**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH**

**DI RUANGAN PERINATOLOGI**

**RSUD SOLOK SELATAN**

**TAHUN 2014**

**Penelitian Keperawatan Anak**

**SKRIPSI**

***Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan***

***Program pendidikan sarjana Keperawatan Stikes perintis Sumbar***



**RATIH GUMALA SARI**

**NIM : 12103084105102**

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

**PERINTIS BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Berat Badan Lahir Rendah adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram. Dahulu bayi baru lahir yang berat badan lahir kurang atau sama dengan 2500 gram disebut prematur (Yushananta, 2009). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi (neonatus) yang lahir dengan memiliki berat badan kurang dari 2500 gram atau sampai dengan 2499 gram (Rahayu, 2009). BBLR berkaitan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, juga dapat berdampak serius pada kualitas generasi mendatang, yaitu akan memperlambat pertumbuhan dan perkembangan anak, serta berpengaruh pada penurunan kecerdasan (Depkes RI, 2008).

Prevalensi Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran didunia dengan batasan 3,3% – 38% dan lebih sering di negara-negara berkembang atau sosio ekonomi rendah.Statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibandingkan pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupan di masa depan (Depkes RI, 2008)

Kondisi dan kelangsungan hidup bayi dengan berat badan lahir rendah sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi ibu, baik pada saat hamil maupun sebelum hamil.Berat badan ibu sebelum hamil dan kenaikan berat badan ibu selama hamil sangat mempengaruhi hasil dari kehamilan tersebut. Resiko bayi lahir dengan berat badan lahir rendah akan meningkat pada kasus ibu hamil dengan kekurangan berat badan. Wanita yang berat badannya kurang sebelum hamil cenderung melahirkan lebih cepat dan melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Upaya untuk mendapatkan generasi yang sehat, maka kesehatan reproduksi merupakan masalah penting untuk diperhatikan. Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan dan jiwa ibu maupun janin yang dikandung. Keadaan ini dikenal dengan faktor risiko (Prawirohardjo, 2005). Faktor resiko dapat spesifik untuk hasil kehamilan tertentu, seperti usia pada saat hamil yang terlalu muda atau terlalu tua merupakan salah satu faktor risiko yang dapat mempengaruhi hasil kehamilan disamping akibat resiko lainnya. Kehamilan pada usia muda mempunyai resiko hampir 3 kali lipat untuk melahirkan bayi BBLR dibandingkan ibu yang hamil berusia 20 tahun atau lebih (Jumirah, 2002).

Berat Badan Lahir Rendah dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor ibu dan faktor janin. Kelainan-kelainan ibu yang mempengaruhi pertumbuhan dan kesehatan janin, selain umur ibu, status gizi ibu hamil, jarak kehamilan, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, kebiasaan merokok, anemia, hipertensi, juga mempengaruhi berat badan lahir, dan faktor janin seperti jenis kelamin, cacat bawaan dan infeksi virus dan bakteri (Manuaba, 2010).

Angka kejadian BBLR di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%. Di Sumatera Barat pada tahun 2009 kejadian BBLR sebanyak 1.573 bayi (1,44%) dari 97.411 bayi yang lahir dan bayi BBLR yang ditangani 1.307 bayi (83%) (ProfilKesehatan Sumatera Barat).

 Berdasarkan data Dinas Kesehatan Solok Selatan, Tahun 2011 jumlah bayi Lahir Hidup 2951 bayi, danbayi yang Lahir Mati berjumlah 36 ( 1%). Salah satu penyebab kematian bayi yaitu BBLR sebanyak 11 bayi (31%)dari 58( 2%) bayi yang lahir dengan BBLR. Pada tahun 2012 terdapat3145 angka kelahiran bayi , 63 bayi (2%) lahir dengan BBLR. Dari 7 kecamatan yang ada di Kabupaten Solok Selatan, angka kelahiran Bayi BBLR tertinggi tahun 2012 terletak di Kecamatan Sungai Pagu wilayah RSUD Solok Selatan yaitu lebih dari 50% yakni 32 (51%) bayi. Dimana terjadi peningkatan angka kelahiran bayi BBLR tiap tahunnya di Kabupaten Solok Selatan yaitu pada tahun 2011 sebanyak 32 bayi menjadi 63 bayi di tahun 2012.

Survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 20 September 2013 di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan, terhadap 14 orang ibu yang mempunyai bayi dengan BBLR, ditemukan bahwa 4orang ibu masih berumur di bawah 20 tahun, dan 2 orang ibu berumur diatas 35 tahun,2 orang ibu mengatakan ekonominya kurang pada saat hamil dan 2 orang ibu mengatakan tingkat pendidikan yang rendah, pendidikan yang hanya sampai SMP, dan 2 orang ibu lagi menderita hipertensi.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan yaitu dari seluruh kelahiran dan belum adanya penelitian tentang Faktor – Faktor Yang Berhubungan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan dari latar belakang diatas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah Faktor – faktor apa saja yang berhubungan denganKejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok SelatanTahun 2013.

* + 1. **Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan.

* + 1. **Tujuan Khusus**
			1. Diketahuinya distribusi frekuensi kejadian Berat Badan Lahir Rendah diRuangan Perinatologi RSUD Solok SelatanTahun 2013
			2. Diketahuinya distribusi frekuensi umur ibu di Ruangan Perinatologi RSUD Solok SelatanTahun 2013
			3. Diketahuinya distribusi frekuensistatus gizi ibu di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			4. Diketahuinya distribusi frekuensi tingkat pendidikan ibu di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			5. Diketahuinya distribusi frekuensi ibu yang hipertensi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			6. Diketahuinya hubungan umur ibu dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			7. Diketahuinya hubunganstatus gizi ibu dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			8. Diketahuinya hubungan tingkat pendidikan ibu dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013
			9. Diketahuinya hubungan ibu yang hipertensi dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013

**1.4 Manfaat Penelitian**

1.4.1 Bagi Peneliti

 Sebagai bahan untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti khususnya di bidang Kesehatan Ibu dan Anak.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

 Sebagai bahan masukan bagi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 dalam pelaksanaan Program Kesehatan Ibu dan Anak.

1.4.3 Bagi Stikes Perintis

 Sebagai tambahan informasi bagi Mahasiswa dan Masyarakat tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan berat badan lahir rendah

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjuntnya

Sebagai referensi bagi peneliti berikutnya.

**1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui “ Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 ” Penelitian ini dilakukan pada tahun 2013. Desain Penelitian yang digunakan adalah penelitian analitik dengan menggunakan desain *Case Control.* Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel adalah perbandingan 1:1 antara kasus dan kontrol (Notoatmodjo, 2010).

Cara pengumpulan data dari penelitian ini yaitu data umur ibu, status gizi ibu, tingkat pendidikan, hipertensi diperoleh dari sumber data sebagai data sekunder dari pihak RSUD Solok Selatan yang dikumpulkan dengan format pengumpulan data melalui studi dokumentasi. Populasi dalam penelitian adalah ibu yang melahirkan bayi dengan BBLR sebanyak 29 orangini kelolkmpok kasus dan ibu yang melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Normalsebanyak 29 orang sebagai kelompok kontrol di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan, jadi total populasi 58 orang ibu. Dalam penelitian ini teknik yang dipakai Accidental Sampling. Data dianalisis secara Univariat dan Bivariat menggunakan sistem komputerisasi.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Berat Badan Lahir Rendah**

**2.1.1 Defenisi**

Berat Badan Lahir Rendah ( BBLR ) adalah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram. Dahulu neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram atau sama dengan 2.500 gram disebut prematur. Pada tahun 1961 oleh WHO semua bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram disebut *Low Birth Weight Infants*( Berat Badan Lahir Rendah )( Yushananta, 2009 ).

Berdasarkan kurva pertumbuhan intrauterin dari Lubchenko, maka kebanyakan bayi prematur akan dilahirkan dengan berat badan yang rendah, berat badan lahir rendah dibedakan atas Berat Lahir Sangat Rendah (BLSR), yaitu bila berat bayi lahir kurang dari 2.500 gram, dan Berat Lahir Amat Sangat Rendah (BLSAR), yaitu bila berat bayi lahir kurang dari 1.500 gram (Yushananta, 2009).

Bayi dengan berat badan lahir rendah, baik karena prematuritas/pertumbuhan di dalam uterus yang buruk, bayi ini rentan terhadap kehilangan panas dan memerlukan resusitasi seorang yang ahli (Liu David, 2008).

**2.1.2 Etiologi BBLR**

Menurut Mitayani ( 2011 ) etiologi atau penyebab dari BBLR maupun usia bayi belum sesuai dengan masa gestasinya(komplikasi obstetri) adalah sebagai berikut :

 a. *Multiple gestation*

b. *Incompetence*

c. Pro *(Premature Rupture Of Membran)* dan korionitis

 d. Pregnacy Induce Hypertention *( PIH )*

 e. Plasenta previa

 f. Ada riwayat kehamilan prematur

**2.1.3 Klasifikasi pada berat badan lahir rendah**

Menurut WHO, Berat Badan Lahir Rendah sebagai kelahiran bayi dengan berat lahir kurang 2500 gram. Bayi dengan berat badan lahir rendah dapat di bagi menjadi 2 golongan yaitu :

**2.1.3.1 Prematuritas**

Masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan beratgestasinya

**2.1.3.2 Dismaturitas**

Bayi lahir dengan berat kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasi itu. Berat bayi mengalami retardasi pertumbuhan intra uterin. Janin terus tumbuh setelah kehamilan 36 minggu, tetapi dengan kecepatan yang lebih rendah.

