

**ANALISIS FAKTOR RESIKO KEJADIAN BAYI
BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI
RUMAH SAKIT UMUM DELIA
LANGKAT TAHUN 2019**

TESIS

Oleh :

**DEVI APRIANTI
1702011017**



**PROGRAMSTUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA
MEDAN
2020**

**ANALISIS FAKTOR RESIKO KEJADIAN BAYI
BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI
RUMAH SAKIT UMUMDELIA
LANGKAT TAHUN 2019**

TESIS

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memeroleh Gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M.)
pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Minat Studi Kesehatan Reproduksi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia

Oleh :

**DEVI APRIANTI
1702011017**



**PROGRAMSTUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA
MEDAN
2020**

Telah diuji pada tanggal : 14 Desember 2019

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Dr. Tri NiswatiUtami, M.Kes

Anggota : 1. Nur Aini, S.Pd., M.Kes
2. Dr. Ir. ZuraidahNasution, M.Kes
3. Rapida Saragih,SKM.,M.Kes

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA
ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Institut Kesehatan Helvetia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	Devi Aprianti
NIM	1702011017
Peminatan	Kesehatan reproduksi
Program Studi	Ilmu Kesehatan Masyarakat / S2
Fakultas	Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya	Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, penelitian untuk memberikan kepada Institut Kesehatan Helvetia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**ANALISIS FAKTOR RESIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR
RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2019**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Institut Kesehatan Helvetia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan memantulkannya tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Medan
Pada tanggal Oktober 2019
Yang Menyatakan



Devi Aprianti


LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa

1. Tesis ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister Kesehatan Masyarakat (MKM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia
2. Tesis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak orang lain, kecuali bahan tinjauan pustaka dan material, dan penelaahan pengutip.
3. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima dan sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Madea, 04 Oktober 2019
Yang Membuat Pernyataan,




Devi Aprianti
NIM :1702011017

ABSTRACT

ANALYSIS OF RISK FACTORS ON THE INCIDENCE OF LOW BIRTH WEIGHT BABIES AT DELIA GENERAL HOSPITAL LANGKAT IN 2019

DEVI APRIANTI
1702011017

Based on the data obtained recorded that in 2016 there were 157 babies born in LBW conditions. In 2017 there were 142 babies born with LBW conditions. In 2018 there were 134 babies born in LBW conditions. Result of an initial survey conducted at Delia General Hospital shows that the prevalence of LBW every month is still higher than 3 years. This study aims to analyze the risk factors on the incidence of low birth weight babies at Delia General Hospital Langkat in 2019.

The design of this research is quantitative research with a retrospective approach. The study was conducted at Delia General Hospital Langkat. The population was 138 people and all were sampled with saturated sampling technique. Data analysis was using univariate, bivariate using chi-square and multivariate using multiple logistic regression at 95% confidence level ($\alpha = .05$).

The results showed that the variables that had a risk with LBW at Delia General Hospital Langkat were multiple pregnancy ($p = .026 < .05$) and history of preterm birth ($p = .017 < .05$). Variables that did not have a risk with LBW events were maternal age ($p = .847 > .05$), preeclampsia-eclampsia ($p = 1.000 > .05$), distance of pregnancy ($p = .0322 > .05$) and rupture of membranes early ($p = .439 > .05$).

The conclusion shows that the incidence of LBW is influenced by 2 factors: multiple pregnancies and a history of preterm birth. It is expected to use this research as an evaluation material for health workers.

Keywords: Maternal Age, Preeclampsia/Eclampsia, Pregnancy Spacing, Multiple Pregnancies, History of Premature Birth, Early Amniotic Rupture, Incidence of LBW.

Bibliography: 27 Books And 17 Journals



ABSTRAK

ANALISIS FAKTOR YANG BERESIKO DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DELIA LANGKAT TAHUN 2019

DEVI APRIANTI
1702011017

Berdasarkan data didapatkan tercatat tahun 2016 terdapat 157 bayi dilahirkan kondisi BBLR. Pada tahun 2017 terdapat 142 bayi dilahirkan dengan kondisi BBLR. Pada tahun 2018 terdapat 134 bayi dilahirkan dalam kondisi BBLR. Berdasarkan hasil survey awal dilakukan di Rumah Sakit Umum Delia bahwa prevalensi kejadian BBLR setiap bulannya masih tinggi dari 3 tahun. Tujuan penelitian menganalisis faktor yang berisiko kejadian bayi berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019.

