021$), hidramnion ($p=0,001$) dan preeklampsia/eklampsia ($p=0,001$) dengan keadian Premenstrual Syndrome.

Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara paritas, usia ibu, kehamilan ganda, jarak kehamilan, Ketuban Pecah Dini, hidramnion dan preeklampsia/eklampsia dengan kejadian BBLR Diharapkan kepada pihak rumah sakit Meuraxa untuk dapat membentikam informasi berupa standing banner maupun bentu informasi lainnya yang berkaitan dengan janin khususnya dengan bayi berat lahir rendah.

Kata Kunci : Paritas, Umur Ibu, Kehamilan Ganda, Jarak Kehamilan, Ketuban Pecah Dini, Hidramnion, Preeklampsia/eklampsia, BBLR

Daftar kepustakaan : 38 buah (2011-2018)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

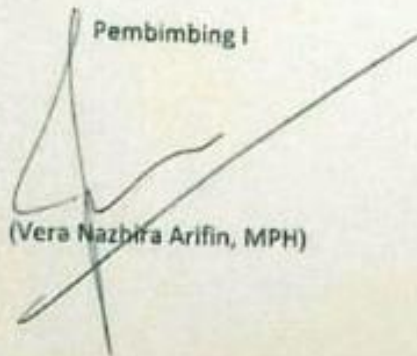
Skripsi Telah Setujui Untuk Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

OLEH :

Ayu Khaira Farida
NPM : 1507110191

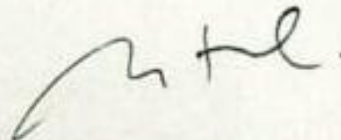
Banda Aceh, Januari 2021

Pembimbing I



(Vera Nazhira Arifin, MPH)

Pembimbing II



(Intan Liana, SKM, MPH)

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
DEKAN,




(Asnawi Andriat, S.M., MHSM, MSc, MPPE, DLSHTM, Ph.D)

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Februari 2021

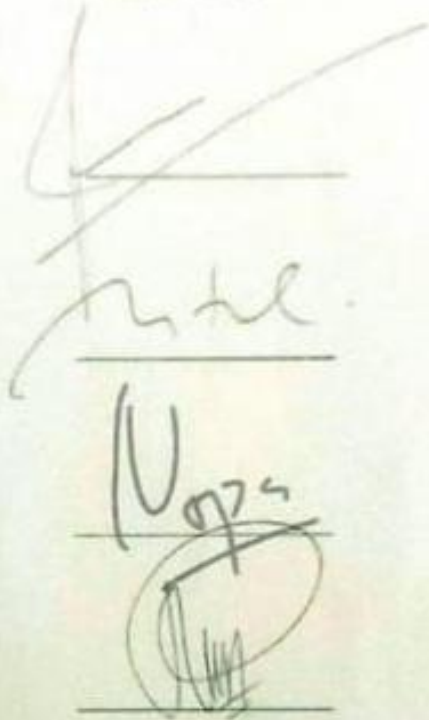
TANDA TANGAN

Ketua : Vera Nazhira Arifin, MPH

Penguji I : Intan Llana, SKM, MPH

Penguji II : Nopa Arlianti, SKM, MNM

Penguji III : Ramadhaniah, S.Gz, MPH



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
DEKAN




Prof. Asmahan, M.HSM, M.PHPF, DLSHTM, Ph.D
07 03 1995 03 1 001

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah S.W.T, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis telah dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul **“FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI BLUD RSU MEURAXA BANDA ACEH TAHUN 2019”**. Tidak lupa pula shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam islamiyah.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Sarjana Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu **Vera Nazhira Arifin, MPH** selaku pembimbing I dan juga Ibu **Intan Liana, SKM, MPH** selaku pembimbing II, yang mana beliau berdua telah meluangkan banyak waktu dan tenaga untuk memberikan petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai dari awal penulisan sampai selesainya Skripsi ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Muharrir Asy'ary, Lc., M.Ag selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc, HPPF, DLSHTM, PhD selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Para dosen dan staf Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

4. Semua teman-teman FKM-UNMUHA yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
5. Kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian Skripsi ini.
6. Kepada suami dan anak-anak tercinta yang telah banyak memberikan support selama pembuatan Skripsi ini

Akhirnya dengan satu harapan semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri dan bagi semua kalangan yang membacanya.

Banda Aceh, Mei 2020

Ayu Khaira Farida

DAFTAR ISI

COVER LUAR	
COVER DALAM	
LEMBAR PERNYATAAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1..Latar Belakang	1
1.2..Rumusan Masalah.....	5
1.3..Ruang Lingkup Penelitian.....	6
1.4..Tujuan Penelitian	6
1.4.1... Tujuan Umum.....	6
1.4.2... Tujuan Khusus.....	6
1.5..Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1..Konsep Berat Badan Lahir Rendah.....	9
2.1.1... Defenisi.....	9
2.1.2... Prognosis BBLR.....	10
2.1.3... Faktor Penyebab BBLR.....	11
2.1.4... Prognosis BBLR.....	22
2.1.5... Penanganan BBLR.....	24
2.2..Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR.....	24
2.2.1 Paritas.....	24
2.2.2 Umur Ibu.....	27
2.2.3 Kehamilan Ganda.....	29
2.2.4 Jarak Kehamilan.....	31
2.3..Kerangka Teoritis.....	34
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	35
3.1..Kerangka Konsep Penelitian	35
3.2..Variabel Penelitian.....	35
3.3..Definisi Operasional	36
3.4..Pengukuran Variabel Penelitian.....	37
3.5..Hipotesa Penelitian.....	39

BAB IV	METODE PENELITIAN	40
	4.1..Jenis Penelitian	40
	4.2..Tempat dan Waktu Penelitian	40
	4.3..Populasi dan Sampel	40
	4.3.1 Populasi.....	40
	4.3.2 Sampel.....	40
	4.4..Pengumpulan Data	41
	4.5..Pengolahan Data	42
	4.6..Analisis Data.....	43
	4.7..Penyajian Data.....	45
BAB V	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	46
	5.1 Geografis.....	46
	5.3 Sarana dan Prasarana.....	46
	5.4 Visi dan Misi.....	46
BAB VI	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	47
	6.1 Hasil Penelitian.....	47
	6.2 Analisis Univariat.....	48
	6.3 Analisi Bivariat.....	51
	6.4 Pembahasan.....	56
BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
	7.1 Kesimpulan.....	69
	7.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	36
Tabel 6.1 Distribusi Frekuensi Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	48
Tabel 6.2 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	48
Tabel 6.3 Distribusi Frekuensi Umur Ibu Yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	49
Tabel 6.4 Distribusi Frekuensi Kehamilan Ganda di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	49
Tabel 6.5 Distribusi Frekuensi Jarak kehamilan Ibu Yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	49
Tabel 6.6 Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini pada Ibu Yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	50
Tabel 6.7 Distribusi Frekuensi Hidramnion pada Ibu Yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	50
Tabel 6.8 Distribusi Frekuensi Preeklampsia/eklampsia pada Ibu Yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	51
Tabel 6.9 Hubungan Paritas Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	51
Tabel 6.10 Hubungan Umur Ibu Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	52
Tabel 6.11 Hubungan Kehamilan Ganda Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	53
Tabel 6.12 Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	53

Tabel 6.13 Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	54
Tabel 6.14 Hubungan Hidramnion Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	55
Tabel 6.15 Hubungan Preeklampsia/eklampsia Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86).....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Tioritis.....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembaran Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Lembaran Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Lembaran Kuesioner

Lampiran 4 : Tabel Skor

Lampiran 5 : Master Tabel

Lampiran 6 : Hasil Pengujian Statistik

Lampiran 7 : Surat Permohonan Pengambilan Data Awal

Lampiran 8 : Surat Selesai Pengambilan Data Awal

Lampiran 9 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 10 : Surat Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Upaya untuk meningkatkan kualitas manusia seyogyanya harus dimulai sedini mungkin sejak janin dalam kandungan dan sangat tergantung kepada kesejahteraan ibu termasuk kesehatan dan keselamatan reproduksinya. Oleh karena itu upaya meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia merupakan salah satu program prioritas (Kemenkes RI, 2015).

Berat badan lahir merupakan indikator penting terkait kerentanan terhadap risiko penyakit dan kelangsungan hidup anak. Anak-anak yang lahir dengan berat badan kurang dari 2,5 kilogram, yaitu berat badan lahir rendah (BBLR), memiliki risiko lebih tinggi terjadi kematian pada umur dini. Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, diharapkan prevalensi BBLR turun menjadi 8 persen pada tahun 2019 (SDKI, 2017).

WHO melaporkan, bayi dengan berat lahir rendah berkontribusi sebanyak 60 hingga 80% dari seluruh kematian neonatus dan memiliki risiko kematian 20 kali lebih besar dari bayi dengan berat normal. Berdasarkan data WHO dan UNICEF, pada tahun 2016 sekitar 22 juta bayi dilahirkan di dunia, dimana 16% diantaranya lahir dengan berat badan lahir rendah. Adapun

persentase BBLR di negara berkembang adalah 16,5 % dua kali lebih besar dari pada negara maju (7%) (WHO, 2017).

Data yang ada saat ini memperlihatkan bahwa status kesehatan anak di Indonesia masih merupakan masalah. Angka kematian bayi masih tinggi yaitu sebesar 66,4 per 1000 kelahiran hidup dan 35,9% anak yang lahir mempunyai kategori risiko tinggi. Bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan salah satu faktor risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa neonatal (Monica, 2016).

Istilah prematuritas telah diganti dengan BBLR karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah kurang dari 2500 gr yaitu karena hamil kurang dari 37 minggu, BBLR dari semestinya, sekalipun umur cukup atau kurang kombinasi keduanya (Manuaba, 2012).

Indonesia adalah salah satu negara berkembang yang menempati urutan ketiga sebagai negara dengan prevalensi BBLR tertinggi (11,1%), setelah India (27,6%) dan Afrika Selatan (13,2%). Selain itu, Indonesia turut menjadi negara ke dua dengan prevalensi BBLR tertinggi diantara negara ASEAN lainnya, setelah Filipina (21,2%) (WHO, 2017). Adapun angka kelahiran hidup dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, 94% diantaranya melaporkan berat lahir, 7% di antaranya memiliki berat lahir rendah. Prevalensi BBLR lebih tinggi pada anak dari ibu yang berumur kurang dari 20 tahun saat melahirkan (9%), anak pertama (8%), anak yang ibunya tidak sekolah (12%), dan anak yang ibunya berada di kuintil kekayaan terbawah (9%) (SDKI, 2017).

Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa adapun proporsi berat badan lahir <2500 gram (BBLR) sebesar 6,2% dan proporsi panjang badan lahir <48 cm sebesar 22,7%. prevalensi BBLR di lebih rendah dari pada tahun 2013 yaitu sebesar 10,2% namun penurunan dan perubahannya tidak begitu signifikan (Riskesdas, 2018). Berdasarkan laporan dinas kesehatan Propinsi Aceh Darussalam tahun 2017 di ketahui bahwa bayi BBLR di propinsi Aceh berjumlah 2.768 kasus, sedangkan cakupan penanganan komplikasi neonatal di Aceh tahun 2019 sebesar 52% dengan jumlah kasus sebanyak 8.958 komplikasi. Data Kota Banda Aceh tahun 2017 di ketahui bahwa kasus BBLR sebanyak 11 orang (0,4%). Pada tahun 2018 terhitung Januari – Juni jumlah kasus BBLR di Provinsi Aceh sebanyak 1.568 kasus, sementara kasus BBLR di kota Banda Aceh meningkat menjadi 11 orang (0,7%) (Dinkes Provinsi Aceh, 2018).

Secara statistik kesakitan dan kematian pada masa neonatus masih tinggi, penyebabnya adalah BBLR. Dari 4 juta kematian neonatus, seperlimanya adalah akibat BBLR. Oleh karena itu, perawatan BBLR merupakan beban bagi sistem sosial dan kesehatan. Sedangkan di negara sedang berkembang, BBLR disebabkan oleh gangguan pada pertumbuhan intra uterin (IUGR). Perawatan bayi BBLR di negara berkembang menjadi sangat sulit karena terbatasnya alat dengan teknologi modern dan tenaga terampil yang mampu mengoperasikan peralatan, sebagai contoh inkubator meskipun tersedia sering kali jumlahnya tak memadai dan peralatan yang dilakukan tidak secara benar (Parinasia, 2013).

Bayi yang lahir dengan BBLR tidak hanya diakibatkan oleh ibu yang menderita kurang energi kronis saja, tapi banyak faktor-faktor yang dapat menyebabkan bayi BBLR dilihat dari segi ibunya atau maternal diantaranya adalah faktor umur ibu saat hamil, paritas, penambahan berat badan ibu, anemia, interval kehamilan dan banyak faktor lain yang berhubungan dengan kejadian BBLR pada bayi. Interval kehamilan adalah jarak antara kehamilan terakhir dengan kehamilan sebelumnya. Berdasarkan rekomendasi WHO, bahwa kehamilan yang terlalu dekat adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 3 tahun, sehingga interval kehamilan yang terlalu dekat dapat melahirkan bayi yang BBLR (Mochtar, 2012).

Selanjutnya peneliti mengambil data jumlah kelahiran BBLR di RSUD BLUD Meuraxa Banda Aceh, jumlah kasus BBLR tahun 2017 sebanyak 38 kasus terdiri dari 21 bayi berjenis kelamin perempuan dan 17 bayi berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan pada tahun 2018 angka kejadian bayi lahir dengan kasus BBLR berjumlah 40 kasus yang terdiri dari 26 bayi berjenis kelamin perempuan dan 14 bayi berjenis kelamin laki-laki (RSUD Meuraxa, 2019).

Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan terhadap 5 orang ibu diketahui terdapat 2 ibu hamil dengan jarak kehamilan <2 tahun, ibu mengatakan bahwa kehamilan ini merupakan kehamilan yang tidak direncanakan (gagal KB), 2 ibu primigravida (1 diantaranya berusia 19 tahun dan melahirkan bayi 2400 gr), dan 1 ibu dengan usia > 35 tahun yang mengatakan merencanakan kehamilan meskipun sudah berada pada usia rentan. Dari 5 orang yang peneliti wawancarai

diketahui 2 diantaranya melahirkan bayi dengan berat badan lahir 2200gr yaitu ibu dengan usia >35 tahun dan ibu primigravida usia 19 tahun dengan berat bayi lahir 2400gr.

Ibu primigravida mengatakan bahwa selama kehamilan ia tidak mengalami masalah yang berarti, namun memang selama kehamilan ia tidak memiliki selera makan sehingga tidak mengalami kenaikan berat badan yang berarti (hanya naik 4Kg) sedangkan ibu dengan usia > 35 tahun mengatakan bahwa ia mengalami hiperemesis berat di awal kehamilan sehingga mengalami berat badan menurun. Selanjutnya ia juga memiliki 2 orang anak yang masing-masing berjarak 3 tahun (kelas 3 SD dan TK) sehingga ibu merasa kelelahan dalam kehamilan ini karena harus mengurus anak dan kehamilannya. Ibu mengatakan bahwa hal yang dijelaskan sebelumnya diduga menjadi penyebab bayi ibu lahir dengan berat badan rendah.