**2.1.4 Karakteristik berat badan lahir rendah**

Menurut Manuaba (2010), karakteristik Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah sebagai berikut :

 1). Berat < dari 2500 gram

 2). Panjang Badan < dari 45 cm

 3). Lingkar dada < 30 cm, Lingkar kepala < 33 cm

 4). Umur kehamilan < 37 minggu

 5). Kepala relatif besar, kepala tidak mampu tegak

 6). Kulit tipis, transparan, rambut lanugo banyak, lemak kulit kurang, otot

 hipotonik lemah

7). Pernafasan tidak teratur dapat terjadi gagal nafas, pernafasan sekitar

 40-50x/i

 8). Kepala bayi tidak mampu tegak

 9). Frekuensi nadi 100- 140 x/i

**2.2 Faktor Ibu**

**2.2.1 Umur Ibu Hamil**

Umuribu erat kaitannya dengan berat bayi lahir, kehamilan di bawah umur 20 tahun merupakan kehamilan beresiko tinggi. 2 – 4 kali lebih tinggi di bandingkan dengan kehamilan pada wanita yang cukup umur. Pada umur yang masih muda, perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal. Selain itu emosi dan kejiwaanya belum cukup matang, sehingga pada saat kehamilan ibu tersebut belum dapat menanggapi kehamilanya secara sempurna dan sering terjadi komplikasi. Selain itu semakin muda usia ibu hamil, maka anak yang dilahirkan semakin ringan.

Kehamilan pada umur lebih dari 35 tahun juga mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadinya kelahiran BBLR sehubungan dengan alat reproduksinya telah berdegenerasi dan terjadi gangguan keseimbangan hormonal. Fungsi plasenta yang tidak adekuat sehingga menyebabkan kurangnya produksi progesteron dan mempengaruhi iritabilitas uterus, menyebabkan perubahan-perubahan serviks yang pada akhirnya akan memicu kelahiran prematur. Umur ibu hamil yang lebih tua juga dihubungkan dengan adanya penyakit-penyakit yang menyertainya.

Meski kehamilan dibawah umur sangat beresiko tetapi kehamilan di atas 35 tahun juga tidak di anjurkan, sangat berbahaya. Mengingat usia ini muncul penyakit seperti hipertensi, tumor jinak peranakan, atau penyakit degeneratif pada persendian tulang belakang dan panggul, maka sebaikya merencanakan kehamilan pada usia antara 20 – 35 tahun.

Hendaknya ibu merencanakan kehamilannya pada kurun waktu umur produksi sehat yaitu 20-35 tahun.Dari segi biologis, wanita pada umur muda (kurang dari 20 tahun) memiliki perkembangan organ-organ reproduksi yang belum matang. Keadaan ini akan menyebabkan kompetisi dalam mendapatkan nutrisi antara ibu yang masih dalam tahap perkembangan dan janinnya. Dari segi kejiwaan, belum siap dalam menghadapi tuntutan beban moril, mental, dan emosional yan menyebabkan stress psikologis yang dapat mengganggu perkembangan janin.Usia remaja memberikan risiko terjadinya kelahiran BBLR empat kali lebih besar dibandingkan dengan kelahiran pada usia reproduktif sehat.

Para peneliti juga menemukan bahwa kelahiran BBLR pada usia remaja ternyata tidak hanya disebabkan oleh umur ibu yang masih muda tetapi juga disebabkan oleh faktor lain yang berhubungan dengan usia remaja seperti tingkat pendidikan, perawatan antenatal, berat badan sebelum hamil, kesiapan psikologik dalam menerima kehamilan, penerimaan lingkungan sekitar terhadap kehamilannya, yang nantinya akan menimbulkan stress.

**2.2.2 Status Gizi Ibu**

Gizi ibu hamil adalah makanan sehat dan seimbang yang harus dikonsumsi ibu selama masa kehamilannya.Gizi diartikan sebagai proses organisme menggunakanmakanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses pencernaan,penyerapan, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat gizi untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normalorgan tubuh serta untuk menghasilkan tenaga. (Mitayani, 2011).

 Keadaan gizi ibu sebelum hamil sangat besar pengaruhnya pada berat badan bayi yang dilahirkan. Pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan sangat dipengaruhi oleh makanan yang dimakan oleh ibunya. Agar dapat melahirkan bayi dengan normal, ibu perlu mendapatkan asupan gizi yang cukup (Moehji, 1998).

 Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, aspiksia intra pachey (mati dalam kandungan), lahir dengan BBLR ( Lubis, 2003 ).

Kebutuhan makanan/gizi ibu hamil per hari (sumber: Widya Karya Pangan dan Zat Gizi Indonesia).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jenis Makanan** | **Jumlah yang Dibutuhkan** | **Jenis Zat Gizi** |
| Sumber zat tenaga (karbohidrat) | 10 porsi nasi/pengganti2 sdm gula4 sdm minyak goring | Karbohidrat |
| Sumber zat pembangun dan mineral | 7 porsi terdiri dari:2 ptg ikan/daging, @ 50 gr3 ptg tempe/tahu, @50-75 gr1 porsi kacang hijau/merah | Protein, vitamin |
| Sumber zat pengatur | 7 porsi terdiri dari :4 porsi sayuran berwarna @ 100 gr3 porsi buah2an @ 100 gr | Vitamin dan mineral |
| Susu | 2-3 gelas | Karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral |

**2.2.3 Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan juga mempunyai hubungan yang eksponensial dengan tingkat kesehatan.Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah menerima konsep hidup sehat secara mandiri, kreatif dan berkesinambungan (Depkes RI.2000).Tingkat pendidikan seorang ibu akan sangat berpengaruh dalam penerimaan informasi yang diterima. Ibu dengan pendidikan yang cukup akan melakukan hal-hal yang diperlukan oleh bayi. Misalnya kesadaran untuk memenuhi gizi, imunisasi, pemeriksaan berkala (antenatal care). Sebaliknya pendidikan yang rendah akan sulit bagi seorang ibu untuk menerima inovasi dan sebagian besar kurang mampu menciptakan kebahagiaan dalam keluarganya, selain itu kurang menyadari betapa pentingnya perawatan sebelum melahirkan.

**2.2.4 Jarak Kehamilan**

Jarak kehamilan adalah jarak antara persalinan terakhir dengan kehamilan berikutnya (*pregnancy spacing*).Jarak kehamilan yang baik adalah antara 2-5 tahun. Karena jarak kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) dapat menimbulkan risiko terganggunya pertumbuhan janin sehingga mengakibatkan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Depkes RI,2008).

Jarak kehamilan yang terlalu dekat dari kehamilan sebelumnya dapat mengakibatkan ketidakmampuan plasenta dalam mentransfer zat gizi yang dibutuhkan janin yang mengakibatkan terjadinya kekurangan gizi pada janin yang akhirnya dapat mengakibatkan terjadinya BBLR (Mitayani, 2011).

 Hal ini jelas berpengaruh positif terhadap pertumbuhan janin dalam kandungannya. Selain itu dengan pendidikan dan informasi cukup yang dimiliki ibu diharapkan pelaksanaan Keluarga Berencana dapat berhasil sehingga dapat membatasi jumlah anak, menjarangkan kehamilan, dan dapat menunda kehamilan jika menikah pada usia muda.

**2.2.5 Penambahan Berat Badan Ibu Hamil**

Pertambahan berat badan ibu hamil merupakan pencerminan dari status gizi ibu hamil.Bertambahnya berat badan ibu sangat berarti sekali bagi kesehatan ibu dan janin. Pada ibu yang menderita kekurangan energi dan protein (status gizi kurang) maka akan menyebabkan ukuran plasenta lebih kecil dan suplai nutrisi dari ibu ke janin berkurang, sehingga terjadi reterdasi perkembangan janin intrautera dan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Penambahan berat badan ibu semasa kehamilan menggambarkan laju pertumbuhan janin dalam kandungan. Pada usia kehamilan trimester 1 laju pertambahan berat badan ibu belum tampak nyata karena pertumbuhan janin belum pesat, tetapi memasuki usia kehamilan trimester II laju pertumbuhan janin mulai pesat dan pertambahan berat badan ibu juga pesat (Moehji, Sjahmien,2008).

 Menurut Solihin Pudjiadi(2003), seorang ibu yang sedang mengandung mengalami berat badan sebanyak ≥10 - 14kg. pada trimester pertama kenaikan itu hanya kurang dari 1 kg, pada trimester II kurang lebih 3 kg, sedangkan pada trimester ketiga kira-kira 90% dari pada kenaikan itu merupakan kenaikan komponen janin, seperti pertumbuhan janin,plasenta,dan bertambahnya cairan amnion.

**2.2.6 Hipertensi**

 Yang dimaksud dengan hipertensi di sertai kehamilan adalah hipertesi yang telah ada sebelum kehamilan. Apabila dalam kehamilan di sertai dengan proteinuria dan edema maka di sebut pre-eklamsia yang tidak murni atau superimposed pre-eklamsia. Penyabab utama hipertensi pada kehamilan adalah hipertensi esensial dan penyakit ginjal.