Desain penelitian ini penelitian kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Delia Langkat. Populasi 138 orang, sampel dengan teknik *sampling* jenuh sebanyak 138 orang. Analisis secara univariat, bivariat menggunakan *chi-square* dan multivariate menggunakan regresi logistik berganda pada taraf kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang memiliki risiko dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat yaitu kehamilan ganda ($p=0,026<0,05$) dan riwayat kelahiran prematur ($p=0,017 <0,05$). Variabel yang tidak memiliki risiko dengan kejadian BBLR yaitu umur ibu ($p=0,847>0,05$), preeklamsia/eklamsia ($p=1,000>0,05$), jarak kehamilan ($p=0,0322<0,05$) dan ketuban pecah dini ($p=0,439 >0,05$).

Kesimpulan penelitian bahwa kejadian BBLR dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu kehamilan ganda dan riwayat kelahiran prematur. Diharapkan dapat dijadikan bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Umur Ibu, Preeklamsia/Eklamsia, Jarak Kehamilan, Kehamilan Ganda, Riwayat Kelahiran Prematur, Ketuban Pecah Dini, Kejadian BBLR

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahNya yang telah dilimpahkan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul “**Analisis Faktor Resiko KejadianBayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019**”.Shalawat beriring salam penulis sanjungkan ke pangkuan Baginda Rasulullah SAW.

Penyusunan Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (M.K.M)pada Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia. Dalam penyusunan Tesis ini penulis banyak mengalami berbagai kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bimbingan dan dukungan serta bantuan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini.

Untuk itu dalam kesempatan ini penulis dapat mengucapkan terima kasih dengan tulus ikhlas kepada :

1. Dr. Ismail Efendi, M.Si, sebagai Rektor Institut Kesehatan Helvetia Medan.
2. Dr. Asriwati, S.Kep, Ns., S.Pd., M.Kes, M.Si selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia medan.
3. Iman Muhammad, SE., S.Kom., MM., M.Kes., selaku Ketua Yayasan Helvetia Medan dan selaku Ketua Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat.

4. Ibu Dr. Tri Niswati Utami, M.Kes selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan mencurahkan waktu, perhatian, ide dan motivasi selama penyusunan proposal tesis ini.
5. Ibu Nur Aini, S.Pd., M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan mencurahkan waktu, perhatian, ide dan motivasi selama penyusunan proposal tesis ini.
6. Ibu dr. Zuraidah Nasution, M.Kes selaku dewan penguji yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penyusunan tesis ini.
7. Bapak Dr. Anto, SKM., M.Kes., M.M selaku dewan penguji yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penyusunan tesis ini.
8. Keluarga tercinta yang telah mengirimkan doanya kepada penulisserta telah memberikan dukungan moral dan material.
9. Orang yang istimewa dalam hidupku Suami tercinta dr Surya fahrozi, yang turut memberi dukungan baik Moril maupun Materil yang sangat mendorong penulis untuk terus berusaha dalam menyelesaikan tesis ini demi terwujudnya cita-cita untuk memperoleh gelar magester kesehatan masyarakat di Inkes Helvetia Medan
10. Seluruh teman seperjuangan mahasiswi S2 kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Medan, terima kasih atas perjalinan kerja sama selama menjalani pendidikan.
11. Seluruh staf kependidikan dan bagian keputakaan di Institut Kesehatan Helvetia.

Penulis menyadari bahwa Tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi penulisan maupun pembendaharaan kata penulis sangat mengharapkan kritikan maupun saran guna kesempurnaan Tesis ini pada masa yang akan datang. Semoga Tuhan Yang Maha Esa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua.