Dari uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk melihat lebih jauh tentang **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan lahir Rendah di BLUD RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh Tahun 2019”**. sehingga hasilnya dapat dijadikan informasi dan pengetahuan yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan maupun mahasiswa UNMUHA yang membutuhkan informasi mengenai BBLR.

1.2 Rumusan Masalah

Dalam kehamilan penting bagi ibu hamil untuk memastikan bahwa kondisi bayinya sehat dengan berat badan sesuai dengan usia kehamilan hingga

janin dilahirkan. Namun pada kenyataannya masih banyak ditemukan kasus bayi dengan berat badan lahir rendah yang dapat berdampak pada kematian. Berat badan lahir rendah sampai saat ini masih menjadi masalah di Indonesia dimana proporsi berat badan lahir <2500 gram (BBLR) sebesar 6,2% dan proporsi panjang badan lahir <48 cm sebesar 22,7% dengan prevalensi BBLR lebih tinggi pada anak dari ibu yang berumur kurang dari 20 tahun saat melahirkan (9%), anak yang anak pertama (8%), anak yang ibunya tidak sekolah (12%), dan anak yang ibunya berada di kuintil kekayaan terbawah (9%). Sebagai salah satu upaya pencegahan kejadian BBLR perlu dilakukan pengkajian mengenai faktor risiko apa saja yang dapat memicu terjadi BBLR?

1.3 Ruang Lingkup Penelitian

Untuk memperjelas arah penulisan, penulis meneliti faktor BBLR dimana ruang lingkungannya hanya melihat tentang paritas, umur dan jarak kehamilan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan faktor resiko terhadap kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan faktor paritas dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.
2. Untuk mengetahui hubungan faktor umur ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.

3. Untuk mengetahui hubungan faktor jarak hamil dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.
4. Untuk mengetahui hubungan kehamilan kembar dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.
5. Untuk mengetahui hubungan ketuban pecah dini (KPD) dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.
6. Untuk mengetahui hubungan hidramnion dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.
7. Untuk mengetahui hubungan pre-eklampsia/eklampsia dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Meuraxa Tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan peneliti tentang faktor-faktor resiko terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah.

1.4.2 Bagi institusi pendidikan

Dapat menambah bahan bacaan perpustakaan di Universitas Muhammadiyah Banda Aceh yang dapat dijadikan untuk pengembangan ilmu pengetahuan serta dijadikan panduan bagi mahasiswa/mahasiswi yang akan melanjutkan penelitian.

1.4.3 Bagi masyarakat

Untuk menambah wawasan dan informasi khususnya tentang faktor-faktor resiko terhadap kejadian Berat Badan Lahir Rendah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Berat Badan Lahir Rendah

2.1.1 Definisi

Istilah prematuritas telah diganti dengan BBLR karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah kurang dari 2500 gr yaitu karena hamil kurang dari 37 minggu, BBLR dari semestinya, sekalipun umur cukup atau kurang kombinasi keduanya (Manuaba, 2012).

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang 2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram) tanpa memandang masa kehamilan (Prawirohardjo, 2011). WHO (2017) mengganti istilah bayi prematur dengan Berat Badan Bayi Lahir Rendah. Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram pada waktu lahir bayi prematur. Bayi dengan berat badan lahir rendah dibagi 2 golongan yaitu :

1. Prematur Murni.

Prematur Murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan (Ester, 2013).

2. Dismaturitas.

Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, hal ini karena mengalami gangguan

pertumbuhan dalam kandungan dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya (Ester, 2013).

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya bayi berat badan lahir rendah dibedakan :

1. Bayi berat lahir rendah, berat lahir 1500 - 2500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah, berat lahir kurang dari 1500 gram.
3. Bayi berat lahir eksterem, Berat lahir kurang dari 1000 gram.

Selain itu bayi BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia tumbuh kembang selanjutnya sehingga membutuhkan biaya perawatan yang tinggi (Saifudin, 2010).

2.1.2 Etiologi

BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Jumarni, dkk., 2014), yaitu:

1. Faktor ibu, meliputi penyakit yang diderita ibu misalnya, toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, diabetes melitus, dan lain-lain. Usia ibu saat hamil lebih dari 35 tahun, multi gravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat, dan lain-lain. Keadaan sosial ekonomi, golongan sosial ekonomi dan perkawinan yang tidak sah. Sebab lain termasuk karena ibu adalah seorang perokok dan peminum minuman beralkohol atau pengguna narkotika.
2. Faktor janin, meliputi hidramnion, kehamilan ganda, kelainan kromosom, dan lain-lain.
3. Faktor lingkungan, meliputi tempat tinggal, radiasi dan zat-zat beracun.

2.1.3 Faktor-Faktor Penyebab BBLR

Menurut Manuaba (2012), faktor-faktor yang mengakibatkan terjadinya BBLR adalah:

1. Faktor Ibu

a. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang dialami oleh ibu baik lahir hidup maupun lahir mati, tingkat paritas telah menarik perhatian para peneliti dalam hubungan kesehatan si ibu maupun si anak. Dikatakan bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik dari yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit-penyakit tertentu.

Paritas dikelompokkan menjadi 4 golongan yaitu:

- 1) *Nulipara* golongan ibu dengan paritas 0 (wanita yang belum pernah melahirkan bayi).
- 2) *Primipara* golongan wanita dengan paritas 1 (ibu yang telah pernah melahirkan bayi sebanyak 1 kali).
- 3) *Multipara* golongan ibu dengan paritas 2-5 (ibu yang telah pernah melahirkan bayi sebanyak 2 sampai 5 kali)
- 4) *Grande multipara* golongan ibu dengan paritas > 5 (ibu yang telah pernah melahirkan sebanyak lebih dari 5 kali).

b. Umur kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun.

Ibu-ibu yang terlalu muda seringkali secara emosional dan fisik belum matang, selain pendidikan pada umumnya rendah, ibu yang masih muda masih tergantung pada orang lain. Umur ibu kurang dari 20 tahun menunjukkan rahim dan panggul ibu belum berkembang secara sempurna karena wanita pada usia ini masih dalam masa pertumbuhan sehingga panggul dan rahim masih kecil. Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda berusia kurang dari 20 tahun. Pada ibu yang tua meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR. Disamping itu, usia di atas 35 tahun cenderung mengakibatkan timbulnya masalah-masalah kesehatan seperti hipertensi, DM, anemia, TB paru dan dapat menimbulkan persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan serta terjadinya resiko terjadinya cacat bawaan pada janin. Faktor usia ibu bukanlah faktor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia di luar usia 20 sampai 35 tahun (Manuaba, 2012).

c. Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik. Ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami

peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Manuaba, 2012).

d. Gizi saat hamil yang kurang.

Kekurangan gizi selama hamil akan berakibat buruk terhadap janin seperti prematuritas, gangguan pertumbuhan janin, kelahiran mati maupun kematian neonatal dini. Penentuan status gizi yang baik yaitu dengan mengukur berat badan ibu sebelum hamil dan kenaikan berat badan selama hamil (Manuaba, 2012).

e. Pekerjaan

Pekerjaan yang ditanggung oleh ibu hamil dapat memberikan peluang besar untuk terjadinya persalinan dengan BBLR. Keadaan yang demikian terutama terjadi pada sosial ekonomi yang rendah. Mengajarkan aktivitas fisik beberapa jam tanpa istirahat dapat menyebabkan kelahiran BBLR (Budiman dkk, 2011). Festy (2011) menyatakan bahwa persalinan prematur dan BBLR dapat terjadi pada wanita yang bekerja terus menerus selama kehamilan, terutama bila pekerjaan tersebut memerlukan kerja fisik atau waktu yang lama. Keadaan ini dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan serta kesejahteraan janin yang dikandungnya.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berat bayi lahir dikelompokkan sebagai, faktor lingkungan internal, yang meliputi umur ibu, paritas, jarak kehamilan, kesehatan ibu, kadar hemoglobin ibu hamil serta

ukuran antropometri ibu hamil, faktor lingkungan eksternal, yang meliputi, kondisi lingkungan, masukan makanan ibu selama hamil, jenis pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu dan bapak (kepala keluarga), pengetahuan gizi dan tingkat sosial ekonomi, faktor penggunaan pelayanan kesehatan yaitu frekuensi pemeriksaan kehamilan (ANC) (Susilowati dkk, 2016).

Pekerjaan seorang ibu berhubungan dengan status ekonomi. Pengaruh sosial ekonomi merupakan hal yang cukup berpengaruh dalam kejadian BBLR, walaupun secara tidak langsung. Pendapatan yang rendah akan menyulitkan seorang ibu untuk memenuhi kebutuhan bayi terutama dalam hal gizi. Hal ini pada akhirnya akan menyebabkan bayi dengan BBLR. Mc Carthy dan Maine menunjukkan bahwa angka kematian ibu dapat diturunkan secara tidak langsung dengan memperbaiki status sosial ekonomi yang mempunyai efek terhadap salah satu dari seluruh faktor langsung yaitu perilaku kesehatan dan perilaku reproduksi, status kesehatan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan (Manuaba, 2012).

2. Faktor Kehamilan

Menurut Manuaba (2012), faktor kehamilan terdiri dari

a. Hamil Dengan Hidramnion.

Hidramnion adalah kondisi suatu kondisi dimana ibu hamil yang memiliki terlalu banyak air ketuban dalam rahimnya. Gangguan kehamilan ini jarang terjadi, kondisi yang juga disebut dengan

polihidramnion ini diperkirakan hanya terjadi pada sekitar 1-2% perempuan hamil (Ester, 2013).

Hidramnion yang kadang-kadang disebut polihidramnion merupakan keadaan cairan amnion yang berlebihan. Hidromnion dapat menimbulkan persalinan sebelum kehamilan 28 minggu, sehingga dapat menyebabkan kelahiran prematur dan dapat meningkatkan kejadian BBLR.

Menurut Prawirohardjo dalam Triana (2014) menjelaskan bahwa hidramnion merupakan kehamilan dengan jumlah air ketuban >2 liter. Hal ini terjadi bila produksi air ketuban bertambah serta dikarenakan terganggunya pengaliran air ketuban. Akibat dari berlebihnya cairan ketuban menyebabkan perengangan maksimal pada kehamilan sebelum aterm sehingga ibu dapat melahirkan secara premature, yang berdampak pada bayinya (bayi lahir dengan berat badan rendah).

Hidramnion merupakan kelebihan cairan amniotik sebanyak 2000ml. Kejadian hidramnion dalam kehamilan sering berkaitan dengan malformasi janin, terutama pada kelainan susunan saraf pusat dan saluran pencernaan. Selain itu, tekanan pada organ-organ di dalam dan disekitar usus sangat merenggang. Perenggangan berlebihan tersebut dapat menyebabkan dispnea berat, dan pada kasus yang ekstrem ibu dengan hamil hidramnion hanya dapat bernafas sewaktu dalam posisi duduk. Oleh karena itu, ibu hamil dengan hidramnion dapat menyebabkan bayi lahir dengan BBLR (Oxcom and William, 2012).

b. Perdarahan Antepartum.

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan yaitu sebelum bayi dilahirkan. Komplikasi utama dari perdarahan antepartum adalah perdarahan yang menyebabkan anemia dan syok yang menyebabkan keadaan ibu semakin jelek. Keadaan ini yang menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan anemia pada janin bahkan terjadi syok intrauterin yang mengakibatkan kematian janin intrauterin. Bila janin dapat diselamatkan, dapat terjadi berat badan lahir rendah, sindrom gagal napas dan komplikasi asfiksia.

c. Anemia

Penyebab terjadinya BBLR antara lain karena ibu hamil mengalami anemia, kurang suplai gizi waktu dalam kandungan, komplikasi kehamilan, hipertiroid kehamilan dan lahir prematur. Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah perlu penanganan serius, karena pada kondisi tersebut bayi mudah sekali mengalami hipotermi dan belum sempurnanya pembentukan organ-organ tubuhnya yang biasanya akan menjadi penyebab utama kematian bayi (Proverawati, 2011).

Anemia pada ibu hamil menyebabkan rendahnya kadar oksigen sehingga suplai oksigen terhadap janin terganggu. Ibu yang tinggal didataran tinggi beresiko mengalami hipoksia janin yang menyebabkan

asfiksia neonatorum dan berpengaruh terhadap janin karena gangguan oksigenasi dan menyebabkan BBLR (Brought et al, 2013).

Anemia pada kehamilan cenderung meningkatkan kejadian BBLR. Hal ini dapat terjadi karena anemia penyebab langsung angka prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat. Mekanisme lain yang berkontribusi terhadap kejadian BBLR adalah depresi imun pada penderita anemia yang meningkatkan morbiditas karena infeksi, seperti infeksi saluran kemih (Kalaivani, 2013).

Anemia defisiensi zat besi merupakan salah satu masalah dengan frekuensi yang cukup tinggi yaitu dan makin meningkat seiring dengan pertambahan usia kehamilan. Proporsi kejadian berat bayi lahir rendah lebih besar pada ibu hamil yang menderita anemia. Perbedaan berat lahir bayi tidak signifikan kecuali pada ibu hamil trimester ketiga dan aterm (Kumar, 2016). Wanita hamil cenderung terkena anemia pada trimester ketiga dan menjelang aterm karena pada masa ini janin menimbun cadangan zat besi untuk dirinya sendiri sebagai persediaan bulan pertama sesudah lahir (Theressa, 2012).

d. Komplikasi Hamil.

1) Ketuban Pecah Dini

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. BBLR tidak hanya dapat

terjadi pada bayi prematur, tapi juga pada bayi cukup bulan yang mengalami hambatan pertumbuhan selama kehamilan (Indiarti, 2015).

Umur ibu pada saat hamil merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat risiko kehamilan dan persalinan termasuk kejadian KPD. Umur ibu reproduksi yang optimal pada umur 20 – 35 tahun, karena pada usia tersebut organ reproduksi sudah berfungsi secara optimal. Jika seorang wanita hamil pada umur < 20 tahun, dianggap sebagai kehamilan risiko tinggi karena alat reproduksi belum siap untuk hamil sehingga mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi abnormal. Sedangkan pada usia > 35 tahun terjadi penurunan kemampuan organ-organ reproduksi yang berpengaruh pada proses embriogenesis sehingga selaput ketuban lebih tipis yang memudahkan untuk pecah sebelum waktunya yang berakibat pada berat badan bayi yang dilahirkan (Nugrahini dkk, 2017).

Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi terhadap kejadian BBLR, antara lain adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 35 tahun, ras kulit hitam, status sosial ekonomi yang kurang, status perkawinan yang tidak sah, tingkat pendidikan yang rendah). Risiko medis ibu sebelum hamil juga berperan terhadap kejadian BBLR (paritas, berat badan dan tinggi badan, pernah melahirkan BBLR, jarak kelahiran). Status kesehatan reproduksi ibu berisiko terhadap BBLR (status gizi ibu, penyakit selama

kehamilan, riwayat kehamilan dan komplikasi kehamilan). Status pelayanan antenatal (frekuensi dan kualitas pelayanan antenatal, tenaga kesehatan tempat pemeriksaan hamil, umur kandungan saat pertama kali pemeriksaan kehamilan) juga dapat beresiko untuk melahirkan BBLR (Indrasari, 2017).