* + - 1. **Hipertensi Esensial**

 Wanita hamil dengan hipertensi tampa gejala-gejala lain. Gejala-gejala sekunder seperti kelainan jantung, arteriosklerosis umum dalam otak, penyakit ginjal, perdarahan,atau eksudet retina baru timbul apabila penyakitnya sudah lanjut.Meningkatnya tekanan darah disebabkan oleh hambatan dalam pembuluh – pembuluh darah perinfer, terutama akibat vasokonstriksi umum.

Terbanyak orang menderita hipertensi esensial yang jinak, yakni yang berlangsung lama dengan pemburukan secara lamban. Tensi berkisar antara 140/90 dan 160/100. Jarang sekali penyakit ini berubah menjadi hipertensi yang ganas.Sebagian besar kehamilan dengan hipertensi esensial berlangsung normal sampai cukup bulan. Pada kira – kira sepertiga di antara wanita penderita tekanan darahnya meningkat setelah kehamilan ke 30 minggu tanpa di sertai gejala-gejala lain.Kira – kira 20 % menunjukan kenaikan yang lebih mencolok dan dapat di sertai satu gejala pre-eklamsia atau lebih, seperti adema, proteinuria, nyeri kepala,nyeri epigastrium, muntah, gangguan visus bahkan dapat timbul serangan eklamsia dan perdarahan di otak.

 Hipertensi esensial sering di jumpai pada multipara dalam usia lebih lanjut. Selain itu faktor keturunan dan obesitas merupakan faktor predisposisi.

* + - 1. **Hipertensi Karena Penyakit Ginjal**

Dahulu di sangka bahwa penyakit ginjal jarang di jumpai pada ibu hamil.Frekuensi berdasarkan pemeriksaan klinis kira – kira 1%.Akan tetapi, dengan di lakukan biopsi frekuensi itu berubah 25%. Penyakit ginjal dengan gejala hipetensi yang dapat di jumpai pada wanita hamil ialah glomelorunefritis akut dan kronik, dan penyakit ginjal polikistik, (Prawirohardjo,2005).

**2.2.7 Ibu Dengan Anemia**

 Anemia adalah kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyakit dapat timbul akibat anemia, seperti: abostus,patus prematurus, pestus karena inertia unteri, pendarahan postpartum karena atonia uteri, syok,infeksi,baik intrapartum maupun postpartum, anemia yang sangat berat dengan HB kurang dari 4 g/100 ml dapat menyebabkan dekompensasi kordis. Hipoksia akibat anemia dapat menyebabkan syok dan kematian ibu pada persalinan sulit, walaupun terjadi pendarahan.

 Frekuensi ibu hamil dengan anemia di Indonesia relatif tinggi yaitu 63,5%, sedangkan di Amerika hanya 6%. Kekurangan gizi dan perhatian yang kurang terhadap ibu hamil merupakan predisposisi anemia defisiensi ibu hamil di Indonesia. Menurut WHO, 40% kematian ibu di Negara berkembang berkaitan dengan anemia dalam kehamilan.Kebanyakan anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi.

Kebutuhan ibu selama kehamilan ialah 800 mg besi, di antaranya 300 mg untuk janin plasenta dan 500 mg untuk pertambahan eritrosit ibu. Dengan demikian ibu membutuhkan tambahan sekitar 2-3 mg besi/hari.Perlu di ingat ada beberapa kondisi yang menyebabkan defisiensi kalori-besi, misalnya infeksi kronik, penyakit hati dan thalasemia. Efek samping berupa gangguan perut pada pemberian besi oral menurunkan kepatuhan pemakaian secara missal, ternyata rata-rata hanya 15 tablet yang dipakai oleh wanita hamil.

**2.2.8 Status Sosial Ekonomi**

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya prematuritas. Kejadian terdapat pada golongan ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan olen keadaan status gizi yang baik dan pengawasan antenatal yang kurang, (Mitayani,2011).

**2.2.9 Kebiasaan Ibu**

Faktor kebiasaan ibu juga berpengaruh seperti ibu perokok, ibu pecandu akohol, dan ibu pengguna narkotika karena dapat menekan sistem syaraf dan menyebabkan abortus spontan.

**2.3 Faktor Penyakit Ibu**

**2.3.1 Penyakit Jantung**

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung, dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuikan diri dengan perubahan-perubahan, akan tetapi jantung yang sakit tidak. Dalam kehamilan frekuensi detik jantung agak meningkat dan nadi rata – rata mencapai 88 per menit dalam kehamilan 43 – 36 minggu.Dalam kehamilan larut prekordium mengalami pergeseran ke kiri dan pula sering terdengar bising sistolik di daerah apeks dan kutup pulmonal.

 Berdasarkan uraian di atas dapat di pahami bahwa penyakit jantung jauh lebih berat karena kehamilan, bahkan dapat terjadi dekompensasi kordis. Saat – saat berbahaya bagi penderita adalah:

1. Kehamilan 32 – 36 minggu apabila hiperfolemia mencapai puncaknya.
2. Partus kala II apabila wanita mengerahkan tenaga untuk meneran.
3. Masa pospartum, karena dengan lahirnya plasenta alastomosis alteriavena hilang dan darah yang seharusnya masuk kedalam ruang intervilus sekarang masuk kedalam sirkulasi besar,(prawirohardjo,2005).
	* 1. **Penyakit Asma**

Asma bronkial merupakan salahsatu penyakit saluran nafasyangsering di jumpai dalam kehamilan dan persalinan. Pengaruh kehamilan terhadap timbulnya serangan asma tidaklah selalu sama. Serangan tidak sama dengan kehamilan yang pertama dan berikutnya. Kurang dari sepertiga penderita asma akan membaik dalam kehamilan, lebih dari 1/3 akan menetap, serta kurang dari 1/3 lagi akan menjadi buruk atau serangan bertambah. Biasanya serangan akan timbul mulai usia kehamilan 24 minggu sampai 36 minggu, dan pada akhir kehamilan serangan jarng terjadi.

Pemeriksaan yang dilakukan oleh tim ahli asma kalifornia(tahun 1983) pada 120 kasus asma yang hamil, dan terkontrol baik, terdapat 90% dari penderitanya tidak pernah dapat serangan dalam persalinan, 2.2% menderita serangan ringan dan hanya 0,2% yang menderita asma berat yang dapat di atasi dengan obat – obat intravena. Pengaruh asma pada ibu dan janin sangat tergantung dan sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin kekurangan oksigen (O2) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak cepat di atasi maka akan berpengaruh bagi janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesui dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin).

Faktor pencetusnya timbulnya asma, antara lain zat – zat energi, infeksi saluran nafas, pengaruh udara dan faktor psikis. Penderita selama kehamilan perlumendapat pengawasan yang baik, biasa nya penderita mengeluh nafas pendek, berbunyi, sesak sambil batuk-batuk,(prawirahardjo,2005)

* + 1. **Diabetes Mellitus**

Komplikasi ibu dan bayi pada penderita diabetes akan meningkat karena perubahan metabolik. Angak lahir mati terutama pada kasus dengan diabetes tak terkendali dapat terjadi 10 kali dari moral. Diperkirakan kejadian diabetes dalam kehamilan ialah 0,7%, tetapi sering kali sukar di temukan karena rendahnya kemampuan deteksi kasus.

Kehamilan yang terjadi perubahan pada metabolisme endrokrin dan karbohidrat menunjang pemasokan makanan bagi janin serta persiapan untuk menyusui. Glukosa dapat berdifusi secara tetap melalui plasenta kepada janin sehingga kadarnya dalam darah janin hampir menyerupai kadar darah ibu. Insulin ibu tidak dapat mencapai janin, sehingga kabar gula ibu tidak dapat mempengaruhi kadar pada janin. Pengendalian kadar gula terutama di pengaruhi oleh insulin, di samping beberapa hormaon lain: estrogen, steroin dan plasenta laktogen. Akibat lambatnya resorpsi makanan maka terjadi hiperglikemia yang relatif lama dan ini menuntut keutuhan insulin.Menjelang aterm kebutuhan insulin meningkat sehingga mencapai 3 kali dari keadaan normal. Hal ini disebut sebagai tekanan diabetogenik dalam kehamilan . (Prawirohardjo,2005).

* + 1. **Penyakit Malaria**

Malaria dapat mengubah jalanya kehamilan dengan memperburuk keadaan ibu dan berkirnya kehamilan.Dengan demikian, malaria dapat menjadi sebab kematian ibu dan lebih – lebih kematian perinatal. Secara singkat dapat di simpulkan bahwa malaria dapat menyebabkan:

1. Abortus, dalam triwulan I karena pireksia, dan triwulan II karena anemia berat.
2. Kematian intrauterin karena di periksa, anemia berat, penghimpunan parasit dalam plasenta dan jarng karena infeksi transplasental.
3. Pastus prematurus karena pireksia, atau akibat kematian janin.
4. Dismaturita karena insufisiensi plasenta akibat penghimpunan parasit dalam plasenta.

5) Kematian neonetal karena asfiksia intrapartum akibapenghimpunan parasit dalam plasenta atau anemia, karena prematuritas, atau jarang karena malaria kongenital(Prawirohardjo,2006).

