

TESIS
FAKTOR RISIKO KEJADIAN BERAT BADAN
LAHIR RENDAH PADA KEHAMILAN
PRIMIGRAVIDA DAN MULTIGRAVIDA
DI RUMAH SAKIT UMUM ANUTAPURA
KOTA PALU

RAHMA BADARUDDIN
K012181170



PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020



Optimization Software:
www.balesio.com

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN BERAT BADAN
LAHIR RENDAH PADA KEHAMILAN
PRIMIGRAVIDA DAN MULTIGRAVIDA
DI RUMAH SAKIT UMUM ANUTAPURA
KOTA PALU**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

RAHMA BADARUDDIN

Kepada

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITASS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2020



TESIS

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH
PADA KEHAMILAN PRIMIGRAVIDA DAN MULTIGRAVIDA DI
RUMAH SAKIT UMUM ANUTAPURA KOTA PALU**

Disusun dan diajukan oleh :

RAHMA BADARUDDIN
Nomor Pokok K012181170

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
pada tanggal 27 Agustus 2020
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**MENYETUJUI
KOMISI PENASIHAT,**


Prof. Dr. A. Ummu Salmah, SKM., M.Sc
Ketua


Dr. Suriah, SKM., M.Kes
Anggota

Ketua Program Studi
Kesehatan Masyarakat



Dr. Masni, Apt., MSPH



PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RAHMA BADARUDDIN

Nomor Pokok : K012181170

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 15 Oktober 2020

Yang menyatakan,



RAHMA BADARUDDIN



SURAT PERNYATAAN MENGIKUTI WISUDA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahma Badaruddin

No. Pokok : K012181170

Program Studi: pasca sarjana kesehatan masyarakat

Dengan ini **MENYATAKAN** akan mengikuti prosesi wisuda periode Desember 2020 yang akan dilaksanakan di Gedung Baruga AP. Pettarani Universitas Hasanuddin dan apabila saya tidak mengikuti prosesi wisuda tersebut maka ijazah saya tidak akan diproses.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 13 Oktober 2020

Yang Membuat Pernyataan,



(Rahma Badaruddin)



KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tak terhingga penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan banyak anugerah, sehingga penyusunan tesis yang berjudul “Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Pada Kehamilan Primigravida Dan Multigravida Di Rumah Sakit Umum Anutapura Kota Palu” dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan tidak terlepas dari kekurangan dan keterbatasan. Namun, karena adanya bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan. Penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Prof. Dr. A. Ummu Salamah, SKM., M.Sc sebagai komisi penasehat tesis dan Dr. Suriah, SKM., M.Kes sebagai anggota komisi penasehat tesis yang tidak pernah lelah meluangkan waktu dan pikirannya disela-sela kesibukan untuk membimbing penulis sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA, selaku Rektor Unhas yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Amiruddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta seluruh dosen dan pegawai yang telah memberikan bantuan fasilitas selama penulis mengikuti pendidikan.



3. Dr. Masni, Apt, MSPH, selaku Ketua Program Studi kesehatan Masyarakat Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat beserta seluruh staf pengelola yang telah banyak membantu penulis membantu penulis selama mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
4. Prof. Dr. Stang, M.Kes. Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si, Prof. Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS. Selaku tim penguji.
5. Pihak RSUD Anutapura kota palu beserta seluruh informan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan penelitian.
6. Kedua Orang tuaku tercinta (Ibunda Jusmani, Ayahanda Badaruddin), yang dengan penuh kesabaran, memberikan semangat dan dorongan serta doa untuk keberhasilan penulis.
7. Teman-teman seangkatan “Filantropi” Program Pasca Sarjana Konsentrasi Kesehatan Reproduksi yang telah memberikan bantuan maupun masukan selama perkuliahan sampai penyelesaian tesis.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu mohon saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan tesis ini. Besar harapan penulis agar tesis ini bermanfaat bagi semua yang berkepentingan.

Makassar, Juli 2020

RAHMA BADARUDDIN



ABSTRAK

RAHMA BADARUDDIN. *Faktor Risiko Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah pada Kehamilan Primigravida dan Multigravida di Rumah Sakit Umum Anutapura Kota Palu Tahun 2020.* (Dibimbing oleh **A. Ummu Salamah,** dan **Suriah**).

Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Penyebab terjadinya bayi BBLR secara umum bersifat multifaktorial baik dari faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin maupun faktor yang lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besar faktor risiko kejadian BBLR pada kehamilan primigravida dan multigravida.

Penelitian yang digunakan adalah analitik observasional dengan metode *Case control*. Wawancara dilakukan pada 108 ibu yang terdiri dari 36 kelompok kasus dan 72 kelompok kontrol dengan perbandingan 1:2, dari 159 total ibu yang tercatat melahirkan di tahun 2019. Untuk melihat factor risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR pada kehamilan primigravida dan multigravida, data dianalisis dengan menggunakan *Chi-square*.

Hasil penelitian menemukan ada 4 variabel yang merupakan faktor risiko kejadian BBLR pada ibu primigravida dan multigravida, yaitu usia ibu OR= 6.571, status gizi ibu hamil OR= 245.000, kadar Hb OR= 5.72, dan paritas OR= 4.383, dari Sembilan variabel yang diteliti terdapat empat variabel yang merupakan faktor risiko terjadinya kejadian BBLR yaitu usia ibu, status gizi, kadar Hb, paritas, sedangkan pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, penyakit ibu, dan jarak kehamilan bukan merupakan faktor risiko kejadian BBLR pada ibu primigravida dan multigravida. Kepada petugas kesehatan agar meningkatkan keterampilan pelayanan kesehatan dalam upaya deteksi ibu hamil berisiko.

Kata Kunci: BBLR, Primigravida, Multigravida, Usia ibu, Status Gizi,



ABSTRACT

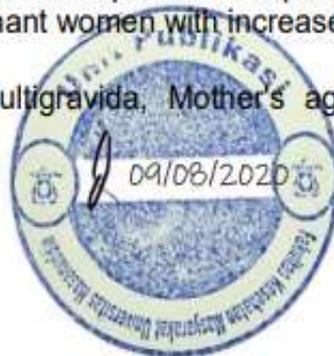
RAHMA BADARUDDIN. *Risk Factors for Babies with Low Birth Weight in Primigravida and Multigravida Pregnancies at Anutapura Hospital, Palu 2020.* (Supervised by **A. Ummu Salamah, and Suriah**)

Low Birth Weight is a baby born with birth weight less than 2,500 grams regardless of the length of pregnancy. The causes of LBW babies are generally multifactorial, from maternal, placental, fetal and other factors. This study aims to determine the risk factors for LBW in primigravida and multigravida pregnancies.

The research design was observational analytic with Case control method. Interviews were conducted on 108 mothers consisting of 36 case-group and 72 control group with a ratio of 1:2 from 159 mothers registered giving birth in 2019. The risk factors associated with LBW in primigravida and multigravida pregnancies were analyzed with using Chi-square.

The result showed that there were four out of nine variables that accounts as risk factors for LBW in primigravida and multigravida mothers, namely maternal age OR = 6,571, nutritional status OR = 245,000, hemoglobin level OR = 5.72, and parity OR = 4.383. Other risk factors such as education, employment, economic status, maternal illness, and interval between pregnancies are not risk factors for LBW in primigravida and multigravida mothers. Health workers are expected to improve health care service delivery skills to detect pregnant women with increased risk.

Keywords: LBW, Primigravida, Multigravida, Mother's age, Nutritional Status.



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	xv
KATA PENGANTAR	xviii
ABSTRAK	xx
DAFTAR ISI	xxii
DAFTAR TABEL	xxiv
DAFTAR GAMBAR	xxv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxvi
DAFTAR SINGKATAN	xxviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	10
C. Tujuan Penelitian	10
1. Tujuan Umum	10
2. Tujuan Khusus.....	11
D. Manfaat Penelitian	11
1. Manfaat teoritis	11
2. Manfaat praktis.....	12
3. Manfaat Ilmiah	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Tinjauan Umum Kehamilan	13
B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Primigravida Dan Multigravida	21
C. Tinjauan Umum Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	23
D. Tinjauan Umum Berbagai Aspek yang berhubungan dengan Kejadian BBLR	28
1. Hubungan jumlah kehamilan dengan kejadian BBLR	36
2. Tabel Sintesa Penelitian	38
3. Kerangka Teori.....	41



H. Kerangka Konsep	43
I. Definisi Operasional	44
J. Hipotesis Penelitian	47
BAB III METODE PENELITIAN	49
A. Jenis dan Desain Penelitian	49
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	50
D. Teknik Pengumpulan Data.....	52
E. Pengolahan Data Dan Analisis Data.....	53
F. Penyajian Data.....	56
G. Kontrol Kualitas	56
H. Etika Penelitian.....	57
I. Alur Penelitian.....	58
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	59
A. HASIL PENELITIAN	59
B. PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	66
C. KETERBATASAN PENELITIAN	95
BAB V KESIMPULAN	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran Penelitian	98
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sintesa Penelitian

Tabel 2. Distribusi Subjek Penelitian Variabel Umum di RSUD Anutapura Palu

Tabel 3. Distribusi Subjek Penelitian Variabel Khusus di RSUD Anutapura Palu

Tabel 4. Hasil Analisis Bivariat Variabel Faktor Risiko Secara Umum Terhadap Kejadian BBLR

Tabel 5. Hasil Analisis Bivariat Variabel Faktor Risiko Secara Khusus Terhadap Kejadian BBLR

Tabel 6. Matching Variabel Berat Badan Lahir menurut Pendidikan Ibu



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Faktor-faktor yang berkontribusi pada kejadian BBLR

Gambar 2. Kerangka Teori Penelitian

Gambar 3. Kerangka konsep penelitian

Gambar 4. Desain Studi Kasus Kontrol



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Pengambilan Data Awal Di Rsu Anutapura Palu
- Lampiran 2. Surat Pernyataan
- Lampiran 3. Surat Balasan Pengambilan Data Awal Di Rsu Anutapura Palu
- Lampiran 4. Surat Bakesbang
- Lampiran 5. Lembar persetujuan Informed Consent
- Lampiran 6. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7. Curriculum Vitae
- Lampiran 8. Master Tabel
- Lampiran 9. Hasil Analisis SPSS
- Lampiran 10. Hasil Analisis Bivariat
- Lampiran 11. Hasil Analisis Multivariat
- Lampiran 12. Dokumen Penelitian