Medan, Desember 2019

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan nasional yang diselenggarakan oleh Bangsa Indonesia pada hakekatnya merupakan pembangunan manusia yang seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia, yang meliputi lahiriah dan batiniah serta menjadi tanggung jawab pemerintah dan juga masyarakat. Apabila ditelaah lebih mendalam, pembangunan manusia seutuhnya dapat terwujud bila terjadi peningkatan kualitas manusia Indonesia yang dipersiapkan sejak dini, yaitu dari masa bayi dikandung, masa kelahirannya, masa bayi baru lahir serta masa-masa selanjutnya (1).

Berat badan lahir merupakan salah satu indikator dalam tumbuh kembang anak hingga masa dewasanya dan menggambarkan status gizi yang diperoleh janin selama dalam kandungan. Pada negara berkembang, berat bayi lahir rendah (BBLR) masih menjadi salah satu permasalahan defisiensi zat gizi. BBLR ialah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, tanpa memandang masa gestasi (2).

Setiap pasangan suami istri pasti mendambakan bayi mereka lahir dengan normal, yaitu berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat. Namun, ada kalanya keinginan tersebut tidak terwujud, misalnya bayi lahir kurang bulan atau Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Dengan kemajuan teknologi kedokteran

dan didukung kemauan keras orang tua yang memiliki Berat Lahir Rendah (BBLR), maka bayi akan tetap bertahan hidup (3).

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram. BBLR dapat dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas. Prematuritas murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan. Dismaturitas yaitu bayi dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan, ini menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin (4).

Kelahiran prematur merupakan beban bagi orang tua. Mereka bisa *shock*, tidak dapat menerima keadaan, merasa bersalah, marah, depresi, dan takut. Perasaan-perasaan negatif ini dapat menetap lama setelah bayi prematur lahir. Muncul rasa penerimaan atas kelahiran yang prematur dari para orang tua memang berbeda-beda waktunya, tetapi umumnya sebagian besar akan dapat menerima keadaan ini dan mulai mencoba mencari jalan untuk menolong bayinya (5).

Banyak faktor yang terkait dengan kelahiran BBLR, sedangkan untuk memisahkan secara sempurna faktor-faktor yang terkait dengan prematuritas dengan bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK) adalah sangat sulit. Bayi lahir prematur yang berat lahirnya sesuai umur gestasinya, biasanya dihubungkan dengan keadaan medis dimana terjadi ketidakmampuan uterus untuk mempertahankan janin, gangguan dalam perjalanan kehamilan, pelepasan plasenta prematur, rangsangan tidak pasti yang menimbulkan kontraksi efektif pada uterus

sebelum kehamilan mencapai umur cukup bulan. Bayi KMK dihubungkan dengan keadaan medik yang mengganggu, misalnya sirkulasi dan efisiensi plasenta, perkembangan atau pertumbuhan janin, atau kesehatan umum dan nutrisi ibu (6).

Secara garis besar, BBLR dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor maternal dan faktor janin. Faktor maternal yang mempengaruhi kejadian BBLR adalah usia ibu saat hamil (<20 tahun atau >35 tahun dan jarak persalinan dengan kehamilan terlalu pendek), keadaan ibu (riwayat BBLR sebelumnya, bekerja terlalu berat, social ekonomi, status gizi, perokok, mengguna obat terlarang, alkohol), dan ibu dengan masalah kesehatan (anemia berat, pre eklamsia, infeksi selama kehamilan) sedangkan dari faktor bayi (cacat bawaan dan infeksi selama dalam kandungan) (7).

Beberapa faktor lainnya yang dapat mempengaruhi berat badan lahir, antara lain umur ibu, paritas, tinggi badan ibu, jarak kelahiran, dan pekerjaan ibu. Kehamilan yang terjadi pada usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap berat badan lahir bayi. Umur ibu kurang dari 20 tahun pada saat hamil berisiko terjadinya BBLR 1,5-2 kali lebih besar dibandingkan ibu hamil yang berumur 20-35 tahun. Persalinan lebih dari tiga kali berisiko terjadinya komplikasi seperti perdarahan dan infeksi sehingga ada kecenderungan bayi lahir dengan kondisi BBLR (8).