**2.4 Faktor Janin**

**2.4.1 Cacat Bawaan**

 Cacat bawaan adalah suatu kelainan atau cacat yang di bawa sejak lahir baik fisik maupun mental.Cacat bawaan dapat disebabkan akibat kejadian sebelum kehamilan, selama kehamilan dan saat melahirkan atau masa perinatal.Cacat ini dapat akibat penyakit akibat ginetik, pengaruh lingkungan baik sebelum pembuahan (bahan muatagenetik) maupun setelah terjadinya pembuahan (bahan teratogenik).

* + 1. **Infeksi Virus dan Bakteri**

 Infeksi virus dan bakteri dapat disertai dengan retardasi pertumbuhan infeksi yang paling dikenal dengan Rubella dan Sitomegalo virus. (Depkes RI,2000).

**2.5 Upaya Pencegahan BBLR**

Mengingat bahwa perawatan BBLR sebagaimana yang kita ketahui dilaksanakan di Negara maju ataupun di beberapa rumah sakit rujukan di indonesia membutuhkan biaya yang sangat besar. Maka upaya pencegahan pada masa pra hamil dan masa hamil menjadi sangat penting. Pada masa hamil perawatan antenatal harus mampu mendeteksi dini resiko terjadinya BBLR. Bila resiko ini ada maka penatalaksanaanya yang tepat adalah merujuk kasus ke pusat pelayanan yang memiliki kemampuan diagnostic lebih lengkap guna penelitian laboratorium, sehingga terapi akan ditentukan dengan baik.

Adapun upaya – upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya BBLR :

1. Upaya agar melaksanakan antenatal care yang baik, segera melakukan konsultasi dan merujuk bila ibu terdapat kelainan.
2. Tingkatkan penerimaan keluarga berencana.
3. Anjurkan lebih banyak istirahat, bila kehamilan mendekati atern,atau istirahat berbaring bila terjadi keadaan yang menyimpang dari kehamilan normal.
4. Tingkatkan kerjasama dengan dukun beranak yang masih mendapat kepercayaan masyarakat.( Prawiroharjo,2006).

**2.6 Cara Perawatan BBLR**

Menurut Yushananta(2009) cara perawatn Bayi BBLR adalah sebagai berikut :

1. Bayi yang baru lahir jangan dimandikan

2. Membersihkan dan mengeringkan bayi dengan kain lunak yang bersih, kering dan hangat.

3. Menjaga agar tubuh bayi tetap hangat dengan cara:

* 1. Oleskan tubuh bayi setiap hari dengan minyak kelapa yang telah dihangatkan,
	2. Membungkus bayi dengan kain yang bersih, kering dan cukup tebal,
	3. Bayi tidak boleh diletakan ditempat yang banyak angin seperti di depan pintu/ jendela yang terbuka,
	4. Pakaian atau kain pembungkus diganti bila basah,
	5. Menempatkan bayi secara langsung diatas dada ibu (metode kanguru),
	6. Menjaga kehangatan ruangan misalnya memasang lampu untuk mengatasimasuknya udara dingin.
1. Memberikan minum ASI sedini dan sesering mungkin dengan memperhatikan:
	1. Tangan dicuci bersih sebelum menyusui
	2. Puting susu dibersihkan dengan kapas/ kain bersih lembab
	3. Bayi dipangku pada posisi tegak
	4. Bila bayi tidak dapat mengisap dengan kuat ibu dapat membantu memegang/menyangga dagu bayi atau dipompa dan diberikan dengan di sendok
	5. Bila bayi tertidur pada waktu menyusu, bayi dibangunkan dengan cara menepuk – nepuk pipinya.
	6. Sisa – sisa ASI dimulut dibersihkan dengan kapas atau kain bersih yang dibasahi air hangat.

**2.7 Kerangka Teori**

Berdasarkan teori yang dikemukakan pada uraian terdahulu bahwa banyak faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR, baik secara langsung maupun tidak langsung diantaranya seperti yang dikemukakan oleh Manuaba (2010) .

Kerangka teori yang dapat disusun seperti berikut :

**Gambar 1.1**

**Kerangka Teori**

Faktor Ibu

* Umur ibu
* Status Gizi Ibu
* Tingkat pendidikan
* Hipertensi
* Jarak kehamilan
* Penambahan berat badan ibu hamil
* Anemia
* Status sosial ekonomi
* Kebiasaan ibu : perokok, pecandu alcohol, dan narkotika

Kejadian BBLR

Faktor Penyakit Ibu

* Penyakit Jantung
* Penyakit Asma
* Diabetes Mellitus
* Penyakit Malaria

Faktor Janin

* Cacat Bawaan
* Infeksi Virus dan Bakteri

(Sumber : Manuaba 2010)

 Ket :

* = Diteliti
* = Tidak diteliti

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dalam suatu penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang diamati melalui penelitian yang akan dilakukan. Berdasarkan kerangka teori yang sudah dijelaskan sebelumnya, peneliti membatasi penelitian ini dengan meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian berat badan lahir rendah yaitu umur ibu,statusgizi ibu, tingkat pendidikan ibu, dan hipertensi. Lebih jelasnya terlihat pada Gambar 1.

**Gambar 1.2**

**Kerangka Konsep**

|  |
| --- |
| **Kelompok Kasus**:Ibu Bayi Berat Badan Lahir Rendah |

* Umur Ibu
* Status Gizi Ibu
* Tingkat Pendidikan
* Hipertensi

**Kelompok Kontrol**:

Ibu Bayi Berat Badan Lahir Normal

* Umur Ibu
* Status Gizi Ibu
* Tingkat Pendidikan
* Hipertensi

**3.2 Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Defenisi Operasional** | **Alat Ukur** | **Cara ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| KejadianBBLR | Bayi baru lahir dengan berat badan < 2.500 gram | Status pasien | Studidokumentasi | Ordinal | 1. BBLR bila BB

<2.500 gram1. Tidak BBLR bila BB >2.500 gram
 |
| Umur ibu | Usia ibu saat hamil berdasarkan ulang tahun terakhir |  StatusPasien | Studidokumentasi | Ordinal  | 1. Beresiko bila

< 20 &> 35 tahun1. Tidak beresiko bila 20 – 35 tahun
 |
| Status Gizi Ibu | Makanan sehat atau seimbang yang harus di konsumsi oleh ibu selama kehamilannya. | Buku KMS | Studi dokumentasi | Ordinal | 1. Baik bila

Penambahan BB ibu selama kehamilan$\geq $10 - 14 kg1. Tidak baikbila Penambahan BB ibu selama kehamilan$<$ 10 kg
 |
| Tingkat Pendidikan | Jenjang pendidikan formal tertinggi yang diselesaikan ibu dan memperoleh ijazah | StatusPasien | Studi dokumentasi | Ordinal | 1. Rendah bila

SD,SMP dan SMA1. Tinggi bila

D1, D3, dan Perguruan Tinggi ( PT ). |
| Hipertensi | Keadaan tekanan darah ibu saat hamil  | Status pasien | Studi dokumentasi | Ordinal  | 1. Hipertensi

≥140/801. Tidak hipertensi

<140/80 |

**3.3 Hipotesis**

Ha : Ada hubungan antara umur ibu saat hamil dengan terjadinya Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

Ha : Ada hubungan antara status gizi ibu dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 .

Ha : Ada hubungan antara tingkat pendidikanibu hamil dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

Ha : Ada hubungan antara ibu hamil yang hipertensi dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 .

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan menggunakan desain*Case Control* yaitu suatu penelitian yang dimulai dengan mengidentifikasi kelompok bayi BBLR atau efek tertentu (kasus), yaitu kelompok bayi dengan BBLR dan kelompok tanpa efek (kontrol), yaitu kelompok bayi yang tidak BBLR, kemudian secara retrospektif diteliti faktor resiko yaitu umur ibu hamil, status gizi ibu, hipertensi, dan pendidikan terakhir ibu yang mungkin dapat menerangkan mengapa kasus terkena efek sedangkan kontrol tidak.

**4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan.Pengambilan data dilakukan pada tanggal 20 September –05 Desember 2013.

**4.3 Populasi dan Sampel**

 **4.3.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu – ibu yang melahirkan bayi BBLR sebanyak 29 orang dan ibu – ibu yang melahirkan bayi Berat Badan Lahir Normal sebanyak 29 orang, jadi jumlah populasinya 58 orang ibu yang melahirkan di RSUD Solok Selatan.

 **4.3.2 Sampel**

Sampel penelitian ini diambil dengan perbandingan 1:1 (Notoatmodjo, 2010) antara kasus dan kontrol, Sampel kontrol diambil dari ibu yang melahirkan bayi Berat Badan Lahir Normal sebanyak 29 orang diambil secara acak sederhana dengan menjatuhkan pena pada tabel random dan sampel kasus diambil dari ibu yang melahirkan bayi BBLR sebanyak 29 orang. Jadi, jumlah sampel secara keseluruhan adalah 58 orang.