2) Plasenta Previa

Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) salah satunya dipengaruhi oleh plasenta previa. Sebagai perdarahan yang berlangsung secara cepat dan dalam jumlah banyak akan menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan suplai nutrisi dan O₂ ke janin terhambat sehingga pertumbuhan bayi juga terhambat (Prawirohardjo, 2012).

Menurut Sastrawinata (2015), plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan yang endometriumnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Keadaan ini ditemukan pada multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek, mioma uteri, kuretase yang berulang, umur lanjut, bekas seksio sesarea, perubahan inflamasi atau atrofi.

Teori menurut Proverawati (2011) faktor penyebab terjadinya BBLR adalah plasenta previa terbukti pada penelitian ini. Jadi plasenta previa masih menjadi faktor risiko terpenting terjadinya BBLR. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh terjadinya perdarahan pada ibu sehingga

ibu mengalami anemia dan menyebabkan gangguan ke plasenta sehingga suplai nutrisi dan O₂ ke janin terhambat sehingga dapat menyebabkan BBLR. Hal ini disebabkan karena dengan kurangnya suplai nutrisi dan O₂ ke janin maka sistem metabolisme pada janin mengalami gangguan dan tidak bekerja secara optimal yang menyebabkan kebutuhan nutrisi dan O₂ janin tidak terpenuhi. Oleh karena itu pertumbuhan janin terhambat dan mengalami berat badan lahir rendah (BBLR).

3) Pre-eklampsia/Eklampsia.

Pre-eklampsia/Eklampsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau IUGR dan kelahiran mati. Hal ini disebabkan karena Pre-eklampsia/Eklampsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya perkapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang.

4) Ketuban Pecah Dini.

Ketuban dinyatakan pecah sebelum waktunya bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban Pecah Dini (KPD) disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran yang diakibatkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Pada persalinan normal selaput ketuban biasanya pecah atau di pecahkan

setelah pembukaan lengkap, apabila ketuban pecah dini, merupakan masalah yang penting dalam obstetri yang berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi ibu.

5) Hipertensi.

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan persalinan, hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya insufisiensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur.

3. Faktor Janin

Adapun faktor janin menurut Manuaba (2012), adalah sebagai berikut:

a. Cacat Bawaan (kelainan kongenital).

Kelainan kongenital merupakan kelainan dalam pertumbuhan struktur bayi yang timbul sejak kehidupan hasil konsepsi sel telur (Wiknjosastro, 2011). Bayi yang dilahirkan dengan kelainan kongenital, umumnya akan dilahirkan sebagai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) atau bayi kecil untuk masa kehamilannya. Bayi Berat Lahir Rendah dengan kelainan kongenital yang mempunyai berat kira-kira 20% meninggal dalam minggu pertama kehidupannya (Prawirohardjo, 2011).

b. Infeksi Dalam Rahim.

Infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh, sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu, pengaruh infeksi hepatitis menyebabkan abortus atau persalinan prematuritas dan kematian janin dalam rahim (Manuaba, 2012). Wanita hamil dengan infeksi rubella akan berakibat buruk terhadap janin. Infeksi ini dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah, cacat bawaan dan kematian janin.

c. Hamil Ganda.

Berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50 sampai 1.000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama (Wiknjosastro, 2011). Regangan pada uterus yang berlebihan kehamilan ganda salah satu faktor yang menyebabkan kelahiran BBLR. Pada kehamilan ganda distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi partus prematurus. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan ganda bertambah yang dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain, sehingga sering lahir bayi yang kecil. Kematian perinatal anak kembar lebih tinggi dari pada anak dengan kehamilan tunggal dan prematuritas merupakan penyebab utama (Prawirohardjo, 2011).

2.1.4 Prognosis BBLR

Prognosis BBLR ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal, misalnya masa gestasi. Makin muda masa gestasi atau makin rendah berat bayi makin tinggi angka kematian. Prognosis ini juga tergantung dari keadaan sosial ekonomi, pendidikan orang tua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan dan postnatal. Bayi Berat Lahir Rendah cenderung memperlihatkan gangguan pertumbuhan setelah lahir (Prawirohardjo, 2011).

Menurut Manuaba (2012), menghadapi bayi BBLR harus memperlihatkan masalah-masalah berikut :

a. Suhu tubuh yang belum stabil

- 1) Pusat mengatur napas badan masih belum sempurna.
- 2) Luas badan bayi relatif besar sehingga penguapannya bertambah.
- 3) Otot bayi masih lemah.
- 4) Lemak kulit kurang, sehingga cepat kehilangan panas.
- 5) Pusat pengaturan suhu yang belum berfungsi dengan baik.

b. Gangguan pernapasan

Penanganan BBLR yang mengalami gagal nafas memerlukan suatu unit perawatan intensif, dan penatalaksanaan yang optimal tergantung pada sistem perawatan neonatus yang ada, yaitu ketersediaan tenaga ahli, fasilitas yang memiliki kemampuan dalam menilai dan memberikan tatalaksana kehamilan resiko tinggi, serta memiliki kemampuan menerima rujukan dari fasilitas kesehatan dibawahnya (Angus, 2011).

Penatalaksanaan gagal nafas pada neonatus di ruang perawatan intensif neonatus (NICU) saat ini telah mengalami perkembangan. Penggunaan surfaktan, *high frequency ventilator*, *inhaled nitric oxide* (iNO), telah banyak dilakukan dan berakibat pada berkurangnya penggunaan extracorporeal membrane oxygenation yang memiliki banyak efek samping.

c. Gangguan alat pencernaan makanan dan problema nutrisi (Field, 2012).

- 1) Alat pencernaan belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan masih lemah dan kurang baik.
- 2) Aktivitas otot pencernaan makanan masih belum sempurna, sehingga pengosongan lambung berkurang.
- 3) Hepar yang belum matang (immatur).
- 4) Mudah menimbulkan gangguan pemecahan bilirubin, sehingga mudah terjadi hiperbilirubinemia (kuning) dan defisiensi vitamin K.
- 5) Ginjal masih belum matang. Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air masih belum sempurna sehingga mudah terjadi edema dan asidosis metabolic.
- 6) Perdarahan dalam otak. Pembuluh darah bayi prematur masih rapuh dan mudah pecah, pemberian O₂ belum mampu diatur sehingga mempermudah terjadi perdarahan dan nekrosis, perdarahan dalam otak memperburuk keadaan dan menyebabkan kematian bayi, sering mengalami gangguan pernapasan sehingga mempermudah terjadi perdarahan otak. Alat tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi

matur. Oleh sebab itu, ia mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, dengan akibat makin mudahnya komplikasi dan makin tingginya angka kematiannya (Prawirohardjo, 2011). Pada saat persalinan, BBLR mempunyai resiko yaitu asfiksia atau gagal untuk bernapas secara spontan dan teratur saat atau beberapa menit setelah lahir. Hal itu diakibatkan faktor paru yang belum matang.

2.1.5 Penanganan BBLR

Adapun penanganan BBLR menurut Prawirohardjo (2011), adalah sebagai berikut

1. Mempertahankan suhu dengan ketat, BBLR mudah mengalami hipotermia, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
2. Mencegah infeksi dengan ketat. BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi/ASI. Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
4. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi / nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat

2.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR

2.2.1 Paritas

Jumlah anak lebih dari 4 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin sehingga melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Paritas merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap hasil konsepsi (Manuaba, 2012).

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Paritas tinggi banyak terjadi pada ibu usia lebih 35 tahun (Prawirohardo, 2011).

Paritas tinggi merupakan paritas rawan, salah satu dampak kesehatan yang mungkin timbul dari paritas yang tinggi adalah berhubungan dengan kejadian BBLR (Mochtar, 2012).

Ibu yang pernah melahirkan anak lebih dari tiga kali beresiko melahirkan bayi BBLR, hal ini dikarenakan keadaan rahim biasanya sudah lemah dikarenakan oleh alat-alat reproduksi yang sudah menurun sehingga sel-sel otot mulai melemah dan bagian tubuh lainnya sudah menurun sehingga dapat menyebabkan dan meningkatkan kejadian BBLR, dari hasil penelitian menunjukkan bahwa paritas merupakan factor resiko tinggi penyebab BBLR, dimana ibu dengan paritas >3 anak akan beresiko 2 kali melahirkan BBLR (Zaenab, 2012).

Ada beberapa faktor resiko yang mempengaruhi BBLR, diantaranya faktor ibu, kehamilan dan faktor janin. Di tinjau dari faktor ibu Salah satunya yaitu usia

ibu dan paritas ibu. Faktor usia merekomendasikan bahwa usia yang paling dianggap aman menjalani kehamilan dan persalinan adalah 20 hingga 35 Tahun. Persentase tertinggi bayi dengan berat badan lahir rendah terdapat pada kelompok remaja dan wanita berusia lebih dari 40 tahun. Ibu yang terlalu muda sering kali secara fisik dan emosional belum matang. Sedangkan pada ibu yang sudah tua meskipun mereka berpengalaman, tetapi kondisi tubuh dan kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uteri dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR, (Sistriani, 2013).

Paritas merupakan salah satu faktor penting dalam kehamilan dan persalinan. Persalinan pertama dan persalinan lebih dari 4 kali berisiko melahirkan BBLR. Hal ini terjadi karena adanya kompetisi makanan antara janin dan ibu, pertama karena berfungsinya sistem organ reproduksi salah satunya ovarium. Ovarium mulai berfungsi dibawah pengaruh hormon gonadotropin, sehingga jika terjadi kehamilan pada paritas pertama, organ-organ yang bekerja dalam tubuh mengalami kompetisi perebutan zat-zat yang sangat penting (Tirta, A., Dewiarti, A., & Wahyuni, A, 2012).

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Kehamilan dan persalinan yang berulang-ulang menyebabkan kerusakan pembuluh darah di dinding rahim dan kemunduran daya lentur (elastisitas) jaringan yang sudah berulang kali diregangkan saat kehamilan sehingga cenderung timbul kelainan letak atau pun kelainan pertumbuhan plasenta dan pertumbuhan janin sehingga melahirkan

BBLR (Nurseha, 2017).

Bila ibu telah melahirkan empat anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Pemeriksaan dan pertolongan persalinan oleh dokter atau bidan sangat diperlukan untuk ibu hamil yang telah melahirkan empat anak atau lebih. Jumlah paritas >4 dapat menyebabkan retardasi pertumbuhan intra uteri sehingga insiden bayi kecil masa kehamilan (KMK) meningkat dan setelah 3 kali melahirkan mempunyai dampak risiko melahirkan BBLR (Nurseha, 2017).

Pada ibu hamil pertama atau >4 mempunyai peluang mengalami hal ini karena kecilnya permukaan rahim dan terdapatnya sikatrik pada luka bekas penempelan plasenta pada kehamilan terdahulu. Malnutrisi pada masa embryogenesis memiliki efek yang kecil terhadap pertumbuhan janin, karena wanita memiliki simpanan nutrisi yang cukup untuk fase ini. Tetapi pada fase pertumbuhan trimester ketiga saat hipertrofi seluler janin dimulai, kebutuhan nutrisi janin bisa melebihi persediaan ibu jika masukan nutrisi ibu rendah sehingga dapat menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (Proverawati dan Ismawati, 2012).

2.2.2 Umur Ibu

Pada masyarakat yang mempunyai kebiasaan menikah muda, dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai sedikit berusia 20 tahun. Karena jika hamil pada usia < 20 tahun, sering melahirkan janin dengan BBLR yang angka kesakitan dan kematiannya tinggi. Demikian pula dianjurkan untuk tidak hamil pada usia

lebih dari 35 tahun, karena risiko terhadap ibu dan bayinya meningkat (Soetjoningsih, 2013).

Adapun keluarga dengan resiko tinggi kejadian BBLR adalah tingkat social ekonomi rendah, umur ibu (<16 tahun atau >35 tahu), menderita kekurangan gizi, menderita hipertensi, primipara atau multipara dan riwayat persalinan dengan komplikasi (Effendy, 2014).

Pengaruh usia ibu terhadap kejadian BBLR merupakan factor resiko tinggi, karena wanita yang hamil usia dibawah 20 tahun perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal. Selain itu emosi dan kejiwaannya belum cukup matang sehingga pada saat kehamilan ibu tersebut belum dapat menanggapi kehamilannya secara sempurna dan sering terjadi komplikasi. Sedangkan kehamilan diatas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan, mengingat mulai usia ini sering muncul penyakit seperti hipertensi, tumor jinak, dan penyakit degeneratife lainnya. Dalam proses persalinan sendiri, kehamilan diusia 35 tahun ke atas akan menghadapi kesulitan akibat lemahnya kontraksi rahim serta timbul kelainan pada tulang panggul tengah (Notobroto, 2014).

Menurut Manuaba (2012), ibu-ibu yang terlalu muda seringkali secara emosional dan fisik belum matang, selain pendidikan pada umumnya rendah, ibu yang masih muda masih tergantung pada orang lain. Umur ibu kurang dari 20 tahun menunjukkan rahim dan panggul ibu belum berkembang secara sempurna karena wanita pada usia ini masih dalam masa pertumbuhan sehingga panggul dan rahim masih kecil. Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda

berusia kurang dari 20 tahun. Pada ibu yang tua meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR.

Ibu hamil pada usia muda atau kurang dari 20 tahun akan mengalami masalah, baik secara fisik maupun secara mental. Secara fisik kondisi rahim dan panggul belum berkembang secara optimal, sehingga menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Secara mental ibu belum siap menghadapi perubahan yang terjadi saat hamil, belum siap menjalankan peran sebagai ibu, serta belum siap menghadapi permasalahan yang terjadi dalam rumah tangga. Jika digabungkan faktor fisik dan mental yang belum matang, akan meningkatkan risiko terjadi persalinan yang sulit dengan komplikasi medis (Departemen Kesehatan RI, 2011).

Demikian juga pada usia ibu di atas 35 tahun, kondisi kesehatan ibu mulai berkurang, fungsi rahim menurun, kualitas sel telur berkurang, serta meningkatnya komplikasi medis pada kehamilan dan persalinan, yang berhubungan dengan kelainan degeneratif, hipertensi dan kencing manis (*diabetes melitus*). Dapat menyebabkan risiko : keguguran, preeklamsi (tekanan darah tinggi, oedema, proteinuria), eklamsi (keracunan kehamilan), persalinan lama / kesulitan dalam persalinan, perdarahan, berat Bayi Lahir Rendah (< 2500 Gram) dan cacat bawaan (Krauss *et al*, 2015).

2.2.3 Kehamilan Ganda (Gameli)

Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Sampai kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan janin kehamilan tunggal. Setelah itu, kenaikan berat badan lebih kecil karena regangan yang berlebihan sehingga menyebabkan peredaran darah plasenta berkurang. Berat badan satu janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan daripada kehamilan tunggal. Berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50-1000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama. Pada kehamilan ganda distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi partus prematurus. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan ganda bertambah, yang akan menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain, sehingga sering lahir bayi yang kecil (Prawirohardjo, 2012).