Optimization Software:
www.balesio.com

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: Adreno cortico tropic hormon
ACTH	: <i>Adrenocorticotropic Hormone</i>
ADH	: <i>Anti diuretic hormon</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BBLASR	: Bayi Berat Lahir Amat Sangat Rendah
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BBLN	: Berat Badan Lahir Normal
BBLSR	: Berat Lahir Sangat Rendah
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana
CRH	: <i>Corticotropic-releasing Hormone</i>
DIII	: Diploma Tiga
DEPKES	: Departemen Kesehatan
GFR	: <i>Glomerulus filtration rate</i>
GnRH	: <i>Gonadotropin Releasing Hormone</i>
Gr	: Gram
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
hCG	: <i>Human Chorionic Gonadotropin</i>
HCl	: <i>Hidrogen Clorida</i>
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
hPL	: <i>Human Plasental Lactogen</i>
IUGR	: <i>Intrauterine Growth Retardation</i>
KEK	: Kekurangan Energi Kronik
KPD	: Ketuban Pecah Dini
LH	: <i>Luteinizing Hormone</i>
LILA	: Lingkar Lengan Atas
	: Lower Limit
	: Republik Indonesia
	: Rumah Sakit



RSU	: Rumah Sakit Umum
S1	: Strata Satu
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SDGs	: Sustainable Development Goals
USG	: Ultrasonografi
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency
UL	: Upper Limit
VLBW	: <i>Very Low Birth Weight</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) diartikan sebagai bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Penyebab terjadinya bayi BBLR secara umum bersifat multifaktorial baik dari faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin maupun faktor yang lain. BBLR merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal (Nugroho *et al*, 2015).

Sementara itu data kematian bayi (AKB) di Indonesia dinilai paling tinggi jika dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya yaitu pada 2015 sebesar 22,23 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan prevalensi BBLR di Indonesia dari tahun 2007 (11,5%) hingga tahun 2013 (10,2%) terjadi penurunan namun lambat dalam 7 tahun terakhir (Kemenkes RI, 2014).

Data ini masih belum mencapai target program dari WHO yaitu Sustainable Development Goals (SDGs) yang menargetkan AKB sekurang-kurangnya 12 per 1000 kelahiran hidup. Salah satu penyebab utama kematian bayi adalah berat badan lahir rendah (BBLR) (Cha S, 2017).

Sustainable Development Goals (SDGs) memiliki tujuan untuk menurunkan kematian bayi dari 90 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 1990

di 23 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 2015. Angka kematian bayi Indonesia menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia 2008-2012



sebesar 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian bayi terjadi pada umur dibawah 1 bulan. Penyebab tersebut antara lain karena gangguan perinatal dan bayi dengan berat badan lahir rendah. BBLR dan asfiksia merupakan penyebab kematian neonatal yang tinggi. Neonatal dengan berat badan lahir rendah berisiko mengalami kematian 6,5 kali lebih besar daripada bayi yang lahir dengan berat badan normal. Disamping itu berat badan lahir rendah memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan bayi dengan berat badan normal ketika dilahirkan, khususnya kematian pada masa perinatal.

Menurut UNICEF (United Nations Internasional Children's Emergency Fund) dalam the asian parent (2015) angka berat badan lahir di Indonesia pada tahun 2011 termasuk tinggi yaitu sekitar 11.1% dibandingkan negara tetangga angka berat badan lahir rendah seperti Vietnam (5,3%) dan Thailand (6,6%). Kemudian WHO mencatat Indonesia berada di peringkat sembilan dunia dengan presentase BBLR lebih dari 15,5% dari kelahiran bayi setiap tahunnya. Sedangkan WHO dan UNICEF (2013) menyatakan bahwa terjadi peningkatan kejadian BBLR (periode 2009-2013) dari 15,5% menjadi 16% dan sebesar 95,6% dari jumlah tersebut berada di negara berkembang. WHO telah menargetkan pengurangan angka kejadian BBLR sebesar 30% pada tahun 2025. Hal ini berarti ada penurunan relatif 3,9% per tahun 2012-2025.

Lebih dari 50% beban global BBLR terjadi di Asia, dengan insiden terbesar di Asia Selatan (26%) dimana satu dari empat bayi baru lahir adalah

berat kurang dari 2500 gram. Insiden BBLR di tujuh Negara Asia antara berkisar 7-21%, dimana insiden di Indonesia 7% (masih berada di



atasa Vietnam), namun jauh lebih baik dibandingkan dengan Burma 9%, Timor Leste 10%, Kamboja 11%, Laos 15% dan Philipina 21% (UNICEF,2013).

Berdasarkan hasil pengumpulan data kesehatan provinsi yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, lima provinsi mempunyai presentase BBLR tertinggi adalah Provinsi Papua (27%), Papua Barat (23,8%), NTT (20,3%), Sumatera Selatan (19,5%), dan Kalimantan Barat (16,6%). Sedangkan lima provinsi dengan presentase BBLR terendah adalah Bali (5,8%), Sulawesi Barat (7,2%), Jambi (7,5%), Riau (7,6%), dan Sulawesi Utara (7,9%). Angka tersebut belum mencerminkan kondisi sebenarnya yang ada di masyarakat karena belum semua berat badan bayi yang dilahirkan dapat dipantau oleh petugas kesehatan, khususnya yang ditolong oleh dukun atau tenaga non-kesehatan lainnya (Alya D, 2014)

Angka tersebut memiliki arti yang bermakna karena bayi berat lahir rendah memiliki risiko morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Semakin rendah berat badan lahir, maka makin tinggi risiko mortalitas neonatus. Hasil studi mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 menunjukkan bahwa proporsi penyebab kematian neonatal tertinggi kelompok umur 0-7 hari adalah prematur dan berat badan lahir rendah (35%) (Fatimah, 2018).

Kejadian bayi lahir rendah semakin berisiko terjadi pada kehamilan pertama/primigravida. Penelitian yang dilakukan di Pontianak menunjukkan bahwa kasus BBLR lebih banyak ditemukan pada kelompok primigravida dan multigravida (Wati, 2012). Primigravida pada masa remaja (<20 berisiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan. Komplikasi



tersebut meliputi terjadinya BBLR, asfiksia, lahir mati dan persalinan preterm (<37 minggu) (Mutihir & Maduka, 2014).

Bayi berat lahir rendah juga memiliki risiko tinggi untuk terjadinya penyakit kardiovaskuler, penyakit metabolik saat dewasa, dan keterlambatan pertumbuhan (Nazari, 2013). Oleh karena itu, penting untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR seperti faktor ibu, faktor janin sendiri, dan faktor plasenta (Xiong Xu, 2002). Maryunani (2013) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR adalah usia ibu, jarak kehamilan, paritas, masa gestasi, kurang gizi saat hamil, hipertensi, perokok, hamil ganda, hidramnion, dan pekerjaan yang melelahkan. Pertumbuhan janin dalam kandungan merupakan hasil interaksi antara potensi genetik dari ayah maupun ibu dan lingkungan intrauterin. Menurut (Soetjiningsih, 2012) Pertumbuhan janin dipengaruhi oleh faktor-faktor selama kehamilan, yaitu sakit berat, komplikasi kehamilan, kurang gizi, dan keadaan stress pada ibu hamil.

BBLR merupakan prediktor tertinggi angka kematian bayi, terutama dalam satu bulan pertama kehidupan. Berdasarkan studi epidemiologi, bayi BBLR mempunyai risiko kematian 20 kali lipat lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal (Mahayana, 2015). Bayi berat lahir rendah (BBLR) di Indonesia tahun 2013 sebesar 10,2%. Persentase BBLR tertinggi tahun 2013 terdapat pada provinsi Sulawesi Tengah yaitu

16,9%, padahal target nasional BBLR berdasarkan Renstra Indonesia 2010 adalah sebesar 7% (Mallisa, 2014).



Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko kejadian BBLR adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 34 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, infeksi dan penyakit selama kehamilan, riwayat kehamilan dan komplikasi kehamilan. Status pelayanan antenatal (frekuensi dan kualitas pelayanan antenatal, tenaga kesehatan tempat periksa hamil, umur kandungan saat pertama kali pemeriksaan kehamilan) juga dapat berisiko untuk melahirkan BBLR (Sistiarini, 2008).

Bayi berat lahir rendah disebabkan oleh beberapa faktor, hal tersebut menjadikan BBLR sulit untuk dicegah. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan 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, dan perilaku (Purwanto, 2016).

Merokok adalah kebiasaan yang dilarang keras, baik saat hamil maupun tidak hamil; baik merokok secara pasif maupun aktif. Dampak negatif rokok dan asapnya terhadap ibu hamil dan janin antara lain, berat badan janin lebih

dari normal (pertumbuhan janin terhambat) dan kondisi ini sangat mempengaruhi tumbuh kembang janin/bayi selanjutnya karena dengan



pengaruh rokok terhadap kehamilan sangat serius. Rokok dapat mengurangi aliran darah ke plasenta sehingga beresiko menimbulkan gangguan pertumbuhan janin (Ramadhan, 2011).

Sedangkan penelitian yang dipimpin oleh Andrew Hyland dari Roswell Park Cancer Institute di Buffalo, New Jersey mengungkapkan bahwa paparan asap rokok pada ibu hamil akan meningkatkan risiko keguguran, komplikasi kehamilan, atau kematian bayi. Hasil ini didapatkan peneliti setelah mengamati data dari 80.000 wanita dalam *Women's Health Initiative* (Saibatin, 2016).

Keadaan ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bayi berat lahir rendah adalah berat bayi lahir kurang dari 2500 gram atau 5.5 *pounds*. Faktor-faktor yang mempengaruhi berat bayi saat lahir dapat berupa faktor maternal, faktor lingkungan, dan faktor janin (Latifah, 2009).