Sampel dalam penelitian ini diambil sesuai dengan kriteria. Adapun kriteria yang digunakan meliputi kriteria inklusi dan eksklusi.Kriteria inklusi biasanya terdiri dari hal – hal yang harus ada pada seseorang untuk menjadi responden. Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

* 1. Semua ibu yang melahirkan bayi BBLR dan ibu yang melahirkan bayi Berat Badan Lahir Normal di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan.
	2. Ibu yang bersedia menjadi responden yang dibuktikan dengan tanda persetujuan.
	3. Ibu yang sudah pernah berkunjung ke RSUD Solok Selatan dan mempunyai Buku KMS.
	4. Bisa tulis baca.

Kriteria eksklusi merupakan hal – hal yang tidak boleh terdapat pada seseorang yang akan menjadi responden. Adapun kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

* 1. Ibu yang sedang sakit atau mengalami gangguan psikis.
	2. Semua ibu melahirkan yang tidak bersedia menjadi responden.

**4.4 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dari penelitian ini diperoleh dari satu sumber data sebagai berikut :

**4.4.1 Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dari pihakRSUD Solok Selatanberupa data umur ibu, status gizi ibu,tingkatpendidikan terakhir ibu, dan hipertensi yang dikumpulkan dengan format pengumpulan data melalui studi dokumentasipada saat penelitian. Keuntungan dari data sekunder yaitu dapat menghemat waktu, tenaga dan biaya, dapat menjelaskan masalah dan kelemahan dari data sekunder yaitu masalah ketersediaan data yang kadang kala topik penelitian yang akan dilakukan ternyata tidakdidukung data yang lengkap dan bila datanyatersedia, belum tentu data tersebut dapatdiakses oleh peneliti.

**4.5 Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

**4.5.1 Teknik Pengolahan Data**

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data secara komputerisasi melalui suatu proses dengan tahapan sebagai berikut :

* + - 1. *Editing*

Melengkapi data yang masih kurang maupun memeriksadata dan kuesioner yang berhubungan dengan seluruh variabel (umur ibu, statusgizi ibu,tingkat pendidikan terakhir ibu, hepertensi).

* + - 1. *Coding*

Memberikan kode pada variabel dependen (berat badan lahir bayi) dan variable independen (umur ibu, gizi ibu, tingkat pendidikan ibu, ibu dengan hipertensi) pada setiap responden sebelum dilakukan pengolahan secara operasional, *coding* yang diberikan pada masing – masing variabel dalam penelitian ini adalah :

1. BBLR : 1 = BBLR 2 = tidak BBLR
2. Umur ibu : 1 = beresiko 2 = tidak beresiko
3. Status gizi ibu : 1 =tidak baik 2 = baik
4. Tingkat pendidikan : 1 = rendah 2 = tinggi
5. Ibu hipertensi : 1 = hipertensi 2 = tidak hipertensi
	* + 1. *Processing*

Memasukkan data yang sudah diberi kode kedalam program pengolahan data dalam bentuk master tabel.

* + - 1. *Cleaning*

Pemeriksaan data kembali sehingga benar – benar bersih dari kesalahan.

**4.5.2 Analisa Data**

Data dianalisis secara statistik dimulai dari analisis univariat dilanjutkan hingga analisis bivariat.

* + - 1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dari variabel independen.

4.5.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.Uji yang digunakan adalah *uji Chi – Square* dengan menggunakan α 5 %. Selain menggunakan *uji Chi – Square*, peneliti juga ingin melihat nilai OR yaitu perbandingan derajat keterpaparan antara kasus dan kontrol dimana jika OR = 1, maka faktor risiko bukan merupakan faktor penyebab, jika OR<1, maka faktor risiko merupakan faktor pencegah dan jika OR>1, maka faktor risiko merupakan faktor penyebab.

* 1. **Etika Penelitian**

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan izin dari pihak RSUD Solok Selatan. Pada data awal peneliti menjelaskan kepada responden tentang tujuan penelitian.Selain itu responden diberi informed consent sebagai persetujuan keterlibatan dan perlindungan terhadap kerahasiaan jawaban respondendengan kesediaan responden menandatangani persetujuan tersebut atau berhenti untuk ikut dalam penelitian yang dilakukan.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil Penelitian**

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang dilakukan di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan dari tanggal 20 September – 05 Desember2013, responden berjumlah 58 orang. Hasil penelitian disajikan dalam tabel distribusi frekuensi. Analisis univariat akan ditampilkan distribusi frekuensi Umur, status gizi, tingkat pendidikan, hipertensi dan kejadian BBLR. Sedangkan dalam analisis bivariat akan ditampilkan analisis hubungan antara umur, status gizi, tingkat pendidikan, hipertensi dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah.

* + 1. **Analisis Univariat**
			1. **Kejadian BBLR**

 Distribusi frekuensi berdasarkan kejadian berat badan lahir rendah, dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi BerdasarkanKejadian Berat Badan Lahir Rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok SelatanTahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kejadian BBLR** | **F** | **%** |
| 1 | BBLR (Kasus) | 29 | 50,0 |
| 2 | Tidak BBLR (Kontrol) | 29 | 50,0 |
|  | **Total** | 58 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan variabel kasus kejadian BBLR(50,0%) dan variabel kontrol tidak BBLR (50,0%) di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + - 1. **Umur Ibu**

Distribusi frekuensi kasus dan kontrol berdasarkan umur ibu saat hamil, dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol pada Responden Berdasarkan**

**Umur di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Umur Ibu** | **Kasus** **F %** | **Kontrol** **F %** |
| 1 | Beresiko |  17 58,6 |  8 27,6 |
| 2 | Tidak Beresiko |  12 41,4 |  21 72,4 |
|  | **Total** |  29 100,0 |  29 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan umur ibu termasuk kategori berisiko, dimana pada variabel kasus lebih dari separuh (58.6%) sedangkan pada variabel kontrol kurang dari separuh (27,6%)di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + - 1. **Status Gizi Ibu**

Distribusi frekuensi kasus dan kontrol status gizi ibu , dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol pada Responden Berdasarkan**

**Status Gizi Ibu di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Status Gizi** | **Kasus** **F %** | **Kontrol** **F %** |
| 1 | Tidak Baik |  19 65,5 |  9 31,0 |
| 2 | Baik |  10 34,5 |  20 69,0 |
|  | **Total** |  29 100,0 |  29 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.3didapatkan status gizi ibu termasuk kategoritidak baik , dimanan pada variabel kasus sebagian besar (65.5%), sedangkan pada variabel kontrol kurang dari separuh (31,0%)di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + - 1. **Tingkat Pendidikan**

Distribusi frekuensi kasus dan kontrol tingkat pendidikan ibu, dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol Pada Responden Berdasarkan**

**Tingkat Pendidikan di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tingkat Pendidikan** | **Kasus** **F %** | **Kontrol** **F %** |
| 1 | Rendah |  16 55,2 |  5 17,2 |
| 2 | Tinggi |  13 44,8 |  24 82,8 |
|  | **Total** |  29 100,0 |  29 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.4didapatkantingkat pendidikan ibu yang rendah, dimanan pada variabel kasus lebih dari separuh (55.2%), sedangkan pada variabel kontrol kurang dari separuh (17,2%)di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + - 1. **Hipertensi**

Distribusi frekuensi kasus dan kontrol kejadian hipertensi pada ibu saat hamil, dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

**Tabel 5.5**

**Distribusi Frekuensi Kasus dan Kontrol pada Responden Berdasarkan Kejadian Hipertensi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kejadian Hipertensi** | **Kasus** **F %** | **Kontrol** **F %** |
| 1 | Hipertensi |  12 41,4 |  4 13,8 |
| 2 | Tidak Hipertensi |  17 58,6 |  25 86,2 |
|  | **Total** |  29 100,0 |  29 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkanibu yang menderita hipertensi, dimana hampir separuh pada variabel kasus (41.4%) dan variabel kontrol (13,8%) di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + 1. **Analisis Bivariat**
			1. **Hubungan Umur Ibu Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah**

Hubungan umur ibu dengan kejadianberat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan, sebagai berikut :

**Tabel 5.6**

**Hubungan Umur Ibu Dengan KejadianBerat Badan Lahir Rendah**

**Di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Umur Ibu** | **Kejadian BBLR** | **Jumlah** | **p-value** |  |
| **Kasus** | **Kontrol** | **OR**  |
| **F** | **%** | **F** | **%** | **F** | **%** | **(95% CI)** |
| Berisiko | 17 | 58,6 | 8 | 27,6 | 25 | 43,1 | p = 0,034 | 3.71 |
| Tidak Berisiko | 12 | 41,4 | 21 | 72,4 | 33 | 56,9 | (1.23 – 11.16) |
| Jumlah | 29 | 100,0 | 29 | 100,0 | 58 | 100,0 |   |

Berdasarkan tabel 5.5 kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada umur yang berisiko (58.6%) dibandingkan dengan yang tidak berisiko (41,4%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh umur ibu yang beresiko (27,6%) dibandingkan dengan umur ibu yang tidak beresiko (72,4%).

 Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* didapat *p-value* 0.034 (p < 0.05) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perintologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 dan nilai OR sebesar 3.71 (CI 95% : 1.23 – 11.16) yang artinya responden dengan umur berisiko

(< 20 &> 35 tahun) memiliki peluang sebesar 3.71 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan umur tidak berisiko ( 20 – 35 tahun ).