Salah satu faktor risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal. Berat badan bayi baru lahir ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keadaan ibu waktu hamil, umur ibu, paritas, status gizi, jarak kehamilan, cukup tidaknya masa kehamilan, dan sosial ekonomi ibu. Kombinasi berbagai faktor inilah yang menentukan apakah bayi yang lahir nantinya termasuk bayi dengan berat badan lahir cukup atau rendah (Saifuddin, 2012).

BBLR disebabkan oleh beberapa faktor, hal tersebut menjadikan BBLR seringkali sulit untuk dicegah. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR antara lain faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor lingkungan. Faktor ibu meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, jarak kehamilan, umur kehamilan, paritas, kehamilan ganda, hipertensi, anemia, perilaku (Pantiawati, 2015).

Determinan BBLR menurut Ohlsson dan Shah (2016) antara lain adalah faktor demografi (umur ibu, jarak kelahiran, paritas, kehamilan yang tidak diinginkan), status gizi ibu (antropometri, body mass index dan kenaikan berat badan ibu saat hamil), antenatal care, aktivitas (kondisi dan tipe pekerjaan), sosio-ekonomi, faktor lingkungan (keterpaparan asap rokok), faktor medis, factor gaya hidup, faktor genetik, asupan nutrisi, dan anemia).

Kehamilan kembar berpengaruh terhadap janin karena makanan yang didapat dari ibu berbagi dua sehingga pertumbuhan janin akan terhambat dan dapat mengakibatkan bayi lahir dengan BBLR. Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan dari pada janin pada kehamilan yang sama. Sampai kehamilan 30 minggu kenaikan berat badan janin kembar sama dengan janin kehamilan tunggal. Setelah itu, kenaikan berat badan lebih kecil, karena regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah ke plasenta kurang. Umumnya berat badan bayi yang baru lahir pada kehamilan kembar kurang dari 2500 gram (Pantiawati, 2016).

2.2.4 Jarak Kehamilan

Masalah obstetric dan ginekologi pada kejadian BBL diantaranya adalah keadaan gizi ibu hamil masih belum memuaskan sehingga banyak kehamilan disertai anemia, penyakit parasite pada kehamilan masih tinggi, terlalu banyak anak, terlalu pendek jarak kehamilan dan persalinan, terlalu muda usia perkawinan dan kehamilan, terlalu tua untuk hamil lagi dan pengetahuan ibu yang masih kurang tentang kehamilan (Manuaba, 2012).

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik. Ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Prawirohardjo, 2011).

Beberapa faktor lainnya yang dapat mempengaruhi berat badan lahir, antara lain umur ibu, paritas, tinggi badan ibu, jarak kelahiran, dan pekerjaan ibu. Kehamilan yang terjadi pada usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap berat badan lahir bayi (Proverawati dan Misaroh, 2011).

Faktor-faktor lainnya yang berhubungan dengan berat badan lahir yaitu umur, paritas, tinggi badan, jarak kelahiran, pekerjaan, dan frekuensi

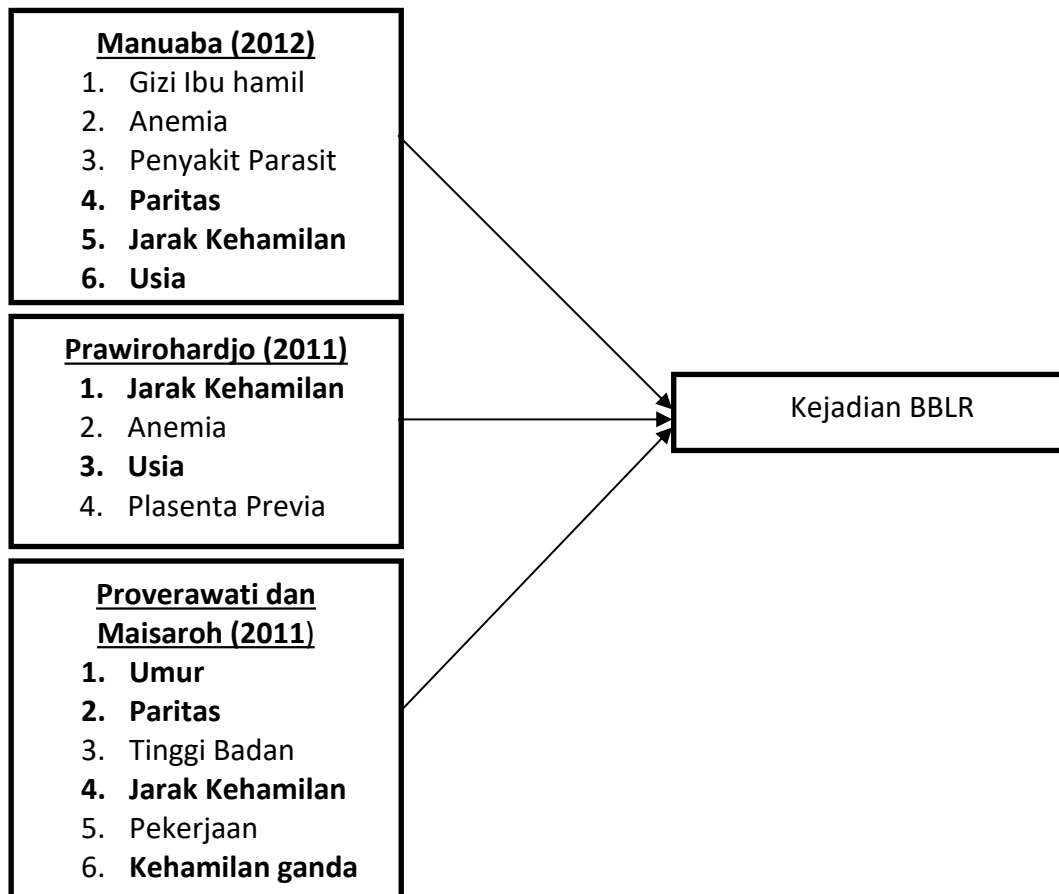
pemeriksaan kehamilan. Rentang umur ibu antara 20-35 tahun mengalami kehamilan yang terbaik. Jarak antara dua kehamilan menunjukkan manifestasi nyata pada persediaan energi dan zat gizi ibu serta kemampuan ibu untuk memelihara kehamilan dan memberikan ASI sesudah kelahiran anak (Sitorus, 2014).

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang memiliki berat badan kurang dari 2.500gr pada saat lahir tanpa memandang usia gestasi. Penyebab terjadinya BBLR pada bayi pada saat ini masih terus dikaji. Beberapa studi menyebutkan penyebab BBLR adalah multifaktor, yaitu faktor ibu antara lain demografi yaitu ras, pendidikan, pekerjaan dan aktifitas fisik, perilaku yaitu kebiasaan ibu yang merokok dan minum alkohol, biomedis yaitu berat badan, umuribu, paritas, jarak kehamilan, riwayat obstetri (pemeriksaan ANC, riwayat kejadian BBLR terdahulu), morbiditas ibu selama kehamilan tekanan darah dan kadar hemoglobin ibu sewaktu hamil, faktor janin antara lain *gemelly*, kelainan kromosom, hidramnion dan faktor lingkungan yaitu paparanpolusi udara seperti zat-zat ozon, karbon monoksida,dan nitrat dioksida (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2013).

Secara fisiologis wanita membutuhkan waktu 2 sampai 3 tahun setelah melahirkan untuk kembali pada kondisi yang baik sebelum memasuki kehamilan selanjutnya. Kematian neonatal, prematuritas, bayi dengan berat badan lahir rendah dan pertumbuhan janin terganggu atau terlambat dapat disebabkan oleh interval kehamilan yang pendek (Smith dkk, 2014).

2.3 Kerangka Teori

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



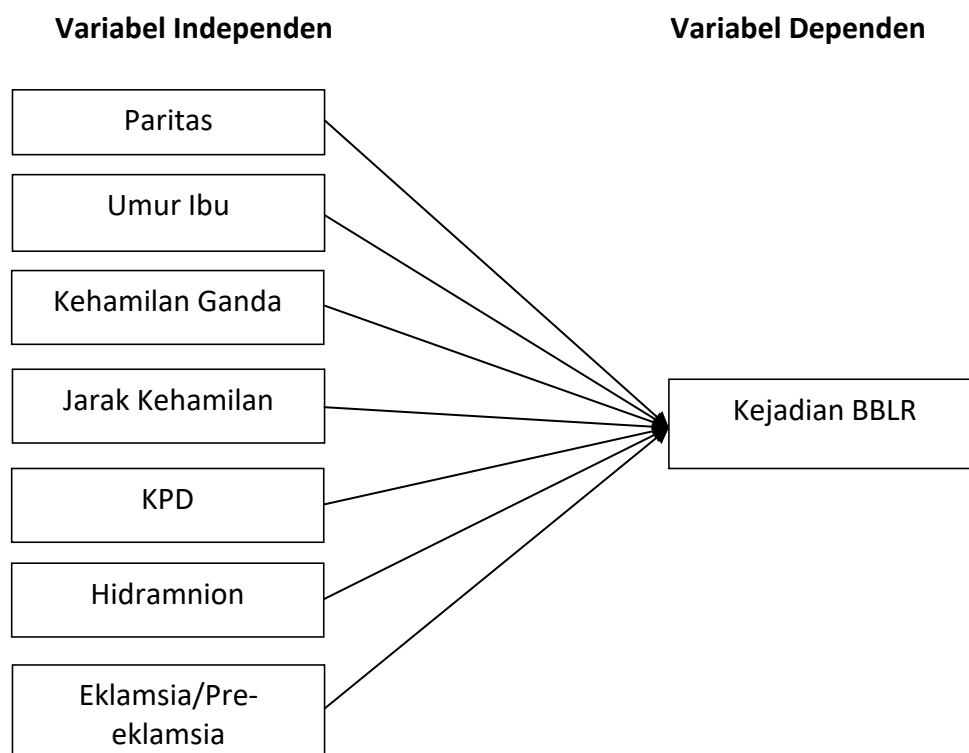
Gambar 2.1 kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEPSIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep teoritis yang dikemukakan oleh Manuaba (2012), Prawirohardjo (2011), Proverawati dan Maisaroh (2011), effendy (2014) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR, maka peneliti dapat menggambarkan kerangka penelitian sebagai berikut :



3.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (independen) : meliputi paritas, umur ibu, kehamilan ganda jarak kehamilan, KPD, hidramnion dan eklamsia/preeklampsia

2. Variabel terikat (dependen) : Kejadian BBLR.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Variabel Dependen					
Berat badan Lahir rendah	Berat badan bayi kurang dari 2500 gram pada saat lahir.	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - BBLR, bila berat badan lahir < 2500. - Tidak BBLR, bila berat badan lahir ≥ 2500.	- BBLR - Tidak BBLR	Ordinal
Variabel Independen					
Paritas	Jumlah kelahiran hidup maupun mati.	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Tinggi, bila kelahiran lebih dari > 4 - Rendah, bila kelahiran kurang dari 1-4	- Tinggi - Rendah	Ordinal
Umur ibu	Umur ibu hamil yang tercatat dalam status	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Beresiko, bila berumur < 20 tahun dan ≥ 35 tahun. - Tidak beresiko, bila berumur 20-35 tahun.	- Beresiko - Tidak beresiko	Ordinal
Kehamilan Ganda	Jumlah janin yang dikandung ibu berjumlah > 1	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Ya jika ibu mengandung >1 janin. - Tidak jika ibu mengandung janin tunggal	- Ya - Tidak	Nominal
Jarak hamil	Jarak kehamilan sekarang dengan kehamilan sebelumnya	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Beresiko, bila jarak kehamilan berikutnya < 2 tahun. - Tidak beresiko, bila jarak kehamilan berikutnya ≥ 2 tahun	- Beresiko - Tidak Beresiko	Ordinal

Ketuban Pecah Dini	Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (sebelum usia < 37 minggu)	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Ya, bila ibu melahirkan karena ketuban pecah pada usia kehamilan <37 minggu - Tidak jika bila ibu melahirkan pada usia kehamilan aterm bukan karena ketuban pecah dini	- Ya - Tidak	Ordinal
Hidramnion	Cairan ketubahan yang berlebih (>2000 ml)	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Ya jika ibu memiliki diagnose cairan ketuban melebihi batas normal - Tidak jika ibu memiliki diagnosa cairan ketuban dalam batas normal	- Ya - Tidak	Nominal
Eklampsia/ pre-eklampsia	Kondisi yang terjadi dan akibat dari tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol pada ibu hamil	Lembar Check-List	Lihat status dengan kriteria : - Ya jika ibu memiliki tekanan darah $\geq$ 140/90mmHg - Tidak jika ibu memiliki tekanan darah < 140/90mmHg	- Ya - Tidak	Ordinal

3.4 Pengukuran Variabel

3.4.1 Kejadian BBLR (Manuaba, 2012)

Kejadian BBLR diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- BBLR, bila berat badan lahir < 2500.
- Tidak BBLR, bila berat badan lahir $\geq$ 2500.

3.4.2 Paritas (Manuaba, 2012)

Paritas diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- Tinggi, bila kelahiran lebih dari > 4

- b. Rendah, bila kelahiran kurang dari 1-4

3.4.3 Umur Ibu (Manuaba, 2012)

Umur ibu diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- a. Beresiko, bila berumur < 20 tahun dan ≥ 35 tahun.
- b. Tidak beresiko, bila berumur 20-35 tahun

3.4.4 Kehamilan Ganda (Proverawati, 2012)

Kehamilan ganda diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi:

- a. Ya jika ibu mengandung >1 janin.
- b. Tidak jika ibu mengandung janin tunggal

3.4.5 Jarak Kehamilan (Proverawati, 2012)

Jarak kehamilan diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- a. Beresiko, bila jarak kehamilan berikutnya < 2 tahun.
- b. Tidak beresiko, bila jarak kehamilan berikutnya ≥ 2 tahun

3.4.6 Ketuban Pecah Dini (Indiarti, 2015)

Ketuban pecah dini diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- a. Ya, bila ibu melahirkan karena ketuban pecah pada usia kehamilan < 37 minggu
- b. Tidak jika bila ibu melahirkan pada usia kehamilan aterm bukan karena ketuban pecah dini

3.4.7 Hidramnion (Sastrawinata, 2015)

hidramnion diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- a. Ya jika ibu memiliki diagnose cairan ketuban melebihi batas normal
- b. Tidak jika ibu memiliki diagnosa cairan ketuban dalam batas normal n

3.4.8 Pre-eklampsia/Eklampsia (Indiarti, 2015)

Pre-eklampsia/eklampsia diukur menggunakan lembar *check list* dengan dua opsi :

- a. Ya jika ibu memiliki tekanan darah $\geq 140/90\text{mmHg}$
- b. Tidak jika ibu memiliki tekanan darah $< 140/90\text{mmHg}$

3.5 Hipotesa Penelitian

Adapun hipotesa dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 3.5.1** Ada hubungan umur dengan kejadian berat badan lahir rendah.
- 3.5.2** Ada hubungan paritas dengan kejadian berat badan lahir rendah.
- 3.5.3** Ada Hubungan kehamilan ganda dengan kejadian berat badan lahir rendah.
- 3.5.4** Ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian berat badan lahir rendah.
- 3.5.5** Ada hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian berat badan lahir rendah
- 3.5.6** Ada hubungan hidramnion dengan kejadian berat badan lahir rendah
- 3.5.7** Ada hubungan pre-eklampsia/eklampsia dengan kejadian berat badan lahir rendah

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat Deskriptif Analitik dengan desain *Cross Sectional*. *Cross Sectional* adalah hubungan atau korelasi antara faktor-faktor risiko dengan dampak atau efeknya. Faktor risiko dan dampak atau efeknya diobservasi pada saat yang sama, artinya setiap subyek penelitian diobservasi hanya satu kali saja dan faktor risiko serta dampak diukur menurut keadaan atau status pada saat observasi. Metode Deskriptif Analitik adalah suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum (Sugiyono, 2012).