Setiap saat kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan kesehatan ibu hamil selama masa kehamilannya. Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, perawatan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular dan akte kelahiran. Selama ini penyuluhan kesehatan ibu dan anak pada

nya masih banyak dilakukan melalui konsultasi perorangan atau kasus



per kasus yang diberikan pada waktu ibu memeriksakan kandungan/pada batas waktu kegiatan posyandu.

Ibu hamil yang menderita edema tungkai dan anemia mempunyai risiko 18 kali lebih besar untuk terjadi BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak mempunyai gangguan selama kehamilan. Adanya penyakit selama hamil meningkatkan risiko 6 kali lebih besar untuk terjadi BBLR dibandingkan tidak ada penyakit. Kejadian BBLR 1,5 hingga 5 kali lebih tinggi pada ibu yang jarang atau tidak melakukan pelayanan antenatal. Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun meningkatkan risiko melahirkan BBLR 2,04 kali lebih besar daripada jarak kelahiran lebih dari 2 tahun.

Menurut Barker (2013), bahwa akar penyebab penyakit kronis terletak di awal kehidupan, asupan makanan yang diperoleh janin dari ibunya, dan paparan infeksi setelah kelahiran, dengan permanen “memrogram” struktur dan metabolisme tubuh, yang menentukan kerentanannya untuk mengalami penyakit kronis pada kehidupan kemudian hari. Menurut penelitian Festy (2010), di Sumenep menemukan bahwa jika hemoglobin ibu < 11 gram% maka kecenderungan untuk mempunyai bayi berat badan lahir rendah akan berlipat 3,366 kali dibandingkan haemoglobin ibu 11 gram % dan Jika LILA ibu < 23,5 cm maka kecenderungan untuk mempunyai bayi berat badan lahir rendah akan berlipat 6,307 kali dibandingkan LILA ibu 23,5 cm. Menurut penelitian Sistiarani (2008), di Banyumas menemukan bahwa kualitas pelayanan

atal yang kurang baik merupakan faktor risiko BBLR.



Kehamilan, persalinan, dan menjadi seorang ibu merupakan peristiwa dan pengalaman penting dalam kehidupan seorang wanita. Namun, sebagaimana tahap transisi lain dalam fase kehidupan, peristiwa itu dapat pula menimbulkan stres. Bagi seorang ibu primigravida yang pertama kali menghadapi kehamilan, ketika menghadapi proses persalinan cenderung mengalami kecemasan. Hal ini dikarenakan proses persalinan adalah sesuatu hal baru yang akan dialaminya (Shodiqoh, 2014).

Kecemasan pada wanita primigravida dapat timbul akibat kekhawatiran akan proses kelahiran yang aman untuk dirinya dan anaknya. Kecemasan dan panik berdampak negatif pada wanita sejak masa kehamilan sampai persalinan. Secara psikologis, ibu yang tidak tenang dapat menurunkan kondisi tersebut kepada bayinya sehingga bayi mudah merasa gelisah, yang akhirnya berdampak pada kesehatannya seiring ia tumbuh besar. Apabila kecemasan berlanjut sampai akhir kehamilan dan persalinan akan berdampak tidak saja pada ibu tapi juga terhadap bayinya. Hal ini terjadi karena kecemasan dapat menyebabkan peningkatan sekresi adrenalin.

Peningkatan sekresi adrenalin dapat menyebabkan kontraksi uterus berlebihan sehingga terjadi vasokonstriksi akibatnya aliran darah utero-placenta menurun, mengakibatkan terjadinya hipoksia dan bradikardi janin yang akhirnya akan terjadi kematian janin dan dapat menghambat kontraksi, sehingga memperlambat persalinan. Disamping itu, wanita hamil yang disertai

asas, berisiko untuk terjadinya persalinan prematur dan BBLR (Sugi et al., 2013).



Kehamilan pertama merupakan pengalaman baru yang dapat menjadi faktor yang menimbulkan stress bagi suami istri. Beberapa stresor ada yang dapat diduga dan ada yang tidak dapat diduga misalnya resiko infeksi pada kehamilan (Intan, 2016). Kematian ibu dan janin sering diakibatkan oleh ketidakmampuan tehnik atau kelalaian, tetapi juga karena kurangnya pendidikan kesehatan ibu tentang persalinan. Pengetahuan yang terbatas pada ibu primigravida tentang persalinan meningkatkan kecemasan (Prastika, 2017).

Kejadian bayi lahir rendah semakin berisiko terjadi terjadi pada kehamilan pertama / primigravida. Penelitian yang dilakukan di Pontianak menunjukkan bahwa kasus BBLR lebih banyak di temukan pada kelompok primigravida dari pada multigravida (wati 2012). Sebagian besar primigravida (kelahiran pertama) belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan gonadotropin, berbeda dengan muligravida yang lebih siap terhadap perubahan fisik dan mental ketika masa kehamilan karena pengalaman kehamilan sebelumnya, ibu primigravida memerlukan adaptasi yang lebih untuk kesiapan fisik dan mentalnya (Shodiqoh, 2014).

Pada masa sekarang ini, sudah dikembangkan tatalaksana awal terhadap bayi BBLR dengan menjaga suhu bayi, memberi nutrisi adekuat dan melakukan pencegahan infeksi. Meskipun demikian, masih didapatkan 50% bayi BBLR yang meninggal pada masa neonatur atau bertahan hidup dengan

nutrisi, infeksi berulang dan kecacatan perkembangan neurologis. Oleh



karena itu, pencegahan insiden BBLR lebih diutamakan dalam usaha menekan Angka Kematian Bayi(Deorari, 2005).

Berdasarkan uraian diatas serta data awal yang diambil di RSUD Anutapura Palu tahun 2019 diperoleh jumlah BBLR 443 kasus, sehingga peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mencari tahu faktor resiko kejadian bayi berat lahir rendah (bblr) pada kehamilan primigravida dan multigravida di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan paparan tersebut di atas merumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana faktor risiko kehamilan dan kejadian bayi berat badan lahir rendah?
2. Bagaimana faktor risiko primigravida terhadap kejadian bayi berat badan lahir rendah?
3. Bagaimana faktor risiko multigravida terhadap kejadian bayi berat badan lahir rendah?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor resiko kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) pada kehamilan primigravida dan multigravida di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu.



2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menilai besar risiko usia ibu terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
- b. Untuk menilai besar risiko pekerjaan terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
- c. Untuk menilai besar risiko status ekonomi terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
- d. Untuk menilai besar risiko status gizi terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
- e. Untuk menilai besar risiko penyakit ibu terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida
- f. Untuk menilai besar risiko jarak kehamilan terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida
- g. Untuk menilai besar risiko kadar Hb terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Sebagai tambahan pengalaman dan mengembangkan teori, serta menambah wawasan tentang risiko kejadian berat badan lahir rendah sehingga hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk penelitian

yang akan datang.



2. Manfaat praktis

Terhadap instansi pelaksana program terkait, hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi pengambil kebijakan

- a. Untuk RS Anutapura dalam rangka meningkatkan kualitas dan kinerja tenaga kesehatan dalam rangka memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat untuk dapat membantu pemerintah dalam mengurangi kejadian BBLR.
- b. Untuk ibu hamil pada primigravida dan multigravida dapat mengetahui factor resiko yang dapat memperberat BBLR.

3. Manfaat Ilmiah

Dapat menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan bahan rujukan untuk penelitian berikutnya serta bentuk partisipasi peneliti dalam pengembangan pelayanan kesehatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari Ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, serta tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2007). Kehamilan matur (cukup bulan) berlangsung kira-kira 40 minggu (280 hari) dan tidak lebih dari 43 minggu (300 hari). Kehamilan yang berlangsung antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan premature, sedangkan lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur (Varney, 2007). Istilah – istilah yang terkait dengan kehamilan antara lain: (1) primigravida: wanita yang hamil untuk pertama kalinya, (2) secundigravida: wanita yang hamil untuk kedua kalinya, (3) multigravida; wanita hamil untuk beberapa kali (Manuaba, 2007).

b. Fisiologi Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis dan alamiah, proses kehamilan merupakan satu kesatuan mata rantai mulai dari konsepsi, nidasi, adaptasi terhadap nidasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan hormon sebagai persiapan menyongsong kelahiran bayi (Manuaba, 2007). Menurut



Suliatyoningsih (2011), kehamilan akan memicu perubahan baik secara anatomis, fisiologis, maupun biokimia. Adanya perubahan tersebut akan sangat mempengaruhi kebutuhan gizi ibu hamil yang bertujuan untuk memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan janin. Berikut ini beberapa perubahan yang terjadi pada ibu hamil yang secara langsung ataupun tidak langsung akan mempengaruhi kebutuhan gizi ibu (Fajrina, 2012).

1.) Sistem Endrokin

Plasenta menghasilkan berbagai hormon yang sangat penting untuk kesinambungan kehamilan itu sendiri. Hormon yang dihasilkan terdiri dari *human chorionic gonadotropin* (hCG), *human plasental lactogen* (hPL), *human chorionic thyroptropin*, estrogen, progesteron. Peningkatan produksi estrogen akan mempengaruhi pembesaran uterus, buah dada, dan organ genital, retensi cairan yang menyebabkan penambahan natrium, perubahan deposisi lemak, relaksasi persendian, penurunan produksi HCl dan pepsin lambung serta berpengaruh pada fungsi kelenjar tiroid serta mengganggu metabolisme asam folat. Hormon progesteron akan memacu pertumbuhan endometrium, penumpukan sel lemak, retensi natrium, menurunkan motilitas/gerak saluran cerna dan tonus otot dan menurunkan kontraksi rahim. Kelenjar endokrin seperti kelenjar hipofise dan tiroid membesar sedikit, basal metabolisme meningkat.



Paratiroid membesar sehingga akan meningkatkan kebutuhan kalsium dan vitamin D (Fajrina, 2012).