* + - 1. **Hubungan Status Gizi Ibu Dengan KejadianBerat Badan Lahir Rendah**

Hubungan status gizi ibu dengan kejadianberat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatansebagai berikut :

**Tabel 5.7**

**Hubungan Status Gizi Ibu Dengan KejadianBerat Badan Lahir Rendah**

**Di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Kejadian BBLR** | **Jumlah** | **p-value** |  |
| **Status** | **Kasus** | **Kontrol** | **OR**  |
| **Gizi** | **F** | **%** | **F** | **%** | **F** | **%** | **(95% CI)** |
| Tidak Baik | 19 | 65.5 | 9 | 31.0 | 28 | 48.3 | p = 0.018 | 4.22 |
| Baik | 10 | 34.5 | 20 | 69.0 | 32 | 51.7 | (1.40 – 12.65) |
| Jumlah | 29 | 100.0 | 29 | 100.0 | 58 | 100.0 |   |

Berdasarkan tabel5.6kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada status gizi ibu yang tidak baik (65.5%) dibandingkan dengan yang baik (34.5%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh status gizi ibu yang tidak baik (31,0%) dibandingkan dengan status gizi ibu yang baik (69,0%).

Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* didapat *p-value* 0.018 (p< 0.05) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara status gizi ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 dan nilai OR sebesar 4.22 (CI 95% : 1.40 – 12.65) yang artinya responden dengan status gizi ibu yangtidak baik ( penambahan BB <10 kg ) memiliki peluang sebesar 4.22 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan status gizi ibu yang baik ( penambahan BB ≥10 - 14 kg ).

* + - 1. **Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah**

Hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan, sebagai berikut:

**Tabel 5.8**

**Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah**

**Di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tingkat** | **Kejadian BBLR** | **Jumlah** | **p-value** |  |
| **Pendidikan** | **Kasus** | **Kontrol** | **OR**  |
|  | **F** | **%** | **F** | **%** | **F** | **%** | **(95% CI)** |
| Rendah | 16 | 55.2 | 5 | 17.2 | 21 | 36.2 | p = 0.006 | 5.90 |
| Tinggi | 13 | 44.8 | 24 | 82.8 | 37 | 63.8 | (1.76 – 19.81) |
| Jumlah | 29 | 100.0 | 29 | 100.0 | 58 | 100.0 |   |

Berdasarkan tabel 5.7kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada tingkat pendidikan rendah (55.2%) dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang tinggi(44.8%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh tingkat pendidikan ibu yang rendah (17,2%) dibandingkan dengan tingkat pendidikan ibu yang tinggi (82,8%).

Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* didapat *p-value* 0.006 (p<0.05) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 dan nilai OR sebesar 5.90 (CI 95% : 1.76 – 19.81) yang artinya responden dengan tingkat pendidikan yang rendah ( ≤ SMA ) memiliki peluang sebesar 5.90 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi( ≥ D1,D3,dan Perguruan Tinggi ).

* + - 1. **Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah**

Hubungan hipertensi pada ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan, sebagai berikut:

**Tabel 5.9**

**Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah**

**Di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kejadian BBLR** | **Jumlah** | **p-value** |  |
| **Hipertensi** | **Kasus** | **Kontrol** | **OR**  |
|  | **F** | **%** | **F** | **%** | **F** | **%** | **(95% CI)** |
| Hipertensi | 12 | 41.4 | 4 | 13.8 | 16 | 27.6 | p = 0.040 | 4.41 |
| Tidak Hipertensi | 17 | 58.6 | 25 | 86.2 | 42 | 72.4 | (1.21-16.00) |
| Jumlah | 29 | 100.0 | 29 | 100.0 | 58 | 100.0 |   |

Berdasarkan tabel5.8kejadian BBLR kurang dari separuh ditemukan pada kasus hipertensi (41.4%) dan kontrol hipertensi (13,8%) dibandingkan dengan yang kasus tidak hipertensi (58.6%) dan kontrol tidak hipertensi (86,2%).

Hasil uji statistik dengan *Chi-Square* didapat *p-value* 0.040 (p< 0.05) artinya terdapat hubungan yang bermakna antara hipertensi pada ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013 dan nilai OR sebesar 4.41 (CI 95% : 1.21-16.00 ) yang artinya responden yang mengalami hipertensi ( Tekanan Darah ≥ 140/80 mmHg ) memiliki peluang sebesar 4.41 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden yang tidak hipertensi ( Tekanan Darah < 140/80 mmHg ).

* 1. **Pembahasan**

**5.2.1 Analisis Univariat**

* + - 1. **Kejadian BBLR**

Berdasarkan hasil Penelitian dari 58 orang ibu,didapatkan variabel kasus kejadian BBLR 29 orang (50,0%) dan variabel kontrol tidak BBLR 29 orang (50,0%). Apabila BBLR bila BB <2500 gram dan tidak BBLR bila$\geq $2500 gram.

Hasil dalam penelitian ini lebih rendah dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Satria E (2010), dimana dalam penelitiannya diperoleh 68.7% responden dengan bayi berat badan lahir rendah.

Yushananta (2009), Berat Badan Lahir Rendah ( BBLR ) adalah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram. Dahulu neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram atau sama dengan 2.500 gram disebut prematur. Menurut WHO (1961), semua bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram disebut *Low Birth Weight Infants*( Berat Badan Lahir Rendah ).

Berdasarkan analisa peneliti dilapangan pada kejadian BBLR ditemukan separuh (50.0%) ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan diharapkan kepada petugas RSUD Solok Selatanuntukterus memberikan informasi kepada ibu hamilmengenai faktor-faktor penyebab berat badan lahir rendah dan memiliki kesadaran sendiri untuk melakukan tindakan yang mungkin akan mencegah terjadinya masalah pada kehamilan, termasuk berusaha agar janin yang nanti akan dilahirkan dalam keadaan sehat dengan berat badan lahir normal.

* + - 1. **Umur Ibu**

Berdasarkan hasil Penelitian dari 58 orang ibu,umur ibu termasuk kategori berisiko menunjukkan pada variabel kasus 29 orang, lebih dari separuh 17 orang (58.6%), sedangkan pada variabel kontrol 29 orang, kurang dari separuh 8 orang (27,6%). Apabila berisiko bila < 20 &> 35 tahun dan tidak berisko bila 20 – 35 tahun.

Hasil dalam penelitian ini lebih rendah dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Satria E (2010), dimana dalam hasil penelitiannya diperoleh 85.5% dari umur respondenyang tidak beresiko.

Ida Bagus Gde Manuaba (2008), rnengelompokkan urnur berdasarkan resiko terhadap kehamilan, yaitu kurang dan 19 tahun dan lebih dan 35 tahun. Pendapat senada juga dikemukakan oleh Hebert Hutabarat dalam manuaba yang rnenyebutkan bahwa faktor umur yakni umur kurang dan 19 tahun dan diatas 35 tahun cenderung akan mengalami komplikasi obstetri (Manuaba, 2008). Indeks kehamilan risiko tinggi menurut Fortney, Whitenhorne dan Manuaba berdasarkan umur ibu kurang dan 16 tahun dan lebih dan 35 tahun sangat berisiko terhadap proses kehamilan dan persalinan, urnur ibu antara 16 sarnpai 17 tahun dan umur 30 sampai 34 tahun beresiko terhadap kehamilan dan persalinan, sedangkan umur antara 18 sampai 29 tahun arnan terhadap proses kehamilan dan persalinan.

Berdasarkan ilmu kebidanan hal ini diakibatkan karena belum matangnya alat reproduksi wanita, kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata lebih tinggi dan pada yang terjadi pada umur 20- 35 tahun. Kernatian maternal rneningkat kembali sesudah usia 35 tahun keatas (Manuaba, 2010). Kemungkinan lain penyebab terjadinya berat badan lahir rendah yaitu pernikahan pada usia muda (kurang dari 20 tahun) dengan alasan tidak ada biaya untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan ingin cepat-cepat menimang cucu.

Berdasarkan analisa peneliti dilapangan pada faktor umur ditemukan hampir separuh (43.1%) ibu dengan umur yang berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan diharapkan kepada petugas RSUD Solok Selatan atau tenaga kesehatan lainnya agar tetap mempertahankan dan terus memberikan informasi tentang kesehatan mengenai faktor umur yang berisiko terhadap kehamilan.

* + - 1. **Status Gizi Ibu**

Hasil Penelitian menunjukkan dari 58 orang responden, sebanyak 28 (48.3%) respondendengan status gizi ibutidak baikdan sebanyak 30 (51.7%) responden dengan status gizi ibubaik.Apabila tidak baik bila penambahan BB selama kehamilan<10 kg&baik $\geq $ 10 – 14 kg.

 Penelitian ini tidak sama dengan hasil penelitian yang dilakukan Satria E (2010), dimanadalam hasil penelitiannyadiperoleh 63.2% dari status gizi ibu yang baik.

Lubis (2003), kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, aspiksia intra pachey (mati dalam kandungan), dan lahir dengan BBLR.

Berdasarkan analisa peneliti dilapangan pada faktor status gizi ibu ditemukan hampir separuh (48.3%) ibu dengan status gizi ibutidak baik yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan diharapkan kepada ibu dengan status gizi yang tidak baik ini hendaknya mengatur gizi selama kehamilanselanjutnya dengan penambahan BB selama kehamilan ≥ 10 - 14 kg agar tercapai kesejahteraan yang optimal, karena kalau status gizi ibu tidak baik akan berakibat pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan.