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini rencana akan dilakukan menggunakan data skunder (menggunakan data Desember 2019) di BLUD RSUD Meuraxa Banda Aceh pada Desember 2020.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di BLUD RSUD Meuraxa pada Desember 2019 yang berjumlah 86 orang

4.3.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu seluruh ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa Banda Aceh pada bulan Desember tahun 2019.

4.4 Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Memperoleh izin untuk melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhamadiyah.
2. Setelah memperoleh surat izin penelitian, peneliti melakukan persiapan penelitian seperti lembar alat tulis yang akan digunakan pada saat penelitian.
3. Memperoleh izin untuk penelitian dari RSUD Meuraxa Banda Aceh
4. Pada penelitian ini peneliti dibantu oleh 2 orang enumerator yang telah dilatih sebelumnya agar sesuai dengan kepentingan penelitian ini.
5. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian kepada kepala ruangan yang di jadikan tempat penelitian.
6. Selanjutnya peneliti mulai mengumpulkan data dengan melihat buku administrasi ruangan, sampel yang terpilih akan dilihat data pribadi dan data faktor risiko yang selanjutnya akan dimasukkan kedalam master tabel.
7. Setelah melakukan pengumpulan data, penelitian melakukan terminasi kepada kepala ruangan dan stafnya dengan mengucapkan terimakasih secara

lisan atas kesediaanya memberikan izin dan kooperatif dalam pengumpulan data.

8. Setelah pengumpulan data selesai. Maka selanjutnya memperoleh keterangan telah selesai melakukan penelitian dari RSUD Meuraxa Banda Aceh.

4.5 Pengolahan Data

Seluruh data hasil penelitian diolah dengan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

4.5.1 *Editing* yaitu melakukan pengecekan terhadap hasil penelitian meliputi kelengkapan *check list*. Setelah pengumpulan data, dilakukan penelitian kembali terhadap instrumen pengumpulan data. Data yang berisikan pertanyaan jawaban berdasarkan skala guttmant untuk memastikan semua pertanyaan telah terisi, dapat terbaca dan melihat kekeliruan yang mempunyai kemungkinan mengganggu pengolahan selanjutnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan terhadap seluruh lembaran *check list*, peneliti tidak menemukan ketidak lengkapan pengisian sebab peneliti telah memeriksa segera setelah pengisian dilakukan.

4.5.2 *Coding* yaitu memberi kode jawaban secara angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana. Peneliti memberikan kode pada lembaran *check list* berdasarkan *skala guttmant* yang terdapat pada lembar *check list* untuk memudahkan pengolahan data. Kode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kode responden yang diawali

dengan 1 untuk responden. Setiap jawaban positif akan diberikan nilai 1 dan jawaban negatif diberikan nilai 0.

4.5.3 *Transferring* yaitu memindahkan jawaban responden kedalam bentuk tabel data yang telah diberi kode, peneliti susun secara berurutan mulai dari responden pertama sampai yang terakhir untuk kemudian dimasukkan ke dalam tabel yang sesuai dengan sub variabel yang diteliti.

4.5.4 *Tabulating* yaitu mengelompokkan data berdasarkan kategori yang telah dibuat untuk variabel yang diukur dan ditampilkan kedalam bentuk tabel pada tahap tabulating, peneliti mengelompokkan data berisi pertanyaan skala guttmant berdasarkan kategori yang telah dibuat untuk setiap sub variabel dan selanjutnya dimasukkan kedalam tabel

4.6 Analisis Data

4.6.1 Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti baik variabel terikat (dependen) maupun variabel bebas (independen).

4.6.2 Analisa Bivariat

Untuk mengukur hubungan umur, paritas, kehamilan ganda dan jarak kehamilan dengan kejadian BBLR, akan dilakukan dengan menggunakan tabel silang yang dikenal dengan tabel baris kali kolom ($b \times k$) dengan derajat kebebasan (df) yang sesuai dan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).

Skor diperoleh dengan menggunakan metode statistik *Chi-square test* (χ^2) dengan rumus berikut:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dimana :

O = frekuensi observasi

E = frekuensi harapan

Bila pada tabel 3 x 4 terdapat nilai frekuensi harapan (*expected frequency*) <5 lebih dari 20%, maka dilakukan marger sel (*grouping*) menjadi 3 x 2 atau 2 x 2 dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang sesuai. Jika setelah dilakukan penggabungan sel sehingga membentuk tabel *contingency* 2 x 2 terdapat nilai frekwensi harapan kurang dari 5, maka akan dilakukan upaya koreksi dengan menggunakan formula *yate's correction for continuity*, dengan rumus:

$$\chi^2 = \frac{[(O - e) - (0,5)^2]}{e}$$

Pengujian hipotesa dilakukan dengan kriteria bahwa jika χ^2 hitung < χ^2 tabel maka hipotesa (H_0) diterima dan sebaliknya apabila χ^2 hitung $\geq \chi^2$ tabel maka hipotesa (H_0) ditolak. Perhitungan statistik untuk analisa tersebut dilakukan dengan menggunakan program komputer yaitu SPSS versi 23 maka hasil yang diperoleh diinterpretasikan menggunakan nilai probabilitas dengan keputusan tabel kontigensi 3 x 2 dapat dilihat pada kolom *value* baris *pearson Chi-square*, untuk tabel kontigensi 2 x 2 dimana

tidak terdapat sel yang kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada kolom *asympt. Sig (2-sided)* baris *continuity correction* dan untuk tabel kontigensi 2 x 2 dimana terdapat sel yang kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada baris *fisher's Exact Text* kolom *Exact sig (2-sided)* maka jika *p-value* > 0,05 maka H_0 diterima sedangkan jika *p-value* $\leq 0,05$ H_0 ditolak (Sopiyudin, 2011).

Menurut Sopiyudin (2011) syarat uji *Chi-Square* adalah sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka uji alternatifnya adalah uji *chi-square* untuk tabel 2x2 dengan uji *Fisher* dimana syarat nilai *expected* lebih dari 5, lebih 20% dari jumlah sel. Setelah dilakukan penggabungan akan terbentuk suatu tabel BxK yang baru tersebut.

4.7 Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan akan disajikan secara manual kemudian disajikan dalam bentuk tabular dan tekstular untuk mempermudah bagi pembaca dalam pengambilan kesimpulan.

BAB V

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

5.1. Geografis dan Administratif

5.1 Letak Geografis

RSUD Meuraxa terletak di tepi jalan raya yang membelah 2 kabupaten yaitu Kota Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Besar. Meskipun RS ini merupakan RS rujukan milik pemerintah Kota Banda Aceh, namun berdasarkan data pada tahun 2011, 62% pelanggannya adalah masyarakat yang berdomisili di Kabupaten Aceh Besar sehubungan dengan jarak RS Kabupaten Aceh Besar berkisar 40 km dari pemukiman penduduk Aceh Besar yang berdomisili di sekitar RS Meuraxa. RS ini memiliki lahan seluas 35.000 m² .

5.2 Visi dan Misi RSUD Meuraxa

5.2.1 Visi

Visi RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh adalah “Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Prima Yang Islami”.

5.2.2 Misi

Misi RSUD Meuraxa adalah:

1. Memberikan Pelayanan secara Profesional dan Islami
2. Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
3. Meningkatkan kualitas dan Kesejahteraan SDM
4. Menciptakan Lingkungan dan Budaya Kerja yang Sehat dan Islami

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Bab ini menjelaskan hasil penelitian, uraian dimulai dengan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat menggambarkan secara deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti baik variabel *dependent* maupun *independent* yang meliputi:, paritas, umur, kehamilan kembar, jarak kehamilan, KPD, hidramnion dan peeklampsia/eklampsia.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hipotesis dengan menggunakan uji *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel *independent* (variabel bebas) dengan *variabel dependent* (variabel terikat). Hasil dari pengumpulan data dilapangan yang dilakukan pada tanggal 18 s/d 24 Juni 2020. Subyek penelitian terdiri dari ibu yang pernah melahirkan di RSUD Meuraca (data skunder), selanjutnya dianalisis secara univariat dan bivariat.

Adapun kendala dan hambatan dalam penelitian ini adalah sulitnya mendapatkan izin karena pandemic saat ini, sehingga pihak rumah sakit mengurangi kontak dengan pihak luar. Meski membutuhkan waktu yang agak lama namun pihak rumah sakit bersedia untuk dijumpai dan memberikan izin melakukan penelitian.

6.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel BBLR, paritas, umur, kehamilan kembar dan jarak kehamilan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

6.2.1 BBLR

Tabel 6.1
Distribusi Frekuensi Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Meuraxa
Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	BBLR	n	%
1	BBLR	31	36
2	Tidak BBLR	55	64
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.1 menunjukkan bahwa dari 86 responden, sebagian besarnya melahirkan dengan berat badan normal (tidak BBLR) yaitu sebanyak 55 responden (64%).

6.2.2 Paritas

Tabel 6.2
Distribusi Frekuensi Paritas Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Paritas	n	%
1	Tinggi	40	46,5
2	Rendah	46	53,5
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.2 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar berada pada kategori paritas rendah yaitu sebanyak 46 responden (53,5%).

6.2.3 Umur Ibu

Tabel 6.3
Distribusi Frekuensi Umur Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Umur Ibu	n	%
1	Berisiko	32	37,2
2	Tidak Berisiko	54	62,8
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.3 menunjukkan bahwa dari 86 responden, sebagian besar ibu memiliki usia saat hamil dengan kategori tidak berisiko yaitu sebanyak 54 responden (62,8%).

6.2.4 Kehamilan Ganda

Tabel 6.4
Distribusi Frekuensi Kejadian Kehamilan Ganda di Rumah Sakit Umum
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Kehamilan Ganda	N	%
1	Ya	18	20,9
2	Tidak	68	79,1
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.4 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar tidak melahirkan bayi kembar yaitu sebanyak 68 responden (79,1%)

6.2.5 Jarak Kehamilan

Tabel 6.5
Distribusi Frekuensi Jarak Kehamilan Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit
Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Jarak Kehamilan	n	%
1	Berisiko	36	41,9
2	Tidak Berisiko	50	58,1
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.4 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar ibu memiliki jarak kehamilan yang tidak berisiko yaitu sebanyak 50 responden (58,1%).

6.2.6 Ketuban Pecah Dini

Tabel 6.6
Distribusi Frekuensi Ketuban Pecah Dini pada Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Ketuban Pecah Dini	n	%
1	Ya	6	7
2	Tidak	80	93
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.6 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar ibu tidak mengalami ketuban pecah dini yaitu sebanyak 80 responden (93%).

6.2.7 Hidramnion

Tabel 6.7
Distribusi Frekuensi Hidramnion pada Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Hidramnion	n	%
1	Ya	14	16,3
2	Tidak	72	83,7
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.7 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar ibu tidak mengalami hidramnion yaitu sebanyak 72 responden (83,7%).

6.2.8 Pre Eklampsia/Eklampsia

Tabel 6.8
Distribusi Frekuensi Pre Eklampsia/Eklampsia pada Ibu yang Melahirkan di Rumah Sakit Umum Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

No	Pre Eklampsia/Eklampsia	n	%
1	Ya	9	10,5
2	Tidak	77	89,5
	Total	86	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Berdasarkan tabel 6.8 menunjukkan bahwa dari 86 responden sebagian besar ibu tidak mengalami pre eklamisa/eklampsia yaitu sebanyak 50 responden (58,1%).

6.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara paritas, umur, kehamilan kembar dan jarak kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019. Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* (χ^2) dan dinyatakan bermakna apabila P value < 0,05.

6.3.1 Hubungan Paritas Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.9
Hubungan Paritas Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Paritas	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Tinggi	25	62,5	15	37,5	40	100	0,001
Rendah	6	13	40	46,5	46	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.9 menunjukkan bahwa proporsi kejadian BBLR pada kategori paritas tinggi lebih besar (62,5%) dibandingkan dengan kategori rendah (13%). Sebaliknya proporsi ibu melahirkan yang tidak mengalami BBLR pada kategori paritas rendah lebih besar (46,5%) dibandingkan dengan kategori paritas tinggi (37,5%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR.

6.3.2 Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.10
Hubungan Usia Ibu Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa
Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Usia Ibu	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Berisiko	19	59,4	13	40,6	32	100	0,001
Tidak Berisiko	12	22,2	42	77,8	54	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.10 menunjukkan bahwa proporsi kejadian BBLR dengan usia ibu berisiko lebih besar (59,4%) dibandingkan dengan kategori tidak berisiko (22,2%). Sebaliknya proporsi elahiran normal (tidak BBLR) dengan usia ibu tidak berisiko lebih besar (77,8%) dibandingkan dengan kategori berisiko (40,6%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan usia ibu dengan kejadian BBLR.

6.3.3 Hubungan Kehamilan Kembar Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.11
Hubungan Kehamilan Kembar Dengan Kejadian BBLR di RSUD Meuraxa
Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Kehamilan Kembar	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Ya	17	94,4	1	5,6	18	100	0,001
Tidak	14	20,6	54	79,4	68	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.11 menunjukkan bahwa proporsi kejadian BBLR dengan status kehamilan kembar lebih besar (94,4%) dibandingkan dengan kategori tidak kembar (20,5%). Sebaliknya proporsi bayi yang tidak mengalami BBLR dengan kehamilan normal lebih besar (79,4%) dibandingkan dengan kehamilan kembar (5,6%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan kehamilan kembar dengan kejadian BBLR.

6.3.4 Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.12
Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR di RSUD
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Jarak Kehamilan	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Berisiko	19	52,8	17	47,2	36	100	0,006
Tidak Berisiko	12	24	38	76	50	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.12 menunjukkan bahwa proporsi ibu yang melahirkan anak dengan BBLR dengan jarak kehamilan berisiko lebih besar (52,8%) dibandingkan

dengan kategori tidak berisiko (24%). Sebaliknya proporsi bayi yang tidak mengalami BBLR dengan jarak kehamilan tidak berisiko lebih besar (76%) dibandingkan dengan kategori berisiko (47,2%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,006 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan jarak kehamilan dengan kejadian BBLR.