2.) Saluran Pencernaan

Penambahan hormon estrogen menyebabkan sekresi air ludah bertambah dan sifatnya menjadi lebih asam. Hal ini relatif sering menimbulkan kerusakan gigi (berlubang) sewaktu hamil. Ibu hamil juga mengalami perubahan metabolisme glukosa untuk menjamin kebutuhan glukosa untuk janin. Keadaan ini berpotensi mengakibatkan terjadinya diabetes kehamilan. *Human plasental lactogen* (hPL) menyebabkan terjadinya lipolisis serta meningkatkan kadar asam lemak bebas di dalam plasma untuk penyiapan sumber energi pengganti bagi ibu. Hormon ini juga mengganggu kerja insulin, sehingga kebutuhan insulin akan meningkat. Ibu hamil yang tidak mampu memenuhi kebutuhan insulin yang meningkat tersebut akan menyebabkan ibu mengalami diabetes kehamilan. Peningkatan hormon progesteron mengakibatkan motilitas saluran cerna berkurang dan transit makanan menjadi lebih panjang sehingga lebih banyak air terserap sehingga terjadi sembelit atau konstipasi (Fajrina, 2012).

3.) Ginjal dan saluran kemih

Terdapat perubahan fungsi ginjal yang diakibatkan oleh *Adreno cortico tropic hormon* (ACTH), *Anti diuretic hormon* (ADH), kortisol, dan aldosteron. Ginjal melebar sampai 60 cc, sedangkan bila tidak hamil 10 cc. Panjang dan berat ginjal bertambah 1-1,5 cm.



Glomerulus filtration rate (GFR) meningkat sampai 50%. Aliran plasma ginjal meningkat sampai 25- 50%. Peningkatan GFR terkadang tidak dibarengi dengan kemampuan tubulus menyerap glukosa yang tersaring sehingga mengakibatkan glukosuria. Hal ini harus dipantau untuk mendeteksi adanya tanda awal dari diabetes kehamilan (Fajrina, 2012).

4.) Sistem kardiovaskular

Pembesaran uterus akan menekan pembuluh darah panggul dan paha sehingga aliran darah balik akan terganggu dan darah akan mengumpul pada tungkai bawah, pada posisi tidur uterus akan menekan vena cava sehingga akan mengurangi suplai darah ke atrium. Dampaknya adalah terjadi hipotensi. Perubahan yang nampak mencolok adalah kenaikan volume plasma sampai dengan 50% dengan diikuti peningkatan hemoglobin sampai dengan 20% yang meningkat pada trimester II dan mencapai puncaknya pada pertengahan trimester ke II. Kadar hemoglobin dan besi menurun oleh karena adanya *hemodilusi* (Fajrina, 2012).

5.) Hati

Alkaline fosfatase serum meningkat dua kali lipat hal ini diduga akibat penambahan *isoenzim alkaline fosfatase* plasenta. Kadar albumin menurun lebih banyak dari pada globulin. Sehingga rasio albumin globulin juga menurun tajam. Waktu pengosongan cairan empedu lebih pendek, cairan lebih kental dan terkadang terjadi statis



sehingga berisiko terjadi batu empedu (Fajrina, 2012).

c. Periode Kehamilan

Kehamilan yang normal akan berlangsung selama 38-40 minggu dan jika diukur dari hitungan hari maka kehamilan akan berakhir sesudah 226 hari atau 38 minggu pasca ovulasi atau kira-kira 40 minggu dari akhir hari pertama menstruasi terakhir. Seorang wanita baru dikatakan hamil bila pemeriksaan (dokter/bidan) telah menemukan tanda pasti kehamilan yaitu: mendengar detak jantung bayi, meraba bentuk janin, atau melihat dengan USG. Dengan pemeriksaan fisik kita dapat menemukan tanda kemungkinan hamil melalui tanda Hegar, Chadwig, Balottemen ditambah dengan pemeriksaan laboratorium untuk menentukan kadar HCG (human chorionic gonadotropine) di dalam urine yang ditemukan 4 minggu setelah HPHT (hari pertama haid terakhir) atau sekitar 2 minggu setelah pembuahan.

1.) Periode Trimester Pertama

Pada masa ini organ-organ tubuh janin mulai dibentuk (organogenesis). Kekurangan zat gizi pada rentang usia ini akan berdampak negatif pada perkembangan otak dan janin. Diperlukan pangan berkualitas bagi ibu hamil yang nutrisinya adekuat dan tidak bersifat/mengandung racun (bahan kimia berbahaya). Misalnya pengawet, pewarna, penyedap, pestisida yang ditambahkan di perkebunan, dan senyawa antibiotik serta hormon yang diberikan di peternakan. Menu ibu hamil harus benar-benar mengandung makanan



gizi seimbang. Pada periode ini sangat dibutuhkan penambahan protein dan asamfolat.

2.) Trimester Kedua

Pada masa ini asupan gizi masih fokus dipergunakan untuk pembentukan kepala dan badan janin. Pertumbuhan janin berlangsung sangat cepat. Minggu ke-19 konsepsi (minggu ke-21 HPHT). Di minggu ini berat janin sekitar 300 gram. Panjang janin dari puncak kepala hingga bokong mencapai 16-18 cm. Berbagai sistem organ mengalami perkembangan/pematangan dan terbentuk jaringan lemak sebagai bahan dasar bagi produksi panas tubuh serta sumber energi untuk beraktivitas.

3.) Periode Trimester Ketiga

Pada periode ini, faktor penyulit kehamilan semakin banyak. Oleh karena itu, sangat dibutuhkan dukungan suami dan keluarga untuk mengurangi rasa tidak nyaman, stress, ketakutan, dan terkadang dangat emosional. Ibu hamil harus membersihkan kulit, organ reproduksi, mandi, dan upayakan mengonsumsi makanan bervariasi dan gizi seimbang terutama sayur dan buah yang banyak mengandung vitamin A, C, E, dan serat (selulosa) serta minum air putih setidaknya 8 gelas per hari, dan cukup istirahat. Kebutuhan meningkat sesuai dengan kebutuhan janin yang sudah mampu menyimpan zat besi, vitamin, dan gula melalui plasenta. Kebutuhan air yang adekuat juga akan menjaga



suhu intra uterin nyaman untuk janin pada saat bernapas dan belajar mencerna (Manuaba, 2007).

d. Perubahan Fisik Selama Kehamilan

Kehamilan melibatkan berbagai perubahan fisik, perubahan sistem pencernaan, system respirasi, system traktus urinarius, sirkulasi darah serta perubahan psikologis. Selain menyebabkan perubahan fisik dan psikologis dari ibu, kehamilan juga menyebabkan perubahan sosial didalam keluarga dalam menyambut anggota keluarga baru. Kehamilan pada umumnya berkembang normal, namun kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan, sulit diprediksi apakah ibu akan bermasalah selama kehamilan atau baik-baik saja (Varney, 2007). Perubahan fisik pada tiap trimester antara lain:

1.) Trimester Pertama

Tanda-tanda fisik yang kadang dapat terjadi pada ibu adalah perdarahan sedikit (*spotting*) sekitar 11 hari setelah konsepsi, yakni pada saat embrio melekat pada lapisan uterus. Perdarahan ini biasanya kurang dari jumlah haid yang normal. Perubahan-perubahan fisik berikutnya biasanya adalah nyeri dan pembesaran payudara, kadang diikuti rasa lelah yang sangat dan sering kencing. Gejala ini akan dialami sampai 3 bulan berikutnya. “*Morning sickness*” (sakit di pagi hari) berupa mual dan muntah biasanya dimulai sekitar 8 minggu dan mungkin berakhir sampai 12 minggu. Setelah 12 minggu pertumbuhan janin dalam uterus dapat dirasakan ibu diatas simpisis pubis. Ibu akan



mengalami kenaikan berat badan sekitar 1-2 kg selama kehamilan trimester pertama.

2.) Trimester Kedua

Uterus akan membesar, setelah 16 minggu uterus biasanya berada pada pertengahan antara simpisis pubis dan pusat. Berat badan ibu bertambah sekitar 0,4- 0,5 kg/minggu. Ibu akan mulai merasa mempunyai banyak energy. Pada 20 minggu fundus uteri berada dekat dengan pusat atau sekitar 2-3 jari dibawah pusat. Payudara mulai mengeluarkan kolostrum. Ibu mulai merasakan gerakan janinnya.tampak perubahan kulit yang normal, berupa *cloasma*, *linea nigra*, dan *striae gravidarum*.

3.) Trimester Ketiga

Pembesaran uterus terus bertambah. Pada minggu ke 28 fundus uteri berada 3 jari diatas pusat antara pusat dan processus xipoideus. Pada minggu ke 32, fundus uteri berada pada pertengahan pusat dan processus xipoideus. Minggu ke 36, fundus uteri mencapai 3 jari bawah processus xipoideus. Payudara terasa penuh dan lunak, kembali terjadi sering sakit punggung dan sering kencing meningkat akibat tekanan uterus terhadap kandung kencing, tidur mungkin menjadi sulit, terasa kontraksi *Braxton Hicks* (his palsu) yang meningkat (Agustini, 2012).

Jarak kehamilan

Jarak kehamilan ibu hamil sangat mempengaruhi berat bayi yang



dilahirkan. Seorang ibu yang jarak kehamilannya dikatakan berisiko apabila hamil dalam jangka kurang dari dua tahun, dan hal ini jelas menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, sering terjadi immaturitas, prematuritas, cacat bawaan, atau janin lahir dengan berat badan yang rendah. Keadaan ini disebabkan karena kurangnya suplai darah nutrisi akan oksigen pada plasenta yang akan berpengaruh pada fungsi plasenta terhadap janin (Depkes RI,2003)

B. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Primigravida Dan Multigravida

1. Kehamilan Primigravida Dan Multigravida

Berdasarkan jumlahnya, kehamilan seorang wanita dapat dibedakan menjadi:

- 1) Primigravida adalah wanita yang hamil untuk pertama kalinya (Dorland, 2012). Sedangkan menurut Varney primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar. Ciri – cirinya adalah payudara tegang, puting susu runcing, perut tegang menonjol, striase livide, perineum utuh, vulva menonjol, hymen perforatus, vagina sempit, dengan rugae, portio runcing dan tertutup (Manuaba, 2007).
- 2) Multigravida adalah seorang perempuan yang telah hamil beberapa kali. Juga ditulis gravida II, III, dst., bergantung pada jumlah kehamilan (Dorland, 2012). Menurut Sarwono multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali. Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan dua hingga empat



kali (Manuaba, 2006). Ciri – cirinya adalah payudara lembek dan bekas dan menggantung, puting susu tumpul, perut lembek dan menggantung, striase livide dan ablikan, perineum terdapat bekas robekan, vulva terbuka, karunkulae mirtiformis, vagina longgar tanpa rugae, portio tumpul dan terbagi dalam bibir depan-belakang (Manuaba, 2007).