* + - 1. **Tingkat Pendidikan**

Hasil Penelitian menunjukkan dari 58 orang responden, sebanyak 21 (36.2%) responden mempunyai pendidikan yang rendah dan sebanyak 37 (63.8%) responden mempunyai pendidikan yang tinggi. Apabila tingkat pendidikannya rendah ≤SMAdan tingkat pendidikan tinggiD1, D3, dan Perguruan Tinggi (PT).

Hasil dalam penelitian ini lebih rendah dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Satria E (2010), dimana dalam penelitiannya diperoleh 76.4% responden dengan tingkat pendidikan yang tinggi.

Tingkat pendidikan rnempunyai hubungan yang erat dengan tingkat kesehatan.Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah menerima konsep hidup sehat secara mandiri, kreatif dan berkesinambungan.Rendahnya tingkat pendidikan ibu rnengakibatkan ibu menjadi kurang mengetahui, sehingga banyak keputusan yang diambil dalam kehidupan yang tidak tepat.Begitu pula dalarn penerimaan program pola hidup selama masa kehamilan.Jadi pendidikan sangatlah penting bagi para ibu guna tercipta ibu yang memiliki pola pikir yang cukup dewasa, ibu yang lebih baik dan lebih matang dalam menjalani kehidupannya.

Berdasarkan analisa peneliti dilapangan pada faktor tingkat pendidikan ditemukan hampir separuh (36.2%) ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan sebaiknya petugas RSUD selalu memberikan informasi khususnya tentang berat badan lahir rendah karena tidak semua ibu-ibu berpendidikan tinggi, maka dari itu sangat perlu untuk menambah pengetahuan dan pengalaman ibu-ibu untuk menjaga kesehatan baik sebelum kehamilan dan pada masa kehamilan.

* + - 1. **Hipertensi**

Hasil Penelitian menunjukkan dari 58 orang responden, sebanyak 16 (27.6%) responden mengalami hipertensi dan sebanyak 42 (72.4%) responden yang tidak mengalami hipertensi dengan karakteristik apabila hipertensi ≥ 140/80 dan tidak hipertensi bila <140/80 mmHg.

Hasil dalam penelitian ini lebih rendah dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahayu (2009) yang menyatakan bahwa yang mengalami hipertensi sebanyak 62 %.

Adapun penyakit yang diderita ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinannya adalah penyakit yang bersifat kronis seperti hipertensi, cacat congenital, jantung dan asma, anemia, TB paru dan malaria(Rochjati, 2008).

Meningkatnya tekanan darah disebabkan oleh meningkatnya hambatan pada pembuluh darah perifer. Keadaan ini mengakibatkan sirkulasi utero-plasenta yang kurang baik dan berpengaruh pada gangguan pertumbuhan janin (dismaturitas), premature, kematian janin dalam kandungan, bahkan dapat menyebabkan solusio placenta yang berakibat buruk pada ibu maupun janin (Winyoksastro, 2002)

Berdasarkan analisa peneliti dilapangan pada faktor hipertensi ditemukan kurang dari separuh (27.6%) ibu dengan hipertensi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan sebaiknya petugas RSUD agar selalu memberikan penyuluhan terhadap ibu hamil yang hipertensi agar mengurangi kejadian berat badan lahir rendah.

* + 1. **Analisis Bivariat**
			1. **Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian BBLR**

Hasil Penelitian yang dilakukan dengan analisis *chi-square* dari 58 orang responden didapat hasil bahwa kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada umur yang beresiko (58.6%) dibandingkan dengan yang tidak beresiko (41.4%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh ditemukan umur ibu yang beresiko (27,6%) dan lebih banyak ditemukan umur ibu yang tidak beresiko (72,4%), *p-value* 0,034< 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan (p<0,05) antara umur ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi dengan nilai OR sebesar 3.71 (CI 95% : 1.23 – 11.16) yang artinya responden dengan umur berisiko(< 20 &> 35 tahun) memiliki peluang sebesar 3.71 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan umur tidak berisiko ( 20 – 35 tahun ).

Hasil Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan Satria E (2010), yang mengatakan bahwa umur ibu mempunyai hubungan yang bermakna dengan berat badan lahir bayi. Penelitian yang dilakukan oleh Khomson Ali (2003), menyatakan sama bahwa umur ibu berhubungan dengan berat badan lahir bayi. Tetapi lain hal dengan penelitian yang dilakukan oleh Mediafia (2007), yang menyatakan tidak adanya hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan berat badan lahir bayi.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Winyoksastro (2002), yang menyatakan bahwa kelompok usia yang aman untuk hamil dan bersalin yaitu antara 20 sarnpai 35 tahun karena usia ini disebut juga sebagai usia reproduksi sehat. Sedangkan usia wanita pada saat hamil dan bersalin kurang dan 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor predisposisi terjadinya kelahiran dengan BBLR. Hutabarat dalam Manuaba (2008), juga menyatakan bahwa umur kurang dan 19 tahun dan diatas 35 tahun cenderung akan mengalami komplikasi obstetri.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori yang dikemukakan diatas penulis menarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara umur ibu dengan berat badan lahir rendah. Dimana ada juga ditemui umur ibu yang tidak beresiko tetapi terjadi juga BBLR, faktor lain yang mengakibatkan berat badan lahir rendah diantaranya penyakit ibu dan ketuban pecah dini.

* + - 1. **Hubungan Status Gizi Ibu dengan Kejadian BBLR**

Hasil Penelitian yang dilakukan dengan analisis *chi-square*dari 58 orang responden didapat hasil bahwa kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada status gizi ibu yang tidak baik (65.5%) dibandingkan dengan yang baik (34.5%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh status gizi ibu tidak baik (31,0%) dan lebih banyak ditemukan status gizi ibu yang baik (69,0%), *p-value* 0,018 < 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan (p<0,05) antara status gizi pada ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi dengan nilai OR sebesar 4.22 (CI 95% : 1.40 – 12.65) yang artinya responden dengan status gizi ibu yang tidak baik ( penambahan BB <10 kg ) memiliki peluang sebesar 4.22 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan status gizi ibu yang baik ( penambahan BB ≥10 - 14 kg ).

Hasil Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Satria E (2010), yang mengatakan bahwa status gizi pada ibu mempunyai hubungan yang bermakna dengan berat badan lahir bayi. Penelitian yang dilakukan oleh Meliza D (2010), yang berjudul “Hubungan umur, pekerjaan, status gizi dan komplikasi kehamilan pada ibu bersalin dengan kejadian BBLR di RSUD Solok Selatan Tahun 2010” yang menyatakan adanya hubungan antara status giziibu yang tidak baik dengan kelahiran bayi BBLR.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Lubis (2003), kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, aspiksia intra pachey (mati dalam kandungan), lahir dengan BBLR.

 Menurut Moehji Sjahmien (2008), penambahan berat badan ibu semasa kehamilan menggambarkan laju pertumbuhan janin dalam kandungan. Pada usia kehamilan trimester 1 laju pertambahan berat badan ibu belum tampak nyata karena pertumbuhan janin belum pesat, tetapi memasuki usia kehamilan trimester II laju pertumbuhan janin mulai pesat dan pertambahan berat badan ibu juga pesat.

 Menurut Solihin Pudjiadi(2003), seorang ibu yang sedang mengandung mengalami berat badan sebanyak ≥10kg. pada trimester pertama kenaikan itu hanya kurang dari 1 kg, pada trimester II kurang lebih 3 kg, sedangkan pada trimester ketiga kira-kira 90% dari pada kenaikan itu merupakan kenaikan komponen janin, seperti pertumbuhan janin,plasenta,dan bertambahnya cairan amnion.

Berdasarkan analisa peneliti bahwa ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah. Dimana ada juga ditemui status gizi ibu yang baik tetapi terjadi juga BBLR faktor lain yang mengakibatkan BBLR diantaranya Pregnacy Induce Hypertention *(PIH)*,Oligohyramion (air ketuban berlebihan), dan ada riwayat kehamilan prematur.Dan dianjurkan kepada ibu-ibu untuk lebih banyak lagi mencari informasi tentang kebutuhan gizi selama kehamilan, informasi ini bisa diperoleh dimana saja baik diRSUD, puskesmas, maupun media massa lainnya seperti leaflet, majalah kesehatan dan lain-lain, gunanya untuk mencegah status gizi yang tidak baik.

* + - 1. **Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian BBLR**

Hasil Penelitian yang dilakukan dengan analisis *chi-square* dari 58 orang responden didapat hasil bahwa kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada tingkat pendidikan yang rendah (55.2%) dibandingkan dengan tingkat pendidikan yang tinggi (44.8%) sedangkanpada kontrol ditemukan kurang dari separuh tingkat pendidikan ibu rendah (17,2%) dan lebih banyak tingkat pendidikan ibu tinggi (82,8%), *p-value* 0,006 < 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan (p<0,05) antara tingkat pendidikan dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi dengan nilai OR sebesar 5.90 (CI 95% : 1.76 – 19.81) yang artinya responden dengan tingkat pendidikan yang rendah ( ≤ SMA ) memiliki peluang sebesar 5.90 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden dengan tingkat pendidikan tinggi( ≥ D1,D3,dan Perguruan Tinggi ).