6.3.5 Hubungan Ketuban Pecah dini Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.13
Hubungan Ketuban Pecah Dini Dengan Kejadian BBLR di RSUD
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Ketuban Pecah Dini	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Ya	5	83,3	1	16,7	6	100	0,021
Tidak	26	32,5	54	67,5	80	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.13 menunjukkan bahwa proporsi ibu yang melahirkan anak BBLR dengan kasus ketuban pecah dini lebih besar (83,3%) dibandingkan dengan kategori tidak ketuban pecah dini (24%). Sebaliknya proporsi bayi yang tidak mengalami BBLR dengan kondisi ketuban normal (tidak ketuban pecah dini) (67,5%) dibandingkan dengan kategori ketuban pecah dini (32,5%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,021 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR.

6.3.6 Hubungan Hidramnion Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.14
Hubungan Hidramnion Dengan Kejadian BBLR di RSUD
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Hidramnion	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	n	%	N	%	
Ya	13	92,9	1	7,1	14	100	0,001
Tidak	18	25	54	46	72	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.14 menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memiliki anak dengan kejadian BBLR dengan kasus hidramnion berisiko lebih besar (92,9%) dibandingkan dengan kategori tidak berisiko (7,1%). Sebaliknya proporsi bayi yang tidak mengalami BBLR dengan tidak mengalami hidramnion berisiko lebih besar (46%) dibandingkan dengan kategori mengalami hidramnion (25%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,000 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan hidramnion dengan kejadian BBLR.

6.3.7 Hubungan Pre Eklampsia/Eklampsia Dengan Kejadian BBLR

Tabel 6.15
Hubungan Pre Eklampsia/Eklampsia Dengan Kejadian BBLR di RSUD
Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019 (n=86)

Pre Eklampsia/Eklampsia	BBLR				Total		P Value
	BBLR		Tidak BBLR				
	n	%	N	%	N	%	
Ya	8	88,9	1	11,1	9	100	0,001
Tidak	23	29,9	54	70,1	77	100	
Total	31		55		86	100	

Sumber: Data Skunder (diolah) 2020

Tabel 6.15 menunjukkan bahwa proporsi bayi yang mengalami BBLR dengan kasus preeklampsia/eklampsia berisiko lebih besar (88,9%) dibandingkan dengan kategori tidak berisiko (11,1%). Sebaliknya proporsi bayi yang tidak mengalami BBLR dengan kasus preeklampsia/eklampsia tidak berisiko lebih besar (70,1%) dibandingkan dengan kategori berisiko (29,9%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 sehingga (H_0) ditolak yang berarti ada hubungan preeklampsia/eklampsia dengan kejadian BBLR

6.4 Pembahasan

6.4.1 Hubungan Paritas dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,000$.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Maryunani (2013), yang mengatakan adapun faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR diantaranya adalah usia ibu, jarak kehamilan, paritas, masa gestasi, kurang gizi saat hamil, hipertensi, perokok, hamil ganda, hidramnion, pekerjaan yang melelahkan.

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu yang mempunyai bayi yang dilahirkan. Semakin sering ibu hamil dan melahirkan, semakin dekat jarak kehamilan dan kelahiran, elastisitas uterus semakin terganggu, akibatnya uterus tidak berkontraksi secara

sempurna dan mengakibatkan perdarahan pasca kehamilan dan kelahiran prematur atau BBLR (Ernawati, 2016).

Hasil penelitian Purwaningsih (2017) yang dilakukan di Puskesmas Mergangsan Yogyakarta menunjukkan hasil yang sama dengan penelitian ini dimana hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan paritas dengan kejadian BBLR, dimana ibu dengan paritas 1 dan >3 berisiko melahirkan BBLR sebesar 1,96 kali dibandingkan dengan paritas 2-3.

Begitu pula dengan penelitian Wahyuningrum (2016), dimana hasil penelitian didapatkan sebagian besar bayi yang lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 73 bayi (57,0%), bayi dengan Berat Badan Lahir Normal (BBLN) sebanyak 54 bayi (42,2%) serta bayi dengan Berat Badan lahir Lebih (BBL) sebanyak 1 bayi (0,8%) dengan nilai signifikansi 0,05 ($p < \alpha$).

Berdasarkan hasil penelitian diatas adapun pendapat penulis terhadap hasil penelitian adalah berkaitan dengan paritas tidak beresiko tetapi melahirkan bayi BBLR hal ini disebabkan faktor lain seperti kurangnya asupan gizi, kurangnya zat besi yang menyebabkan responden anemia yang dapat menyebabkan BBLR. Sedangkan responden yang mempunyai paritas tidak beresiko melahirkan BBLN karena secara fungsi organ telah siap dalam menjaga kehamilan dan menerima kehadiran janin, keterampilan ibu untuk melaksanakan perawatan diri dan bayinya

6.4.2 Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,001$.

Secara garis besar, BBLR dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor maternal dan faktor janin. Faktor maternal yang mempengaruhi kejadian BBLR adalah usia ibu saat hamil (<20 tahun atau >35 tahun dan jarak persalinan dengan kehamilan terlalu pendek), keadaan ibu (riwayat BBLR sebelumnya, bekerja terlalu berat, sosial ekonomi, status gizi, perokok, mengguna obat terlarang, alkohol) dan ibu dengan masalah kesehatan (anemia berat, pre eklamsi, infeksi selama kehamilan), sedangkan faktor bayi (cacat bawaan dan infeksi selama dalam kandungan). Usia, paritas, jarak kehamilan, penambahan berat badan, anemia, dan pre eklamsi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap BBLR (Sulistyorini, dkk, 2014).

Hal itu juga sesuai dengan teori yang terdapat dalam Sistriani (2013), umur yang baik bagi ibu untuk hamil adalah 20-35 tahun. Kehamilan di bawah umur 20 tahun atau lebih 30 tahun merupakan kehamilan yang beresiko tinggi. Kehamilan pada usia muda merupakan faktor resiko karena pada umur <20 tahun kondisi ibu masih dalam pertumbuhan sehingga asupan makanan lebih banyak digunakan untuk mencukupi kebutuhan ibu. Sedangkan kehamilan lebih dari 35 tahun organ reproduksi kurang subur serta memperbesar resiko kelahiran dengan kelainan konginetal dan beresiko untuk mengalami kelahiran

prematur.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Yanti dkk (2013), dimana hasil penelitian menunjukkan diperoleh 3 faktor resiko yang dapat mempengaruhi kejadian BBLR di bawah normal di RSUP H. Adam Malik Medan yaitu faktor dalam diri ibu (36,854%), faktor sosial ekonomi (17,274%), dan faktor status gizi 15,688%). Dari ketiga faktor yang diperoleh memberikan proporsi keragaman kumulatif sebesar 69,816% ini berarti ketiga faktor tersebut dapat mempengaruhi pada resiko BBLR di bawah normal sekitar 69,816% dan sisanya dapat dipengaruhi faktor-faktor lainnya yang tidak teridentifikasi oleh model penelitian.

Begitu pula dengan penelitian Nurhayati (2020), dimana berdasarkan hasil analisis statistik diperoleh nilai OR = 1,940. Ini berarti bahwa kelompok umur risiko tinggi dalam penelitian ini yang secara reproduktif masih merupakan faktor yang memberi risiko 1,940 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan kelompok umur risiko rendah.

Berdasarkan hasil penelitian diatas adapun pendapat penulis terhadap hasil penelitian adalah umur ibu <20 dan > 35 tahun ada kecenderungan atau mempunyai peluang untuk melahirkan BBLR. Hal ini dikarenakan pada ibu yang terlalu muda di mana kondisi rahim sebagai tempat perlindungan janin belum siap untuk menerima pertumbuhan dan perkembangan janin. Begitu pula dengan umur ibu yang terlalu tua, kondisi rahim sudah tidak sehat lagi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan, sehingga memiliki

peluang lebih besar melahirkan bayi dengan gangguan tertentu salah satunya adalah BBLR.

6.4.3 Hubungan Kehamilan kembar dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara kehamilan ganda dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,000$.

Ibu memerlukan asupan nutrisi lebih banyak dibanding saat tidak sedang hamil. Jika janin dalam kandungan ibu kembar (gemelli), tentu kebutuhan nutrisi ini akan lebih banyak lagi. Apabila ibu tidak memenuhi kebutuhan nutrisi ini dengan konsumsi variasi makanan dan minuman kaya gizi, janin memang lebih berisiko mengalami BBLR (berat badan lahir rendah) (Saffira, 2020).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Manuaba (2012), yang mengatakan bahwa berat badan janin bayi kembar lebih ringan dari pada janin pada kehamilan tunggal. Berat badan satu janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan dari pada kehamilan tunggal. Kehamilan ganda juga dapat menyebabkan komplikasi kehamilan pada trimester kedua dan ketiga yang berhubungan dengan janin seperti IUGR, pertumbuhan prematuritas, terjadi anomaly pertumbuhan, juga dapat membuat janin kecil sampai meninggal.

Hal ini juga didukung dengan hasil penelitian Oktaviani (2017) yang menyatakan bahwa kehamilan ganda memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR dengan nilai $p = 0,000$. Pada penelitian ini diketahui bahwa

sebagian besar responden yang melahirkan di RSUD penembahan Lampung adalah tidak hamil ganda sebanyak 147 orang (84,5%), hal ini disebabkan karena tidak semua responden yang diteliti memiliki faktor predisposisi hamil ganda.

Begitu pula dengan hasil penelitian Indah (2020), Data penelitian ini didapatkan hasil bahwa usia ibu memiliki p value = 0,07, paritas memiliki p value = 0,03, jarak kelahiran memiliki nilai p value = 0,01, OR = 1,77, usia kehamilan memiliki nilai p value = 0,00, OR = 21,76, anemia memiliki nilai p value = 1,00, preeklampsia memiliki nilai p value = 0,00, OR = 23,74, dan *gemelli* memiliki nilai p value = 0,000. OR = 10,46.

Pendapat peneliti terhadap hasil penelitian ini adalah Rahim ibu memiliki batasan kapasitas untuk menampung janin yang dikandungnya, sehingga jika janin lebih dari satu kemungkinan memiliki berat badan lahir normal sangat kecil. Hal ini disebabkan oleh jumlah asupan yang harus terbagi menjadi 2, selain itu ruang Rahim yang kecil juga memaksa janin untuk menyesuaikan berat badannya. Hal inilah mendasari adanya hubungan kehamilan ganda dengan BBLR.

6.4.4 Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara jarak kehamilan dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,006$.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Fikawati (2015) yang mengatakan bahwa terdapat beberapa penyebab terjadinya BBLR diantaranya adalah ibu hamil mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK),

mengalami anemia, kurangnya suplai zat gizi ibu hamil, paritas ibu atau jumlah anak yang dilahirkan ibu dan jarak kelahiran antara anak yang satu dengan selanjutnya, umur ibu (< 20 tahun atau > 35 tahun tergolong dalam resiko tinggi) serta tingi badan ibu. Bayi dengan BBLR dibutuhkan penanganan serius, karena pada kondisi tersebut bayi mudah mengalami hipotermi dan belum sempurna pembentukan organ tubuhnya sehingga rentan mengalami kematian.

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik. Ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Manuaba, 2012).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Ferinawati (2020), dimana dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara paritas dengan kejadian BBLR (nilai p 0,01), tidak ada hubungan antara jarak kehamilan dengan kejadian BBLR (nilai p 1,00), ada hubungan antara usia ibu dengan kejadian BBLR (nilai p 0,017).

Begitu pula dengan hasil penelitian Indah (2020), Data penelitian ini didapatkan hasil bahwa usia ibu memiliki p value = 0,07, paritas memiliki p value = 0,03, jarak kelahiran memiliki nilai p value = 0,01, OR = 1,77, usia kehamilan memiliki nilai p value = 0,00, OR = 21,76, anemia memiliki nilai p value = 1,00,

preeklampsia memiliki nilai p value = 0,00, OR = 23,74, dan *gemelli* memiliki nilai p value = 0,000. OR = 10,46.

Asumsi penulis terhadap hasil penelitian ini adalah ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor risiko diantaranya plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Hal tersebut mendukung hasil penelitian yang menunjukkan bahwa ada hubungan faktor jarak hamil terhadap kejadian BBLR, berarti faktor jarak hamil terbukti sebagai salah satu faktor kejadian BBLR.

6.4.5 Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara ketuban pecah dini dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,021$.

Ketuban dinyatakan pecah sebelum waktunya bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban Pecah Dini (KPD) disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran yang diakibatkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Pada persalinan normal selaput ketuban biasanya pecah atau di pecahkan setelah pembukaan lengkap, apabila ketuban pecah dini, merupakan masalah yang penting dalam obstetri yang berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi ibu (Proverawati, 2011).

Indrasari (2017), mengatakan bahwa BBLR dapat terjadi akibat ketuban pecah dini yaitu keluarnya cairan jernih dari vagina pada kehamilan lebih dari 20 minggu sebelum proses persalinan berlangsung. Hal ini dapat mempengaruhi kondisi janin. Bila usia kehamilan belum cukup bulan, namun ketuban sudah pecah sebelum waktunya maka hal tersebut dapat mengakibatkan kelahiran prematur sehingga bayi yang dilahirkan beresiko untuk BBLR.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Sari (2020), hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna/signifikan antara Anemia dengan BBLR yaitu dengan nilai $p\text{-value} = 0,002$, berdasarkan analisis bivariat dengan uji statistic Chi-square menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna/signifikan antara Hidramnion terhadap BBLR dengan nilai $p\text{-value } 0,033 < \alpha = 0,05$ dan berdasarkan analisis bivariat dengan uji statistic Chi-square menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna / signifikan antara KPD dengan BBLR dengan nilai $p\text{-value} = 0,002$.

Begitu pula dengan hasil penelitian Dhirah dkk (2020), dimana nalisa univariat didapatkan yaitu umur berisiko 22 responden (52,4%), paritas primipara/multipara 29 responden (69,0%), tidak ada komplikasi kehamilan 24 responden (57,1%), dan tidak ada hamil kembar 33 responden (78,6%). Analisa bivariat yaitu ada hubungan umur ($P\text{-value}=0,031$, $OR=5,000$), paritas ($P\text{-value}=0,026$, $OR=5,667$), komplikasi kehamilan ($P\text{-value}=0,029$, $OR=4,200$), dan hamil kembar ($P\text{-value}=0,044$, $OR = 2,400$) dengan kejadian BBLR.

Pendapat peneliti terhadap hasil penelitian ini adalah, jika ketuban pecah dini terjadi pada usia dibawah 32 minggu maka kemungkinan besar bayi akan lahir dengan berat badan lahir rendah, mengingat trimester ke III adalah masa pembentukan otot bagi bayi sehingga berat sangat ditentukan pada masa ini. Hal inilah yang mendasari bayi berat badan lahir rendah pada kasus kelahiran dengan ketuban pecah dini.

6.4.6 Hubungan Hidramnion dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara hidramnion dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,000$.

Hidramnion merupakan kelebihan cairan amniotik sebanyak 2000ml. Kejadian hidramnion dalam kehamilan sering berkaitan dengan malformasi janin, terutama pada kelainan susunan saraf pusat dan saluran pencernaan. Selain itu, tekanan pada organ-organ di dalam dan disekitar usus sangat merenggang. Perenggangan berlebihan tersebut dapat menyebabkan dispnea berat, dan pada kasus yang ekstrem ibu dengan hamil hidramnion hanya dapat bernafas sewaktu dalam posisi duduk. Oleh karena itu, ibu hamil dengan hidramnion dapat menyebabkan bayi lahir dengan BBLR (Oxcom and William, 2012).