- 3) Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati ((Dorland, 2012). Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan lebih dari lima kali.
- 4) Kejadian bayi lahir rendah semakin berisiko terjadi pada kehamilan pertama / primigravida. Penelitian yang dilakukan di Pontianak menunjukkan bahwa kasus BBLR lebih banyak di temukan pada kelompok primigravida dari pada multigravida (wati, 2012). Primigravida pada masa remaja (≤ 20 tahun) berisiko terjadinya komplikasi kehamilan dalam persalinan. Komplikasi tersebut meliputi terjadinya BBLR, asifiksia, lahir mati dan persalinan preterm (≤ 37 minggu) (mutihir & Maduka, 2006). Penelitian lain dilakukan di Nigeria menyatakan bahwa terjadinya preeklamsia pada primigravida remaja (≤ 20 tahun) (Bako ,dkk.,2013)
- 5) Kasus BBIR pada primigravida berkaitan dengan usia ibu hamil. Usia ibu saat hamil berpengaruh terhadap kesiapan organ reproduksi untuk hamil. Usia optimal wanita untuk hamil adalah 20 – 35 tahun (manuaba,2012) usia ibu saat hamil juga berkaitan dengan usia wanita



saat menikah pada usia dini berpeluang untuk hamil pada usia muda pula.

Menurut Prawirohardjo, berdasarkan jumlahnya gravida dan para dibagi menjadi:

1. Gravida adalah seorang ibu yang sedang hamil.
2. Primigravida adalah seorang ibu yang sedang hamil untuk pertama kali.
3. Multigravida adalah seorang ibu yang hamil lebih dari 1 sampai 5 kali.
4. Nulipara adalah seorang ibu yang belum pernah melahirkan bayi untuk pertama kali.
5. Para adalah seorang ibu yang melahirkan bayi dan mampu hidup di luar kandungan.
6. Primipara adalah seorang ibu yang pernah melahirkan bayi hidup untuk pertama kali.
7. Multipara (pleura) adalah seorang ibu yang pernah melahirkan bayi beberapa kali (Prawirohardjo, 2008)

C. Tinjauan Umum Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

a. Definisi

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang sangat penting dan paling sering di gunakan pada bayi baru lahir (neonatus). Berat badan digunakan untuk mendiagnosa bayi normal atau BBLR. Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan saat lahir



kurang dari 2500 gr. BBLR dibedakan dalam dua kategori, yaitu bayi berat lahir rendah karena premature (umur kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR) yaitu bayi cukup bulan tetapi berat badan kurang untuk umurnya (Depkes RI, 2003).

Definisi bayi berat lahir rendah (BBLR) menurut *World Health Organization* (WHO) yaitu berat badan bayi saat lahir < 2.500 gr (5,5 pon). Berdasarkan pengamatan epidemiologi, Bayi dengan berat <2.500 gram mempunyai risiko 20 kali lebih tinggi untuk mengalami kematian dibandingkan dengan bayi yang berat badan yang normal. BBLR lebih banyak terjadi di negara berkembang jika dibandingkan dengan negara-negara maju (WHO, 2004). Menurut Manuaba (2010) istilah prematuritas telah diganti dengan BBLR karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan lahir < 2.500gr, yaitu karena umur kehamilan < 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya sekalipun umur cukup atau karena kombinasi keduanya.

b. Klasifikasi BBLR

BBLR dapat diklasifikasikan menjadi:

- 1) Bayi yang berat lahirnya kurang dari 2500gr, disebut bayi berat lahir rendah (BBLR)
- 2) Bayi dengan berat lahir sangat rendah (BBLSR) atau *very low birth weight* (VLBW) adalah bayi yang lahir dengan berat badan lahir antara 1500gr.



3) Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 1000gr (Sulistiani, 2014).

c. Gambaran Klinis/ Ciri- ciri Bayi BBLR

Menurut Proverawati (2010) diantaranya meliputi :

- a. Berat kurang dari 2500 gram
- b. Panjang kurang dari 45 cm
- c. Lingkar dada kurang dari 30 cm
- d. Lingkar kepala kurang dari 33 cm
- e. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang
- f. Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- g. Kepala lebih besar
- h. Kulit tipis transparan, rambut lanugo banyak, lemak kurang
- i. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya
- j. Otot hipotonik lemah merupakan otot yang tidak ada gerakan aktif pada lengan dan sikunya
- k. Pernapasan tidak teratur dapat terjadi apnea
- l. Ekstermitas : paha abduksi, sendi lutut/ kaki fleksi-lurus, tumit mengkilap, telapak kaki halus.
- m. Kepala tidak mampu tegak, fungsi syaraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah.
- n. Pernapasan 40 – 50 kali/ menit dan nadi 100-140 kali/ menit

Etiologi

Menurut Kosim (2008) diantaranya meliputi :



- a. Umur ibu hamil
 - b. Umur kehamilan
 - c. Satus gizi ibu hamil
 - d. Pemeriksaan kehamilan
 - e. Kehamilan ganda
 - f. Penyakit saat kehamilan
 - g. Faktor kebiasaan ibu.
- e. Permasalahan pada BBLR

Bayi dengan BBLR lebih mudah mengalami kematian atau mengalami masalah kesehatan yang serius. Bayi berat dan masa kehamilan menggambarkan risiko, semakin kecil bayi berat dan semakin muda masa kehamilan maka semakin besar risikonya. Masalah-masalah BBLR antara lain (Depkes RI, 2009):

1) Asfiksia

Berat lahir rendah bisa terjadi pada bayi yang kurang, cukup atau lebih bulan, semuanya berdampak pada proses adaptasi pernapasan waktu lahir sehingga mengalami asfiksia lahir. BBLR membutuhkan kecepatan dan keterampilan dalam tindakan resusitasi.

2) Gangguan Pernapasan

Gangguan napas yang sering terjadi pada BBLR kurang bulan adalah penyakit membran hialin, sedangkan pada BBLR lebih bulan adalah aspirasi mekonium. BBLR yang mengalami gangguan napas harus segera dirujuk ke fasilitas rujukan yang lebih tinggi.



3) Hipotermi

Hipotermi terjadi karena hanya sedikitnya lemak tubuh dan sistem pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum matang. Metode kanguru dengan kontak kulit ibu dengan kulit bayi membantu bayi BBLR agar tetap hangat.

4) Hipoglikemi

Hipoglikemi terjadi karena hanya sedikitnya simpanan energi pada bayi baru lahir dengan BBLR. Bayi dengan BBLR membutuhkan ASI sesegara mungkin setelah lahir dan minum sangat sering (setiap 2 jam) pada minggu pertama.

5) Masalah Pemberian ASI (Air Susu Ibu)

Masalah pada bayi BBLR yaitu ukuran tubuh bayi yang kecil, kurang energi, lemah, lambung kecil dan tidak dapat menghisap, sehingga menyebabkan bayi dengan BBLR membutuhkan bantuan dalam mendapatkan ASI . Pemberian ASI dilakukan dalam jumlah yang lebih sedikit tapi sering. BBLR dengan kehamilan ≥ 35 minggu dan berat badan lahir ≥ 2000 gr umumnya bisa langsung menetek.

6) Infeksi

Karena sistem kekebalan tubuh BBLR belum matang. Keluarga dan tenaga kesehatan yang merawat BBLR harus melakukan tindakan pencegahan infeksi antara lain dengan mencuci tangan dengan baik.



7) Ikterus (kadar bilirubin yang tinggi)

Ikterus terjadi karena fungsi hati belum matang. Bayi dengan BBLR menjadi kuning lebih awal dan lebih lama dari pada bayi yang cukup beratnya.

8) Masalah Pendarahan

Masalah pendarahan berhubungan dengan belum matangnya sistem pembekuan darah saat lahir. Beri vitamin K injeksi intramuscular dengan dosis tunggal 1 mg di paha kiri .

D. Tinjauan Umum Berbagai Aspek yang berhubungan dengan Kejadian BBLR

1. Umur Ibu

Pada dasarnya umur itu menunjukkan tentang lamanya seseorang hidup, beberapa literatur disebutkan kurang dari 20 tahun atau di atas 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya BBLR. Umur terlalu muda dan terlalu tua meningkatkan resiko persalinan. Umur ibu yang ekstrim biasanya dihubungkan dengan kejadian hasil akhir perinatal yang jelek diantaranya lahir mati, kematian perinatal, BBLR, kelahiran prematur dan kelainan congenital. Kesehatan reproduksi yang optimal 20-25 tahun (Winkjosastro, 2010).

Wanita hamil pada umur kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin, keadaan ini menyebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil dan semakin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan psikologi, sosial dan ekonomi



sehingga memudahkan terjadinya persalinan dengan bayi berat lahir rendah, sedangkan masalah kehamilan yang dihadapi wanita yang berumur 35 tahun adalah darah ke uterus sehingga mempengaruhi pertumbuhan janin, dengan kata lain gangguan pertumbuhan ini dapat menyebabkan lahirnya bayi berat lahir rendah. Kebutuhan zat gizi khususnya zat besi pada ibu hamil meningkat sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. Apabila terjadi peningkatan kebutuhan zat besi tanpa disertai oleh pemasukan yang memadai, maka cadangan zat besi akan menurun dan dapat mengakibatkan terjadinya anemia (Prawirohardjo, 2014).

Pembagian kehamilan berdasarkan usia kehamilan menurut WHO dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

- a. Preterm yaitu umur kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari)
- b. Aterm yaitu umur kehamilan antara 37 minggu sampai 42 minggu (259-293 hari)
- c. post-term yaitu umur kehamilan di atas 42 minggu (294 hari)

Bayi dengan BBLR sebagian besar (60%) dilahirkan oleh ibu dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu. Sehingga umur kehamilan yang kurang dapat menyebabkan makin kecil bayi yang dilahirkan. Hal ini disebabkan karena pertumbuhan dan perkembangan organ bayi belum sempurna (Liesmayani, 2012).