Hasil Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Mediafia (2007), yang mengatakan bahwa tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan berat badan lahir bayi. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Epi Satria (2010), yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Berat Badan Lahir Rendah” menyatakan bahwa tingkat pendidikan pada ibu tidak berhubungan dengan berat badan lahir bayi.

Ilmu mendidik adalah ilmu atau teori yang sistematis tentang pendidikan yang sebenamya bagi anak sampai ia mencapai kedewasaan. Mendidik adalah membimbing pertumbuhan anak, jasmani maupun rohani dengan sengaja, bukan saja untuk kepentingan pengajaran sekarang melainkan utarnanya untuk kehidupan seterusnya dimasa depan (Rasydin, 2007).

Pendidikan adalah proses pengubah sikap dan perilaku seseorang atau sekelompok orang dalarn usaha mendewasakan manusia melalui usaha pengngajaran dan pelatihan. Pendidikan secara urnum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi oranglain baik individu, kelornpok/masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh prilaku pendidik. Ibu yang mempunyai pendidikan yang lebih tinggi akan mudah memperoleh pelajaran kesehatan karena manfaat kesehatan sudah dianggap penting. Dengan tingkat Pendidikan yang relatif tinggi diharapkan masyarakat dapat mempraktekkan diri hidup sehat bagi dirinya dan masyarakat atau masyarakat dapat berprilaku hidup sehat.

Berdasarkan analisa peneliti bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian berat badan lahir rendah, dimana ada juga ditemukan tingkat pendidikan ibu tinggi tetapi terjadi juga BBLR faktor penyebabnya yaitu tidak memilki kesadaran sendiri untuk memenuhi status gizi, imunisasi dan pemeriksaan berkala (antenatal care) selama kehamilan. Diharapkan ibu untuk selalu berusaha agar janin yang nanti akan dilahirkan dalam keadaan sehat dengan berat badan lahir normal.

* + - 1. **Hubungan Hipertensi dengan Kejadian BBLR**

Hasil Penelitian yang dilakukan dengan analisis *chi-square* dari 58 orang responden didapat hasil bahwa kejadian BBLR pada kasus lebih banyak ditemukan pada hipertensi (27.6%) dibandingkan dengan yang tidak hipertensi (72.4%), sedangkan pada kontrol kurang dari separuh ditemukan pada hipertensi (13,8%) dan lebih banyak ditemukan pada tidak hipertensi (86,0%),*p-value* 0,040 < 0,05. Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan yang signifikan (p<0,05) antara kejadian hipertensi pada ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi dengan nilai OR sebesar 4.41 (CI 95% : 1.21-16.00 ) yang artinya responden yang mengalami hipertensi ( Tekanan Darah ≥ 140/80 mmHg ) memiliki peluang sebesar 4.41 kali untuk melahirkan bayi berat badan lahir rendah dibandingkan dengan responden yang tidak hipertensi ( Tekanan Darah < 140/80 mmHg ).

Hasil Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Sondari F (2006), yang berjudul “Hubungan Beberapa Faktor Ibu Dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit dr. Hasan Sadikin Bandung Januari-Februari 2006” yang menyatakan bahwa adanya hubungan hipertensi dengan kejadian BBLR”. Hasil yang sama terjadi juga pada penelitian Sugianto (2002), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan hipertensi pada ibu hamil dengan kejadian Berat badan lahir rendah pada bayi.

Penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Winyoksastro (2002), ibu dengan hipertensi kemudian akan melahirkan bayi yang BBLR. Hipertensi pada ibu hamil disebabkan oleh faktor herediter atau faktor lingkungan dan emosi yang labil.Dalam waktu panjang hipertensi pada ibu hamil dapat memberikan gejala pada alat vital seperti jantung, ginjal atau terjadinya serangan pendarahan yang mendadak.Kehamilan dengan hipertensi dapat berlangsung sampai kehamilan aterm (Manuaba, 2008).

Berdasarkan analisa peneliti bahwa ada hubungan antara hipertensi dengan kejadian berat badan lahir rendah, dimana ada juga ditemukan ibu tidak hipertensi tetapi terjadi juga BBLR salah satu faktor penyebabnya yaitu status gizi ibu yang tidak baik selama kehamilan, sehingga penambahan berat badan ibu selama kehamilan tidak termasuk kategori normal $<10 $Kg. Diharapkan pihak pukesmas lebih sering memberikan penyuluhan kepada ibu hamil yang hipertensi dan memberikan pengobatan.

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**6.1 Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang telah dibahas pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

* + 1. Separuh ibu mengalami kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

6.1.2 Hampir separuh umur ibu beresiko BBLR di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + 1. Hampir separuh status gizi ibu tidak baik melahirkan BBLR di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		2. Hampir separuh tingkat pendidikan ibu rendah di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		3. Lebih dari separuh ibuhipertensi diRuangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		4. Ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah pada bayi diRuangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		5. Ada hubungan yang bermakna antara status gizi ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah padabayi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		6. Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah padabayi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.
		7. Ada hubungan yang bermakna antara hipertensi dengan kejadian berat badan lahir rendah padabayi di Ruangan Perinatologi RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

**6.2 Saran**

Hal-hal yang dapat disarankan kepada beberapa pihak berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut :

**6.2.1 Bagi Pihak Rumah Sakit**

Diharapkan dapat memberikan penyuluhan tentang faktor – faktor yang berhubungandengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah terutama umur, status gizi, tingkat pendidikan, dan hipertensi pada saat kehamilan.

**6.2.2** **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai masukan dan pedoman bagi institusi pendidikan dan di sarankan bagi peneliti selanjutnya dapat meningkatkan pengetahuannya mengenaifaktor-faktorresiko yangberhubungandengan terjadinya Berat Badan Lahir Rendah.

**6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Pada peneliti selanjutnya diharapkan untuk menggali lebih dalam apa saja yang berhubungandengan kejadian bayi berat badan lahir rendah.

**DAFTAR PUSTAKA**

Departemen Kesehatan RI, 2003. Hubungan *Antara Kenaikan Berat Badan Ibu Hamil Dengan Berat Badan Lahir Rendah*, Jakarta : Depkes RI

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2010. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal danNeonatal*, Jakarta : Depkes RI

Jumirah, Utama S, Sitanggang. 2005. *Kejadian BBLR Di RSU Pematang Siantar dan Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan BBLR.* Di akses tanggal08 September 2013

Khomson, Ali, 2003. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*. Jakarta : Ladang Pustaka. Jakarta. Di akses tanggal 08 September 2013

Liu, David T.Y. 2008. *Manual Persalinan,* Edisi 3. Jakarta : EGC

Lubis, Zulhaida. 2003. *Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi Yang Di Lahirkan.* Di akses tanggal 08 September 2013

Manuaba, I.B.G, 2008. *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetri Ginekologi Dan KB*. Jakarta : EGC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta : EGC

Mediafia, Idaman, 2007. *Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Berat Badan Lahir Bayi* Di Wilayah kerja Puskesmas Pekan Raba’a Kabupaten Solok Selatan tahun 2007, Skripsi Poltekes Padang

Meliza, Desi. 2010. *Hubungan Umur, Pekerjaan, Jarak Persalinan dan Komplikasi Kehamilan Pada Ibu Bersalin Dengan Kejadian BBLR* di RSUD SolokSelatan Tahun 2010

Mitayani, 2011. *Asuhan keperawatan Maternitas*, Jakarta : Salemba Medika

Moehji, Sjahmien. 2008. *Bayi Sehat dan Cerdas Melalui Gizi dan Makanan pilihan : Panduan Asupan Gizi untuk Bayi dan Balita*, Jakarta : Pustaka Mina

Notoatmodjo, 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta

Prawirohardjo, Sarwono. 2005. *Ilmu Kebidanan*, Jakarta : Tridasa Printer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta : Tridasa Printer

Rahayu. 2009. *Karakteristik Ibu Yang Melahirkan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah.* Di akses tanggal 08 September 2013

Rochjati. 2008. *Hubungan Antara Pendidikan, Parita, dan Hipertensi Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah.* Di akses tanggal 08 September 2013

Satria, Epi. 2010. *Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Berat Badan Lahir Rendah* di Puskesmas Muara Labuh. Skripsi poltekes padang.

Solihin, Pudjiadi. 2003. *Ilmu Gizi Klinis pada Anak.* Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Sondari, Fitri. 2006. *Hubungan Beberapa Faktor Ibu dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)* Di Rumah Sakit dr. Hasan Sadikin. Bandung. Di akses tanggal 08 September 2013

Sugianto. 2002. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Berat Badan Lahir Rendah.* Di akses tanggal 10 September 2013

Suyanto, Ummi Salamah, 2008. *Riset Kebidanan*, Jogjakarta : PT. Mitra Cendikia

Wilopo, S.A. 2005*. Kebiasaan Merokok Dan Makan Sirih Terhadap Resiko Kelangsungan Hidup Bayinya : Apakah Berat Badan Lahir Rendah Meningkatkan Kematiannya?.* Di akses tanggal 08 September 2013

Winyoksastro, H Gulardi, 2002. *Ilmu Kebidanan Dan Kandungan*, Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Praworo Hardjo

Yushananta, 2009. *Perawatan Bayi Risiko Tinggi*, Gramedia Pustaka Utama