Menurut Prawirohardjo dalam Triana (2014) menjelaskan bahwa hidramnion merupakan kehamilan dengan jumlah air ketuban >2 liter. Hal ini terjadi bila produksi air ketuban bertambah serta dikarenakan terganggunya pengaliran air ketuban. Akibat dari berlebihnya cairan ketuban menyebabkan perenggangan maksimal pada kehamilan

sebelum aterm sehingga ibu dapat melahirkan secara premature, yang berdampak pada bayinya (bayi lahir dengan berat badan rendah).

Menurut Indrasari (2017), Kondisi ibu hamil dengan hidramnion biasanya terjadi pada kehamilan ganda. Hidramnion yang kadang-kadang disebut polihidramnion merupakan keadaan cairan amnion yang berlebihan. Hidromnion dapat menimbulkan persalinan sebelum kehamilan 28 minggu, sehingga dapat menyebabkan kelahiran prematur dan dapat meningkatkan kejadian BBLR.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari (2020), hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna/signifikan antara Anemia dengan BBLR yaitu dengan nilai $p\text{-value} = 0,002$, berdasarkan analisis bivariat dengan uji statistic Chi-square menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna/signifikan antara Hidramnion terhadap BBLR dengan nilai $p\text{-value}$ $0,033 < \alpha = 0,05$ dan berdasarkan analisis bivariat dengan uji statistic Chi-square menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna / signifikan antara KPD dengan BBLR dengan nilai $p\text{-value} = 0,002$.

Pendapat peneliti terhadap hasil penelitian ini adalah, ibu dengan kasus hidramnion akan memiliki keregangan Rahim yang maksimal, kondisi ini dapat menyebabkan kontraksi pada rahim sehingga ibu dapat melahirkan sebelum waktunya, selain itu kasus ini juga banyak dijumpai pada ibu dengan kehamilan gamely, dimana kebutuhan asupan yang harus dibagi untuk beberapa janin, ditambah dengan keregangan maksimal yang merangsang kontraksi sehingga risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah menjadi lebih tinggi. Hal

inilah yang diduga menjadi alasan terdapat hubungan antara hidramnion dengan kejadian BBLR.

6.4.7 Hubungan Preeklampsia/eklampsia dengan Kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara preeklampsia/eklampsia dengan BBLR pada ibu yang melahirkan di RSUD Meuraxa pada tahun 2019 dengan $p = 0,001$.

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Saifuddin (2012), yang menyatakan bahwa kenaikan tekanan darah merupakan penyebab terjadinya pre eklampsia / eklampsia. Pre eklampsia / eklampsia muncul di saat hipertensi di sertai dengan udem ekstremitas kadang di sertai proteinuria. Pada ibu dengan preeklampsia / eklampsia terjadi perubahan fisiologi plasenta dan uterus yaitu menurunnya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan penyaluran nutrisi dan oksigen ke janin menjadi terganggu. Hal ini menyebabkan janin kekurangan oksigen dan nutrisi sehingga dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin, komplikasi buruk yang terjadi yaitu gawat janin, asfiksia, partus prematurus, melahirkan BBLR dan kematian janin.

Pre-eklampsia dan Eklampsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau IUGR dan kelahiran mati. Hal ini disebabkan karena Pre-eklampsia/Eklampsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya perkapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang (Proverawati, 2011).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Setiati (2017) dimana analisis data dengan distribusi frekuensi dan bivariat menggunakan uji Chi Square. Usia ($p = 0,021$), hipertensi ($p = 0,049$), paritas ($p = 0,024$), perdarahan antepartum ($p = 0,049$), eklampsia ($p = 0,049$), ruptur prematur ($p = 0,031$) dikaitkan dengan rendah Berat lahir. Anemia ($p = 0,737$) asma bronkial ($p = 0,362$), riwayat berat lahir rendah ($p = 0,554$), jarak kelahiran ($p = 0,680$), plasenta previa ($p = 0,258$) tidak berhubungan dengan berat lahir rendah. Usia, hipertensi, paritas, perdarahan antepartum, eklampsia dan ruptur prematur berhubungan dengan berat lahir rendah.

Begitu pula dengan penelitian Kristiningtyas (2020), Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu (54,2%) berusia antara 20 hingga 35 tahun. Terbanyak (52,8%)ibu memiliki riwayat penyakit. Sebagian besar (60,5%) riwayat penyakit menyertai riwayat penyakit ibu kehamilan adalah anemia. Sebagian besar ibu (51,4%) bayinya tidak mengalami BBLR. Terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu dan kejadian BBLR ($p = 0,002$) dan ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit ibu (eklampsia) dengan kejadian BBLR di RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri ($p = 0,004$) dengan OR = 4,615.

Pendapat peneliti terhadap hasil penelitian ini adalah, kasus preeklampsia/eklampsia dapat menyebabkan kematian, sehingga upaya menyelamatkan nyawa ibu dan janin menjadi prioritas utama meski harus mengakhiri usia kehamilan sebelum waktunya. Selain itu ibu dengan preeklampsia/eklampsia memiliki gangguan suplai makanan kejanin sehingga

biasanya janin yang dilahirkan akan memiliki berat yang rendah. Hal inilah yang diduga menjadi dasar adanya hubungan preeklampsia/eklampsia dengan kejadian BBLR.

6.5 Kelemahan Penelitian

Peelitian ini dilakukan pada masa pandemic covid 19, dimana rumah sakit sempat ditutup sehingga peneliti harus menunda penelitian. Saat kondisi sudah mulai membaik, peneliti diizinkan untuk melakukan penelitian dengan ketentuan yang diatur oleh pihak rumah sakit seperti pembatasan waktu, dimana waktu penelitian di mulai dari jam 09.00 WIB sampai dengan jam 14.00 WIB. Hal ini dilakukan dengan alasan penelitian dimulai saat sudah pertukaran sif pagi dan sebelum waktu waktu pelaporan sift siang, ini dilakukan untuk mengurangi kontak dengan petugas kesehatan. Kondisi inilah yang menjadi alasan penelitian ini hanya menggunakan data Desember 2019 sebagai sampel penelitian.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan mengetahui hubungan antara paritas, umur, kehamilan kembar, jarak kehamilan, KPD, hidramnion dan preeklampsia/eklampsia dengan kejadian BBLR di RSUD Meuraxa Banda Aceh Tahun 2019., maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Terdapat hubungan sangat bermakna antara paritas dengan BBLR dengan $p = 0,001$
- 7.1.2 Tidak terdapat hubungan bermakna antara umur ibu dengan BBLR dengan $p = 0,001$
- 7.1.3 Terdapat hubungan sangat bermakna antara kehamilan kembar dengan BBLR dengan $p = 0,001$
- 7.1.4 Terdapat hubungan bermakna antara jarak kehamilan dengan BBLR dengan $p = 0,006$
- 7.1.5 Terdapat hubungan bermakna antara ketuban pecah dini dengan BBLR dengan $p = 0,021$.
- 7.1.6 Terdapat hubungan sangat bermakna antara hidramnion dengan BBLR dengan $p = 0,001$.
- 7.1.7 Terdapat hubungan sangat bermakna antara preeklampsia/eklampsia dengan BBLR dengan $p = 0,001$

7.2 Saran

- 7.2.1 Diharapkan bagi masyarakat dengan faktor resiko tinggi seperti usia <20 atau >35 tahun, dengan jarak kehamilan < 2 tahun, terutama dengan kehamilan kembar untuk dapat menambah wawasan dan informasi mengenai kehamilan yang sehat dengan cara berkonsultasi dan memeriksakan kehamilannya sesuai dengan standar *antenatal care* yang telah ditetapkan oleh pemerintah, sehingga dapat mencegah bayi lahir dengan berat badan lahir rendah.
- 7.2.2 Diharapkan bagi institusi pendidikan khususnya pada pembaca dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai informasi khususnya mengenai faktor risiko penyebab terjadinya BBLR sehingga dapat melakukan skrining dengan melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin.
- 7.2.3 Diharapkan kepada pihak rumah sakit Meuraxa untuk dapat membentikam informasi berupa standing banner maupun bentuk informasi lainnya yang berkaitan dengan janin khususnya dengan bayi berat lahir rendah.
- 7.2.4 Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat meneliti lebih lanjut tentang BBLR dengan desain penelitian yang berbeda, sampel yang lebih besar serta variabel yang lebih komplit.

DAFTAR PUSTAKA

- Angus D, Linde-Zwirble W, Clermont G, Griffin M, Clark R. ***Epidemiology Of Neonatal Respiratory Failure In The United States***. Am J Respir Crit Care Med 2011. 164:1154-60.
- Brough, L, Rees, G.A., Craford, A.M. ***Effect of Multiple-Micronutrient Supplementation on Maternal Nutrient Status, Infant Birth Weight and Gestational Age At Birth in A Low-Income, Multhi Etnic Population***. British Journal of Nutrition. 104: 437 445. 2013.
- Budiman, A Riyanto, J Juhaeriah. ***Faktor Ibu Yang Berhubungan Dengan Berat Badan Bayi Lahir Di Puskesmas Garuda Tahun 2010***. Jurnal Kesehatan Kartika 2011; 5(3).
- Departemen kesehatan RI. ***Pedoman Pelayanan Kesehatan Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Dengan Perawatan Metode Kanguru Di Rumah Sakit Dan Jejaringnya***. Departemen Kesehatan Jakarta. 2011.
- Depkes RI. ***Rencana Strategi Departemen Kesehatan RI***. Depkes: Jakarta. 2018.
- Dinkes Prov Aceh. ***Data Statistik Dinas Kesehatan Nanggroe Aceh Darussalam***. Banda Aceh. 2018.
- Dhirah., Ulviara., Rosdiana., Marniati. ***Determinan Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Umum Daerah Zainoel Abidin Banda Aceh***. Jurnal Of Health Care Technology and Madicine. Vol 6. No.2. 2020
- Effendy, N. ***Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat***. Jakarta: EGC. 2018.
- Ernawati. ***Hubungan Faktor Umur Ibu Dan Paritas Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Rumah Sakit Umum Pku Muhammdiyah Bantul Tahun 2016***. <http://digilib.unisayogya.ac.id>. 2016.
- Ester, M. ***Perawatan Bayi Resiko Tinggi***. Jakarta: EGC. 2013.
- Festy P. ***Analisis Faktor Resiko Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Kabupaten Sumenep***. Jurnal Ilmu Kesehatan Health Sciences 2011; 7(1).

Fewrinawati. **Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bblr Di Wilayah Kerja Puskesmas Jeumpa Kabupaten Bireuen.** Journal of Healthcare Technology and Medicine Vol. 6 No. 1 April 2020.

Field D. **Alternative Strategies For The Management Of Respiratory Failure In The Newborn – Clinical Realities.** Semin neonatol 2012. 2(7). 429-36.

Fikawati. S. **Gizi Ibu dan Bayi.** Jakarta: PT Rajagrafindo Persada. 2015.

Indah. F. N. **Faktor-Aktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).** Jurnal Ilmiah Keperawatan. Vol. 8 No. 1. Januari 2020.

Indiarti, M.T. **Panduan Terbaik A-Z Kehamilan Persalinan dan Perawatan Bayi.** Yogyakarta; Indoliterasi. 2015.

Indrasari., N. 2017. **Faktor Resiko Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).** Jurnal Keperawatan, Volume VIII, No. 2.

Ismawati, & Proverawati. **Berat Bayi Lahir Rendah.** Yogyakarta : Nuha Medika. 2012.

Jitowiyono, S., Kristiyanasari, W. **Asuhan Keperawatan Neonatus Dan Anak.** Nuha Medika. Cetakan I: Jakarta. 2013

Jumarni dkk. **Asuhan Keperawatan Perinatal, cetakan I.** Jakarta: EGC. 2014.

Kalaivani, K., **Prevalence & Consequences of Anemia in Pragnancy.,** 2013, pp.627-633.

Kemenkes RI. **Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019.** Jakarta: Kemenkes RI. 2015.

Kumar KJ, Asha N, Murthy DS, Sujatha MS, et al. **The Micronutrient Level in the third trimester of Pregnancy and the Assesment of Neonatal.** International Journal of Preventive Medicine. 2016; 5(2)

Krauss M, Patricia A., Laura J. **Maternal Age And Risk Of Labor And Delivery Complication Maternal And Child.** J Health. 1:1202–1211. 2015.

Lubis. **Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi Yang Dilahirkan.** Jakarta: Sugeng Seto. 2012.

Manuaba. **Ilmu Kebidanan.** Jakarta: Pustaka YBP. 2012.

Maryunani, A. ***Asuhan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)***. Jakarta : CV.Trans Info Media. 2013.

Mochtar. ***Sinopsis Obstetri***. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 2012.

Monica. ***Perawatan Bayi Resiko Tinggi***. Jakarta: EGC. 2013.

Notobroto, Ika. ***Bayi dengan BBLR***. Yogyakarta: Nuha Medika. 2014

Nugrahini., Maharrani, T., Yunita. ***Hubungan Usia, Paritas Dengan Ketuban Pecah Dini Di Puskesmas Jagir Surabaya*** Jurnal Surabaya: Poltekkes Kemenkes Surabaya, 2017. Vol. VIII.

Nurhayati. ***Faktor Risiko Umur, Paritas, dan Lingkar Lengan Atas Ibu Hamil terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah***. 2020. Window of Midwifery Journal Vol. 01 No. 01 (Juni, 2020) : 31-38.

Nurseha, A. Z. B. ***Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR***. J Health. 4:250–257. 2017

Ohlsson, A., dan Shah, P. ***Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of The Evidence***. Canada: Institute of Health Economics. 2016

Oktaviani, ET. ***Hubungan Usia, Paritas Dan Kehamilan Ganda Dengan Kejadian BBLR di RSUD Abdoel Moeloek Provinsi Lampung Pada Tahun 2016***. Jurnal Kesehatan Akbid Wira Buana, 7-16. 2017.

Oxom, H & William. ***Ilmu Kebidanan, Patologi dan Fisiologi Persalinan***. Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika. 2012.

Pantiawati, I. ***Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah***. Yogyakarta: Nuha Medika. 2016.

Perinasia. ***Metode Kangguru***. Jakarta: EGC. 2013.

Prawirohardjo. ***Ilmu Kebidanan***. Jakarta: YBP. 2012.

Proverawati, A., Maisaroh. ***Anemia Dan Ansemia Kehamilan***. Yogyakarta: Nuha Medika. 2011.

Purwaningsih, A. P. ***Hubungan Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta Tahun 2017.*** Stikes Aisyiyah Yogyakarta. <http://opac.unisayogya.ac.id>

Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa. ***Data Statistik Rumah Sakit.*** Banda Aceh. 2018.

Saffira, A. N. ***Luaran Maternal Dan Neonatal Pada Kehamilan Gemelli di RSUP DR. Kariadi Semarang.*** Jurnal Kedokteran Diponegoro. 9 (2). 140-147.