2. Paritas Ibu

Paritas adalah jumlah atau banyaknya persalinan yang pernah dialami ibu baik lahir hidup maupun mati. Paritas 2 sampai 3 merupakan paritas



paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Ibu dengan paritas tinggi lebih dari 3 memiliki angka maternal yang tinggi karena dapat terjadi gangguan endometrium. Penyebab gangguan endometrium tersebut dikarenakan kehamilan berulang. Sedangkan pada paritas pertama beresiko karena rahim baru pertama kali menerima hasil konsepsi dan keluwesan otot rahim masih terbatas untuk pertumbuhan janin (Winkjosastro, 2010).

Tingkat paritas lebih menariak perhatian peneliti dalam kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik daripada yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan penyakit-penyakit tertentu yang berkaitan dengan kehamilan (Notoatmodjo, 2012). Paritas dapat dibedakan menjadi nulipara yaitu paritas 0, primipara yaitu paritas 1, multipara yaitu paritas 2-4 dan grandemultipara yaitu paritas lebih dari 4 (Prawirohardjo, 2014).

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2006). Paritas dapat dibedakan menjadi beberapa klasifikasi yaitu primipara, multipara dan grandemultipara (Prawirohardjo, 2009).

a. Primipara adalah wanita yang melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar

Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali.



c. Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008).

3. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu. Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh informasi, sehingga kemampuan ibu lebih rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang (Winkjosastro, 2010).

4. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang di masyarakat. Banyak yang beranggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak yang banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Astuti, 2011).

5. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur-unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian-penilaian umum.

Pengaruh paritas yang tinggi akan memberikan resiko terhadap janin dimana nantinya akan diperoleh anak yang tidak sehat. Hal ini dapat terangkan bahwa setiap kehamilan yang disusul dengan persalinan akan menyebabkan kelainan-kelainan pada uterus. Dalam hal ini kehamilan



yang berulang-ulang menimbulkan kerusakan pada pembuluh darah di dinding uterus yang mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin akan berkurang dibanding pada kehamilan sebelumnya, keadaan ini akan mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin kelak dan akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Astuti, 2011).

6. Jarak Kehamilan

Kesehatan bayi erat kaitannya dengan jarak kehamilan. Bayi yang dilahirkan dengan jarak kehamilan yang pendek mempunyai resiko tinggi untuk menjadi sakit atau meninggal.

Pada saat hamil dan bersalin terjadi pada tubuh terutama kandungan ibu. Untuk itu dibutuhkan waktu untuk memulihkannya seperti sedia kala, waktu minimal agar kandungan pulih adalah 2 tahun dengan catatan kehamilan dan persalinan normal. Untuk kehamilan dan persalinan yang tidak normal membutuhkan waktu yang lebih panjang lagi. Jarak yang terlalu pendek untuk hamil, sehingga kandungan belum pulih akan meningkatkan resiko kematian perinatal apabila ibu hamil lagi.

Jarak kehamilan adalah rentan waktu antara umur anak yang terakhir dengan kehamilan sebelumnya. 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

pendek atau di bawah dua tahun akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester-trimester termasuk pada



plasenta, previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Manuaba, 2008).

7. Kadar Hb Ibu

Hemoglobin adalah zat warna dalam sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkat oksigen dan karbondioksida. Bila dalam darah kekurangan Hb maka oksigen yang dibawah darah keseluruh tubuh juga berkurang sehingga kebutuhan metabolisme jaringan tubuh terganggu termasuk pertumbuhan janin disalurkan melalui darah ibu ang dialirkan melalui plasenta dan tali pusat (Darmanelly, 2015).

Menurut WHO kejadian ibu hamil berkisar antara 20% sampai 89% dengan menetapkan Hb 11% sebagai dasarnya. Angka anemia kehamilan di Indonesia menunjukkan nilai yang cukup tinggi. Hoo Swie Tjiong menemukan angka kehamilan 3,8% pada trimester I, 13,6% trimester II, dan 24,8% pada trimester III. Kriteria orang dikatakan anemia adalah bila kadar Hb serum yaitu <11 gr%. Apabila kadar Hb serum kurang berarti kemampuan darah untuk mengikat dan membawa oksigen akan berkurang. Keadaan ini menyebabkan janin juga kekurangan zat makanan dan oksigen sehingga mengalami gangguan pertumbuhan. Ibu dengan anemia mempunyai resiko melahirkan bayi berat lahir rendah 1,3 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak menderita anemia dan mempunyai umur kehamilan rata-rata lebih pendek dibandingkan ibu normal (Manuaba,

012).



Oleh karena itu pemeriksaan Hb dianjurkan untuk dilakukan pada awal kehamilan dan kembali pada minggu ke-30 untuk mendapatkan gambaran akurat tentang status Hb (Depkes, 2010).

8. Pengukuran LILA

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil.

Di Indonesia batas ambang LILA dengan resiko KEK adalah 23,5 hal ini berarti ibu hamil dengan resiko KEK diperkirakan akan melahirkan bayi BBLR. Bila bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) akan mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan, dan gangguan perkembangan anak. Untuk mencegah resiko KEK pada ibu hamil sebelum kehamilan wanita usia subur sudah harus mempunyai gizi yang baik, misalnya dengan LILA tidak kurang dari 23,5 cm. Apabila LILA ibu sebelum hamil kurang dari angka tersebut, sehingga kehamilan ditunda sehingga tidak beresiko melahirkan BBLR.

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 (fajrina, 2012).



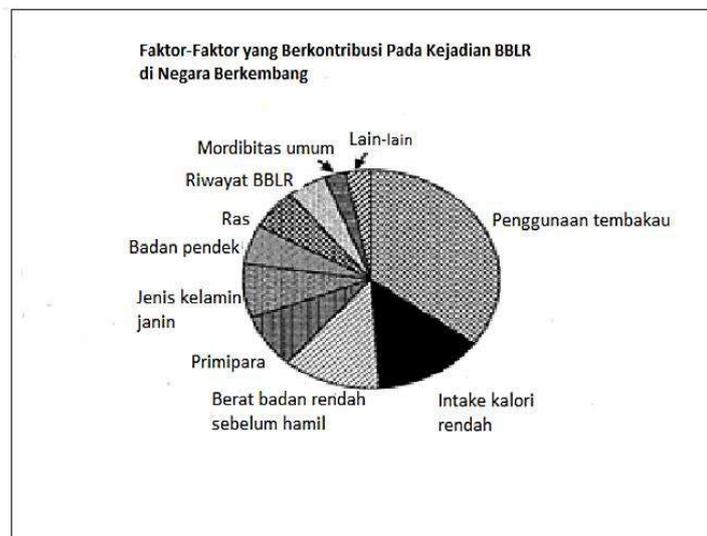
Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR, yaitu umur ibu, pendidikan, pekerjaan berat, status ekonomi, status gizi, komplikasi kehamilan, umur kehamilan, riwayat BBLR sebelumnya, riwayat penyakit, kehamilan ganda, tinggi badan, merokok, alkohol, obat-obatan terlarang. Determinan BBLR antara 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, faktor gaya hidup, faktor genetik, asupan nutrisi, dan anemia) (purwanto, 2016).

Menurut Depkes RI (2009), faktor risiko kejadian BBLR diantaranya ibu hamil yang berumur <20 dan >35 tahun, jarak kehamilan terlalu pendek, ibu mempunyai riwayat BBLR sebelumnya, mengerjakan pekerjaan fisik, mengerjakan pekerjaan fisik beberapa jam tanpa istirahat, sangat miskin, beratnya kurang dan kurang gizi, perokok, pengguna obat terlarang, alkohol, anemia, pre-eklamsi atau hipertensi, infeksi selama kehamilan, kehamilan ganda, bayi dengan cacat bawaan dan infeksi selama dalam kandungan. Menurut WHO (2004), faktor risiko kejadian BBLR yaitu status gizi, status ekonomi, pendidikan, komplikasi kehamilan, pekerjaan berat, umur kehamilan, umur ibu, riwayat BBLR sebelumnya, alkohol, merokok, obat-obatan terlarang, riwayat penyakit,

kehamilan ganda, tinggi badan dan tinggal di daerah ketinggian. Sedangkan menurut Manuaba (2010), faktor risiko kejadian BBLR yaitu



terdiri dari faktor ibu berupa KEK (Kekurangan Energi Kronik), usia ibu <20 dan >35 tahun, jarak hamil dan bersalin terlalu dekat, penyakit menahun seperti hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah dan pekerjaan yang terlalu berat. Kemudian faktor kehamilan berupa hamil dengan hidramnion, hamil ganda, pendarahan antepartum, komplikasi kehamilan: preeklamsi/eklamsi dan KPD (Ketuban Pecah Dini) dan faktor janin yang terdiri dari cacat bawaan dan infeksi dalam rahim.



Gambar 2.1 Faktor-Faktor yang Berkontribusi Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (WHO, 2004)

E. Hubungan jumlah kehamilan dengan kejadian BBLR

Penelitian lain yang dilakukan oleh Paneru et al (2014) di India menunjukkan bahwa primigravida secara signifikan lebih tinggi proporsinya (OR=1,31) untuk melahirkan BBLR dibandingkan multigravida. Hasil penelitian Assefa et al (2012) di Ethiopia menunjukkan bahwa ibu dengan kehamilan pertama dan kehamilan lebih dari 7 kali, lebih banyak melahirkan BBLR di bandingkan ibu dengan kehamilan 1-6. Primigravida



gravida ≥ 4 lebih berisiko mengalami komplikasi persalinan dan melahirkan BBLR daripada gravida 2-4 (Sa'adah, 2013). Sebagian besar primigravida (kelahiran pertama) belum mampu beradaptasi terhadap hormon estrogen dan gonadotropin, berbeda dengan multigravida yang lebih siap terhadap perubahan fisik dan mental ketika masa kehamilan karena pengalaman kehamilan sebelumnya, ibu primigravida memerlukan adaptasi yang lebih untuk kesiapan fisik dan mentalnya (Shodiqoh, 2014).

Semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami oleh ibu semakin tinggi risiko untuk mengalami komplikasi, hal ini dapat diterangkan bahwa setiap kehamilan yang disusul dengan persalinan akan menyebabkan kelainan uterus dalam hal ini kehamilan yang berulang-ulang menyebabkan sirkulasi nutrisi ke janin terganggu. Adanya hubungan gravidarum dengan kejadian BBLR disebabkan persalinan pada paritas > 3 dapat menyebabkan risiko kehamilan seperti plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan post partum, dan penyulit– penyulit lainnya.



F. Tabel Sintesa Penelitian

No	Peneliti	Judul Peneliti	Variabel yang diteliti
1.	Titiek Setyowati (1994)	Faktor – faktor Yang mempengaruhi BBLR (analisa data SDKI 1994)	Faktor yang mempengaruhi BBLR karakteristik sosial ekonomi pendidikan, pekerjaan, status ekonomi), biomedis dan riwayat persalinan (umur, urutan anak, keguguran / lahir mati) dan pelayanan antenatal (frekuensi periksa hamil, tenaga periksa hamil, umur kandungan saat periksa hamil.
2.	Yustina Wahyu (1995)	Beberapa factor risiko yang Berhubungan dengan BBLR di RSUD Kabupaten Temanggung	Faktor – faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR (umur ibu, paritas, riwayat kehamilan, perawatan selama kehamilan (ANC), dan penyakit ibu selama kehamilan
3.	Trisnani widiastuti (2000)	Beberapa faktor maternal dan sosial ekonomi yang berhubungan BBLR	Faktor resiko yang mempengaruhi BBLR (paritas, jarak kelahiran, frekuensi ANC, penyakit selama kehamilan, tingkat pendidikan ibu dan pendapatan keluarga).
4.	Yuli K (2004)	Hubungan pendidikan dan pengetahuan gizi ibu dengan berat bayi lahir di SUD dr Moewardi Surakarta.	Hubungan pendidikan dan pengetahuan gizi ibu dengan berat bayi yang dilahirkan
5.	Sarwani (2006)	Beberapa factor yang berhubungan dengan kejadian BBLR	Menganalisis hubungan antara umur ibu, paritas, jarak kehamilan, riwayat kehamilan, kelengkapan ANC, penyakit selama kehamilan dengan kejadian BBLR.
		Faktor kesehatan reproduksi ibu hamil dan hubungannya dengan kejadian bayi berat	Menganalisis umur ibu, paritas, jarak kelahiran, status anemia, ukuran LILA, tinggi badan,



		lahir rendah di kota Sukabumi tahun 2005-2006	kenaikan.berat badan, pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, pengeluaran konsumsi non Pangan .
7.	Hariati Lestari (2007)	Analisis faktor risiko kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di kota Kendari tahun 2007	Menganalisis seks janin, eteraturan ANC, jumlah rokok yang diisap suami, paritas, jarak kelahiran, anemia.
8.	Bertin mellisa (2014)	Hubungan Antara Preeklampsia Dengan Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di RSUD Anutapura Palu	Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan <i>Case-control</i> , dengan menggunakan data sekunder rekam medik di RSUD Anutapura Palu tahun 2011-2012. Dari hasil penelitian, didapatkan hubungan yang bermakna secara statistik antara preeklampsia dengan kejadian bayi BBLR.
9.	Feibi (2015)	Hubungan Usia Ibu Bersalin Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di RS Pancaran Kasih Gmim Manado	Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif analitik dengan pendekatan retrospektif. Hasil penelitiannya diperoleh bahwa adanya hubungan antara usia ibu bersalin dengan kejadian BBLR periode Januari sampai Desember 2014 di RS Panca Kasih Gmim Manado Hasil analisis <i>Chi square</i> menunjukkan jarak kehamilan mempunyai hubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai OR= 4,0, berarti ibu dengan jarak kehamilan <21 dan >51 bulan memberi peluang 4 kali terhadap kejadian BBLR.
10.	Aulia (2010)	Hubungan Jarak Kehamilan Dengan Kejadian BBLR di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2011	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan jumlah kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD Anutapura kota Palu yaitu semakin rendah jumlah kehamilan maka semakin berisiko untuk



11.	Zelfiyanti (2016)	Hubungan Jumlah Kehamilan Dengan Kejadian BBLR di RSUD Anutapura Tahun 2016	terjadinya kejadian BBLR. Faktor Risiko Terjadinya BBLR, tetapi berisiko untuk melahirkan bayi BBLR 1,476 kali lebih besar dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan >2 tahun.
12.	Cynthia Putri H.*), Siti Fatimah P.**), M. Zen Rahfiludin**)	Berhubungan dengan kejadian Berat badan lahir rendah (bblr) di kabupaten kudu	Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan jumlah kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD Anutapura Kota Palu yaitu semakin rendah jumlah kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya kejadian BBLR. Faktor risiko terjadinya BBLR, tetapi berisiko untuk melahirkan bayi BBLR 1,476 kali lebih besar dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan >2 tahun.
13.	Karlina sulistiani (2014)	Factor risiko kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja puskesmas kota tangerang selatan tahun 2012 – 2014	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tinggi analisis menggunakan uji OR. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tinggi badan ibu ≤ 145 cm berisiko 6,337 kali, umur kehamilan ≤ 37 berisiko 143,5 kali KEK berisiko 8,179 kali dan anemia berisiko 3,989 kali menyebabkan BBLR.
14.	Yulistini (2012)	Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian berat badan lahir rendah di RSUP Dr. M. Djamil Padang.	BBL prematur atau dismatur, faktor risiko ibu yaitu usia ibu saat melahirkan, jarak kelahiran, paritas teratogen, penyakit medis ibu, anemia, riwayat obstetri buruk dan status gizi ibu.



Permana

Analisis faktor risiko bayi berat lahir rendah (BBLR)

Faktor risiko yang dinilai pada studi ini meliputi usia ibu, jumlah

16.	Sri Sumarni (2015)	di unit pelayanan terpadu (UPT) kesehatan masyarakat (kesmas) ganyar I tahun 2016-2017 Analisis risiko kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR) pada primigravida.	paritas, status anemia, status gizi, jarak kehamilan, kehamilan ganda, dan usia gestasi. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah usia ibu saat hamil, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, umur kehamilan, frekuensi dan kualitas ANC, dan tabu makanan dan kejadian BBLR.
17.	Intan Kumalasari (2014).	Faktor resiko dan angka kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2014.	Variabel yang diteliti adalah berat bayi lahir rendah, umur ibu, usia kehamilan, paritas, kadar hemoglobin, riwayat abortus, riwayat preeklamsi, riwayat DM kehamilan ganda, jenis kelamin janin, pendidikan dan pekerjaan

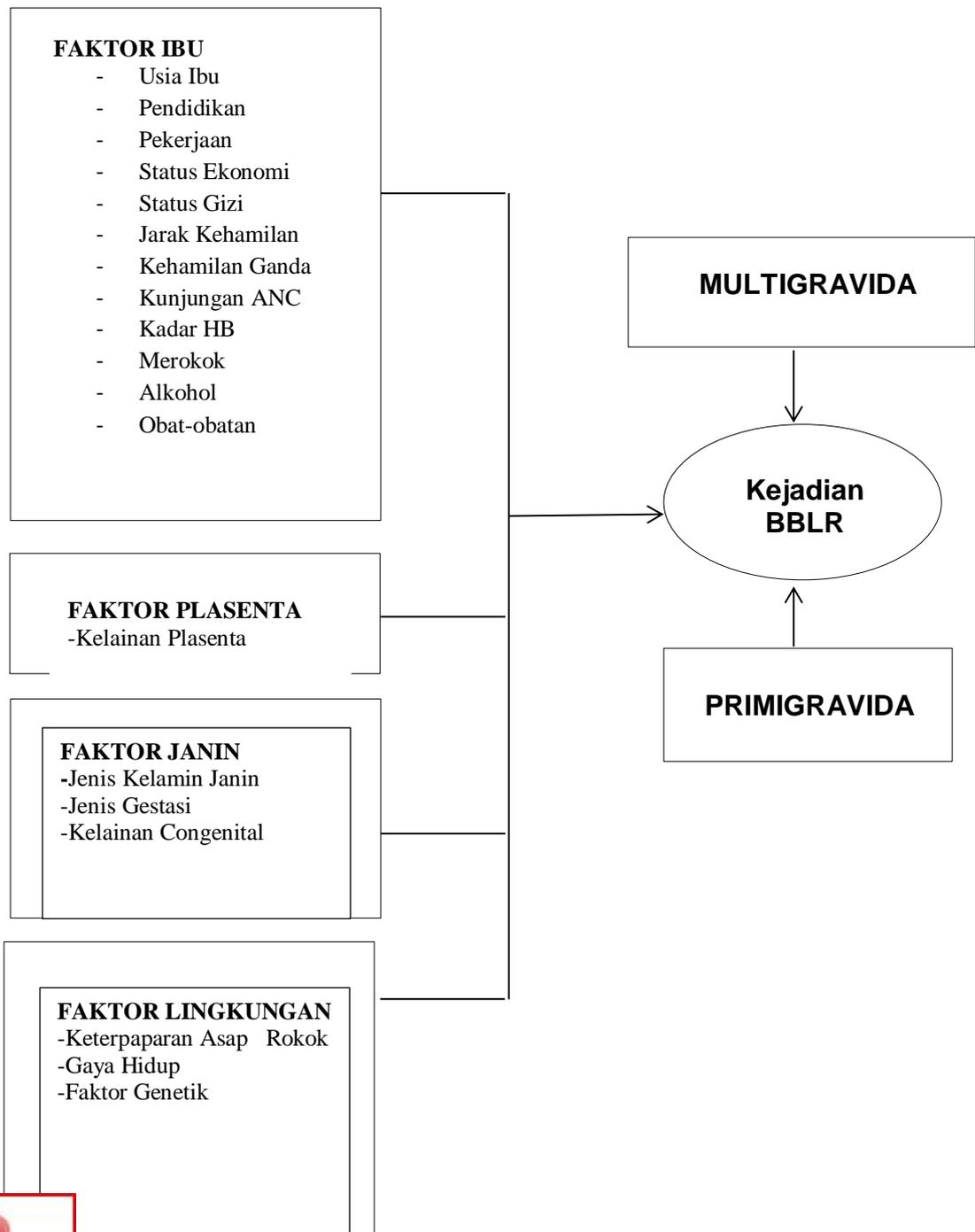
G. Kerangka Teori

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Menurut jumlahnya, kehamilan diklasifikasikan menjadi primigravida dan multigravida. Primigravida adalah keadaan di mana seorang wanita mengalami masa kehamilan untuk pertama kalinya, sedangkan multigravida adalah wanita yang hamil lebih dari dari 1 kali (Manuaba, 2007).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat pada saat kelahiran < 2.500 gram tanpa memandang masa gestasi (Sulaha, 2015). BBLR diklasifikasikan menjadi bayi berat lahir rendah



(BBLR), bayi dengan berat lahir sangat rendah (BBLSR), bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR) (Sulistiani, 2014).