Saifuddin, AB. ***Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal.*** Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2012.

Sari. J. P. ***Hubungan Anemia Pada Ibu Hamil, Hidramnion, Dan Ketuban Pecah Dini (Kpd) Terhadap Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (Bblr) Di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang Tahun 2018.*** Masker Medika. Vol. 8. No.1. 2020.

Sastrawinata, S. ***Obstetri Patologi.*** Jakarta : EGC. 2015.

Setiati, A. R. ***Faktor yang Mempengaruhi Kejadian BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Ruang Perawatan Intensif Neonatus Rsud Dr Moewardi Di Surakarta.*** Jurnal Keperawatan Global. Volume 2. No1. 1-6. 2017.

Sistriani, C, Astuti. 2013. ***Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal yang beresiko terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Studi pada ibu yang periksa Hamil ke Tenaga Kesehatan dan Melahirkan di RSUD Banyumas.*** Tesis FKM. Universitas Diponegoro.

Sitorus, RH. ***Pedoman Perawatan Kesehatan Ibu dan Janin Selama Kehamilan.*** Bandung: CV Pionir Jaya Bandung. 2014.

Smith. G. C., Pell. J. P., Dobby, R. ***Interpregnancy Interval anda Risk of Pretern Birth anda Neonatal Birth.*** Retrispective kohort Study. BMJ. Aug 9;327 – 13.P.W., 2014.

Soetjoningsih. ***Tumbuh Kembang Anak.*** Jakarta: EGC. 2013.

Sopiyudin M. ***Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel.*** Jakarta: Salemba Medika. 2011.

- Sugiono. **Metodel Pendidikan Pendekatan Kuantitatif**. Bandung: ALFBETA. 2012.
- Sulistiyorini, dewi, dkk. **Analisis Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Bblr Di Puskesmas Perkotaan Kabupaten Banjarnegara**. 2014.
- Susilowati, E., Wilar, R., dan Salendu, P. **Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian berat badan lahir rendah pada neonatus yang dirawat di rsup prof. Dr. R. D. Kandou periode januari 2015-juli 2016**. Jurnal. Jurnal e-Clinic (eCI), Volume 4, Nomor 2. 2016.
- Tirta, A., Dewiarti, A., & Wahyuni, A. **Relationships between Parity and Age of Pregnant Women with Infant Birth Weight in Puskesmas Kota Karang Bandar Lampung in 2012**. Juke Kedokteran Unila. 2:1–8.
- Theressa O, Scholl, Reilly T. **Anaemia, Iron, and Pregnancy Outcomes**. The American Journal Society for Natural Sciences. 2012.
- Triana. **Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau**. Jurnal Kesehatan Komunitas. 2 (5). 193-198.
- Wahyuningrum. **Hubungan Paritas Dengan Berat Bayi Lahir Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto**. 2016. Midwifery Journal. Vol. 1 ; No.2.
- Wiknjosastro. **Ilmu Kebidanan**. Jakarta: Pustaka YBP. 2012.
- World Health Organization (WHO). **Development of a strategy towards promoting optimal fetal growth**. Available from: <http://www.who.int/nutrition>. Last update: January 2017 [diakses pada tanggal 10 Mei 2018].
- Yanti, Siti Andri, Agus Salim Harahap, Suwarno Ariswoyo. **Analisis Faktor Resiko pada Kejadian Berat Badan Lahir Di Bawah Normal Di RSUP H. Adam Malik Medan**. Medan. 2013.
- Zaenab. **Beberapa Faktor resiko kejadian BBLR di Rumah Sakit Al Fatah Ambon Periode Januari-Desember**. Skripsi. RS Al Fatah Ambon. 2012

Frequencies
Frequency Table

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	40	46.5	46.5	46.5
	Rendah	46	53.5	53.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berisiko	32	37.2	37.2	37.2
	Tidak Berisiko	54	62.8	62.8	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Gameli

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	18	20.9	20.9	20.9
	Tidak	68	79.1	79.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

J_Kehamilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berisiko	36	41.9	41.9	41.9
	Tidak Berisiko	50	58.1	58.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	31	36.0	36.0	36.0
	Tidak BBLR	55	64.0	64.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

KPD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	6	7.0	7.0	7.0
Tidak	80	93.0	93.0	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Hidramnion

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	14	16.3	16.3	16.3
Tidak	72	83.7	83.7	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Eklampsia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	9	10.5	10.5	10.5
Tidak	77	89.5	89.5	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Crosstabs

Paritas * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		BBLR	Tidak BBLR		
Paritas	Tinggi	Count	25	15	40
		Expected Count	14.4	25.6	40.0
		% within Paritas	62.5%	37.5%	100.0%
		% of Total	29.1%	17.4%	46.5%
	Rendah	Count	6	40	46
		Expected Count	16.6	29.4	46.0
		% within Paritas	13.0%	87.0%	100.0%
		% of Total	7.0%	46.5%	53.5%
Total	Count	31	55	86	
	Expected Count	31.0	55.0	86.0	
	% within Paritas	36.0%	64.0%	100.0%	

% of Total	36.0%	64.0%	100.0%
------------	-------	-------	--------

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	22.701 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	20.606	1	.000		
Likelihood Ratio	23.885	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	22.437	1	.000		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.42.

b. Computed only for a 2x2 table

Umur * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total
		BBLR	Tidak BBLR	
Umur	Count	19	13	32
	Expected Count	11.5	20.5	32.0
	% within Umur	59.4%	40.6%	100.0%
	% of Total	22.1%	15.1%	37.2%
	Count	12	42	54
	Expected Count	19.5	34.5	54.0
	% within Umur	22.2%	77.8%	100.0%
	% of Total	14.0%	48.8%	62.8%
Total	Count	31	55	86
	Expected Count	31.0	55.0	86.0
	% within Umur	36.0%	64.0%	100.0%
	% of Total	36.0%	64.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.031 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	10.473	1	.001		
Likelihood Ratio	11.996	1	.001		

Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	11.891	1	.001		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.53.

b. Computed only for a 2x2 table

Gameli * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		BBLR	Tidak BBLR		
Gameli	Ya	Count	17	1	18
		Expected Count	6.5	11.5	18.0
		% within Gameli	94.4%	5.6%	100.0%
		% of Total	19.8%	1.2%	20.9%
	Tidak	Count	14	54	68
		Expected Count	24.5	43.5	68.0
		% within Gameli	20.6%	79.4%	100.0%
		% of Total	16.3%	62.8%	79.1%
Total		Count	31	55	86
		Expected Count	31.0	55.0	86.0
		% within Gameli	36.0%	64.0%	100.0%
		% of Total	36.0%	64.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	33.677 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	30.549	1	.000		
Likelihood Ratio	35.561	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	33.285	1	.000		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.49.

b. Computed only for a 2x2 table

J_Kehamilan * BBLR

Crosstab

			BBLR		Total
			BBLR	Tidak BBLR	
J_Kehamilan	Berisiko	Count	19	17	36
		Expected Count	13.0	23.0	36.0
		% within J_Kehamilan	52.8%	47.2%	100.0%
		% of Total	22.1%	19.8%	41.9%
	Tidak Berisiko	Count	12	38	50
		Expected Count	18.0	32.0	50.0
		% within J_Kehamilan	24.0%	76.0%	100.0%
		% of Total	14.0%	44.2%	58.1%
	Total	Count	31	55	86
		Expected Count	31.0	55.0	86.0
		% within J_Kehamilan	36.0%	64.0%	100.0%
		% of Total	36.0%	64.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.519 ^a	1	.006	.012	.006
Continuity Correction ^b	6.322	1	.012		
Likelihood Ratio	7.530	1	.006		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7.432	1	.006		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.98.

b. Computed only for a 2x2 table

KPD * BBLR

Crosstab

			BBLR		Total
			BBLR	Tidak BBLR	
KPD	Ya	Count	5	1	6
		Expected Count	2.2	3.8	6.0
		% within KPD	83.3%	16.7%	100.0%
		% of Total	5.8%	1.2%	7.0%
	Tidak	Count	26	54	80
		Expected Count	28.8	51.2	80.0
		% within KPD	32.5%	67.5%	100.0%
		% of Total	30.2%	62.8%	93.0%
Total	Count	31	55	86	
	Expected Count	31.0	55.0	86.0	
	% within KPD	36.0%	64.0%	100.0%	
	% of Total	36.0%	64.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.256 ^a	1	.012	.021	.021
Continuity Correction ^b	4.245	1	.039		
Likelihood Ratio	6.134	1	.013		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.183	1	.013		
N of Valid Cases	86				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.16.

b. Computed only for a 2x2 table

Hidramnion * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		BBLR	Tidak BBLR		
Hidramnion	Ya	Count	13	1	14
		Expected Count	5.0	9.0	14.0
		% within Hidramnion	92.9%	7.1%	100.0%
		% of Total	15.1%	1.2%	16.3%
	Tidak	Count	18	54	72
		Expected Count	26.0	46.0	72.0
		% within Hidramnion	25.0%	75.0%	100.0%
		% of Total	20.9%	62.8%	83.7%
Total	Count	31	55	86	
	Expected Count	31.0	55.0	86.0	
	% within Hidramnion	36.0%	64.0%	100.0%	
	% of Total	36.0%	64.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23.411 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	20.560	1	.000		
Likelihood Ratio	24.253	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	23.139	1	.000		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.05.

b. Computed only for a 2x2 table

Eklampsia * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total
		BBLR	Tidak BBLR	
Eklampsia	Count	8	1	9
	Expected Count	3.2	5.8	9.0
	Ya			
	% within Eklampsia	88.9%	11.1%	100.0%
	% of Total	9.3%	1.2%	10.5%
	Count	23	54	77
	Expected Count	27.8	49.2	77.0
	Tidak			
	% within Eklampsia	29.9%	70.1%	100.0%
	% of Total	26.7%	62.8%	89.5%
	Count	31	55	86
	Expected Count	31.0	55.0	86.0
Total	% within Eklampsia	36.0%	64.0%	100.0%
	% of Total	36.0%	64.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.176 ^a	1	.000	.001	.001
Continuity Correction ^b	9.750	1	.002		
Likelihood Ratio	12.252	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	12.034	1	.001		
N of Valid Cases	86				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.24.

b. Computed only for a 2x2 table

MASTER TABEL																							
BBLR		Paritas				Umur Ibu		Gamely		Jarak Kehamilan		KPD		Hidramnion		Pre/Eklamsia							
No	BBLR	Tidak BBLR	Kode	Tingg	Rendah	Kode	Beresiko	Tidak Beresiko	Kode	Ya	Tidak	Kode	Beresiko	Tidak Beresiko	Kode	Ya	Tidak	Kode	Ya	Tidak	Kode	Ya	Tidak
1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
2	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
3	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
4	✓		0	✓		0	✓		1	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓	
5	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
6	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
7		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1	✓		0	✓	
8		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
9	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓
10	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
11	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓
12		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
13		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
14		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
15		✓	1		✓	1	✓		0	✓		1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
16		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
17		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
18	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		1		✓	1	✓		0	✓	
19	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		1	✓		0		✓	1		✓
20		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
21		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
22	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
23		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
24	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓
25		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
26	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1	✓		0	✓	
27	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
28		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
29		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
30		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
31		✓	1	✓		1		✓	1	✓		0	✓		1	✓		0		✓	1		✓
32		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
33		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
34	✓		0		✓	1		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓
35		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
36		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
37		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
38		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
39	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
40		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
41		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
42		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
43		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
44		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
45		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
46		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
47	✓		0		✓	1		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
48		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
49		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
50		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
51		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
52		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
53		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
54	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		0
55		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
56		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
57	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
58		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
59		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
60		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
61		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
62	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
63		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
64		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
65		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
66	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1	✓		0	✓	
67	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		0
68		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
69	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
70		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
71	✓		0	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
72	✓		0		✓	0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1	✓		0	✓	
73		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
74		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
75		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	0		✓	1		✓	1		✓
76		✓	1		✓	0	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
77	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		0
78		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
79	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		0	✓		✓	1		0	✓	
80	✓		0	✓		0		✓	1		✓	0		✓	1	✓		0		✓	1		✓
81	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓	1		✓
82		✓	1		✓	1	✓		0		✓	1	✓		0		✓	1		✓	1		✓
83		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
84	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓	
85		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓	1		✓
86	✓		0	✓		0		✓	1	✓		0	✓		0		✓	1		✓	1		✓



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh(23238)
Telp./Faks. (0651) 43097/43095 Email : rsum@bandaacehkota.go.id
Website : <http://rsum.bandaacehkota.go.id>

Nomor : 070/ 044 /2019
Lampiran : -
Perihal : Selesai data awal

Banda Aceh, 16 Januari 2019
Kepada
Yth. Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
di -
Tempat

Bismillahirrahmanirrahim
Assalamu'alaikum Wr. Wb

Sehubungan dengan Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh Nomor : 1273/UM.FKM.M/2018 tanggal, 23 November 2018, perihal izin pengambilan data awal mahasiswi :

Nama : AYU KHAIRA FARIDA
Nim : 1507110191

Benar telah selesai melakukan pengambilan data awal dalam rangka penulisan Skripsi dengan Judul : *Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian BBLB di BLUD RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh* : Berlokasi di Ruang Bersalin dan Ruang rawat Kebidanan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Demikianlah surat ini kami buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

An. Direktur RSUD Meuraxa
Wakil Direktur Administrasi
dan Keuangan


dr. Heni Z. MARS
NIP. 196202291999032001



PEMERINTAH KOTA BANDA ACEH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MEURAXA

Jl. Soekarno-Hatta, Banda Raya, Banda Aceh(23238)
Telp./Faks. (0651) 43097/43095 Email : rsum@bandaacehkota.go.id
Website : http://rsum.bandaacehkota.go.id

Nomor : 070/ 043 /2019
Lampiran : -
Hal : Izin pengambilan
data awal

Banda Aceh, 14 Januari 2019
Kepada
Yth. Dekan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh
di -
Tempat

Bismillahirrahmanirrahim.
Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh No: 1273/UM.FKM.M/2018 tanggal, 23
November 2018, perihal Izin Pengambilan data awal mahasiswa :

Nama : AYU KHAIRA FARIDA
Nim : 1507110191

Pada prinsipnya pihak kami tidak keberatan dan memberi izin kepada
yang namanya tersebut diatas untuk melakukan pengambilan data awal dan
hal lain yang diperlukan untuk penyelesaian skripsi dengan judul "*Faktor-
faktor yang mempengaruhi kejadian BBLB di BLUD RSUD Meuraxa
Kota Banda Aceh* " berlokasi di Ruang Bersalin dan Ruang rawat
kebidanan RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh.

Setelah penulisan dan penyusunan skripsi selesai, mohon 1 (satu) eks
dikirimkan ke Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa sebagai bahan kajian
untuk perbaikan, pengembangan dan pustaka Rumah Sakit.
Untuk kelanjutannya diharapkan Mahasiswa yang tersebut diatas dapat
berhubungan dengan Instalasi Diklat dan Penelitian RSUD Meuraxa.

Demikianlah disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur RSUD Meuraxa
Wakil Direktur Administrasi
dan Keuangan
dr. H. H. MARS
Nip. 196205291999032001