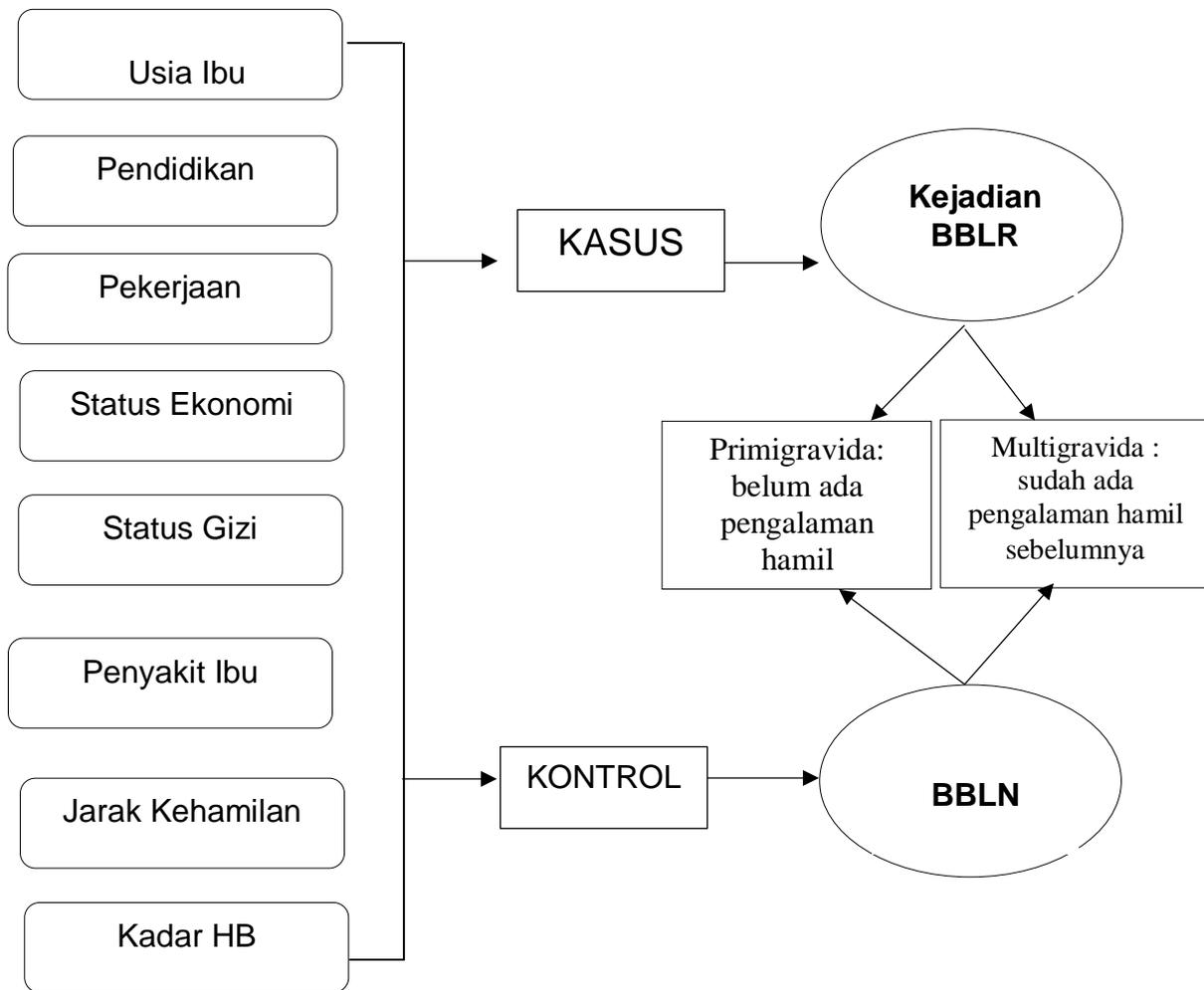


Gambar 2.1. Kerangka Teori

diembangkan oleh Purwanto (2016), Manuaba (2007), Sulistiani (2014).



H. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



= **Variabel Independen**



= **Variabel Dependen**



I. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati (Hidayat, 2007). Dalam penelitian ini terdapat beberapa definisi operasional sebagai berikut:

1) Umur Ibu

a. Definisi : Pada dasarnya umur itu menunjukkan tentang lamanya seseorang hidup, beberapa literatur disebutkan kurang dari 20 tahun atau di atas 35 tahun merupakan faktor resiko terjadinya BBLR.

b. Alat Ukur: Kuesioner

c. Skala Pengukuran : Skala pengukuran menggunakan data kategorik
Skala 0 untuk Ibu Beresiko dengan umur <20 tahun dan >35 tahun
Skala 1 untuk ibu tidak beresiko dengan umur 20-35 tahun.

(Winkjosastro, 2010)

2) Pendidikan Ibu

a. Definisi : Jenjang sekolah formal tertinggi yang dicapai oleh seseorang.

b. Alat Ukur: Kuesioner

c. Skala pengukuran : Pada saat pengukuran digunakan data kategorikal kemudian saat dilakukan analisis diubah menjadi dikotomi,

Skor 0 untuk Pendidikan Dasar atau rendah (SD, SMP sederajat)

Skor 1 untuk Pendidikan Lanjutan atau tinggi (SMA, Akademi, PT)

(Winkjosastro, 2010).



3) Pekerjaan

- a. Definisi: Pekerjaan adalah simbol status seseorang di masyarakat.
- b. Alat Ukur: Kuesioner
- c. Skala Pengukuran: Pada saat pengukuran digunakan data kategorikal kemudian saat dilakukan analisis diubah menjadi dikotomi,
Skor 0 Untuk Ibu yang tidak bekerja (IRT)
Skor 1 Untuk Ibu yang bekerja (Non-IRT).
(Astuti, 2011)

4) Status Ekonomi

- a. Definisi : Status ekonomi adalah tinggi rendahnya prestise yang dimiliki seseorang berdasarkan kedudukan yang dipegangnya dalam suatu masyarakat.
- b. Alat Ukur: Kuesioner
- c. Skala Pengukuran: Status ekonomi ditentukan berdasarkan Upah Minimum Kota (UMK) palu tahun 2019 yaitu Rp.2.415.435
Skor 0 : Status ekonomi rendah jika penghasilan < UMK
Skor 1 : Status ekonomi tinggi jika penghasilan > UMK
(Sumarni,2011)

5) Status Gizi Ibu :

- a. Definisi : pemenuhan nutrisi ibu yang dilihat dari lingkaran lengan ibu pada buku KMS saat hamil.
- b. Alat ukur : pita LILA dilihat di buku KMS atau rekam medis



c. Skala pengukuran : Pada saat pengukuran digunakan data kategorikal kemudian saat dilakukan analisis diubah menjadi dikotomi,

Skor 0 untuk LILA < 23,5 cm

Skor 1 untuk LILA \geq 23,5 cm

(purwanto, 2016)

6) Penyakit Ibu

a. Definisi: Penyakit yang didapat pada saat kehamilan (Hipertensi pada kehamilan, diabetes mellitus, pre-eklampsia dan eklampsia

b. Alat Ukur: Kuesioner

c. Skala Ukur:

Skor 0 Jika tidak ada penyakit yang ditemukan saat kehamilan.

Skor 1 Jika ada penyakit yang didapat saat kehamilan.

(Prawirohardjo, 2014).

7) Jarak Kehamilan

a. Definisi: Jarak kehamilan adalah rentan waktu antara umur anak yang terakhir dengan kehamilan sebelumnya .

b. Alat Ukur: Kuesioner

c. Skala Ukur:

Skor 0 jika jarak kehamilan < 2 tahun

Skor 1 jika jarak kehamilan > 2 tahun

(Manuaba, 2008)



8) Kadar Hb

a. Definisi: Hemoglobin adalah zat warna dalam sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkat oksigen dan karbondioksida.

b. Alat Ukur: Buku KMS atau rekam medis

c. Skala pengukuran:

Skor 0 Jika Ibu anemia yaitu Hb serum <11 gr%.

Skor 1 Jika Ibu tidak anemia yaitu Hb Serum >11 gr%

(Manuaba, 2012)

9) Bayi BBLR

a. Definisi: bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram.

b. Alat ukur: buku KMS atau rekam medis

c. Skala pengukuran : Pada saat pengukuran digunakan data kategorikal kemudian saat dilakukan analisis diubah menjadi dikotomi,

Skor 0 Untuk $BB \geq 2500$ gram

Skor 1 untuk $BB < 2500$ gram

(Manuaba, 2010)

J. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan faktor risiko usia ibu terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
2. Ada hubungan faktor risiko pendidikan terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.



3. Ada hubungan faktor risiko pekerjaan terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
4. Ada hubungan risiko status ekonomi terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
5. Ada hubungan risiko status gizi terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida.
6. Ada hubungan risiko penyakit ibu terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida
7. Ada hubungan risiko jarak kehamilan terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida
8. Ada hubungan risiko kadar Hb terhadap kejadian berat bayi lahir rendah pada kehamilan primigravida dan multigravida