Hasil penelitian Surasmi mengungkapkan bahwa bayi baru lahir yang berat badannya 2500 gram atau kurang disebut bayi prematur ternyata morbiditas dan mortalitas neonatus tidak hanya bergantung pada berat badannya tetapi juga

tingga kematangan (maturitas) bayi tersebut. Sedangkan menurut Maryunani (2009)(9), hingga saat ini, bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) masih merupakan masalah di dunia karena merupakan penyebab kesakitan dan kematian pada masa bayi baru lahir (4).

Permasalahan yang begitu banyak dalam sistem tubuh yang timbul akibat BBLR. Kasus BBLR dapat menyebabkan kematian dan memerlukan perawatan khusus. Efek jangka panjang pada bayi dengan berat lahir rendah diantaranya masalah psikis seperti gangguan bicara, gangguan perkembangan dan pertumbuhan, gangguan belajar dan masalah fisik seperti penyakit paru kronis dan kelainan bawaan (10).

BBLR memiliki risiko kematian pada usia di bawah 1 tahun, 17 kali lebih besar dari bayi yang dilahirkan dengan berat lahir normal. Hal ini dimungkinkan karena pada BBLR kematangan organ organ tubuh yang belum sempurna. Apabila BBLR tidak ditangani dengan baik maka akan memiliki risiko untuk mengalami penyakit neonatus yang lebih besar dari pada bayi dengan berat lahir normal. Beberapa penyakit yang sering dialami BBLR adalah sindrom gangguan pernafasan idiopatik, pneumonia aspirasi, perdarahan intraventrikular, fibroplasia retrolental dan hiperbilirubinemia. Pada BBLR dapat terjadi kekurangan surfaktan dan belum sempurna pertumbuhan dan perkembangan paru sehingga kesulitan memulai pernafasan yang berakibat untuk terjadi asfiksia neonatorum (11).

Berdasarkan data kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018 angka kejadian BBLR terbanyak di dunia yaitu di negara Berkembang seperti di Vietnam (5,3%), Thailand (6,6%). Berat badan lahir rendah (BBLR) merupakan

penyebab utama kematian perinatal. Sebagian besar bayi dengan BBLR dilahirkan di Negara Berkembang yaitu 96,5%, khususnya di daerah yang populasinya rentan(12).

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2018, jumlah bayi lahir di Indonesia 4.720.024 bayi dengan jumlah laki-laki sebanyak 2.410.487 bayi dan perempuan sebanyak 2.309.537 bayi. di Sumatera Utara 299.284 dengan jumlah laki-laki sebanyak 152.573 bayi dan perempuan sebanyak 146.711 bayi (13).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2016, angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2016 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sama dengan AKN berdasarkan SDKI tahun 2007 dan hanya menurun 1 poin dibanding SDKI tahun 2002-2003 yaitu 20 per 1.000 kelahiran hidup. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Begitu pula dengan Angka Kematian Balita (AKABA) hasil SUPAS 2015 sebesar 26,29 per 1.000 kelahiran hidup, juga sudah memenuhi target MDGs 2015 sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup (14).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2018 proporsi Berat Badan Lahir kurang dari 2500 gram (BBLR) pada anak usia 0-59 bulan menurut Provinsi yaitu Provinsi Sumatera Utara 4,2%. Provinsi terendah kejadian BBLR adalah Jambi (2,6%) dan tertinggi yaitu Sulawesi Tenggara (8,9%). Target RPJMN tahun 2019 yaitu 8% dan sirkesnas 2016 (6,9%) (12).

Ketertarikan pada judul karena melihat fenomena banyak anak yang dilahirkan dalam keadaan BBLR di Rumah Sakit Umum Delia, berdasarkan data yang didapatkan tercatat pada tahun 2016 terdapat 157 bayi dilahirkan dengan kondisi BBLR dengan rincian Januari 13 bayi, Februari 11 Bayi, Maret 18 Bayi, April 13 bayi, Mei 17 bayi, Juni 9 bayi, Juli 8 bayi, Agustus 12 bayi, September 22 Bayi, Oktober 11 Bayi, November 19 bayi, Desember 4 bayi. Pada tahun 2017 terdapat 142 bayi yang dilahirkan dengan kondisi BBLR dengan rincian Januari 5 bayi, Februari 12 bayi, Maret 17 bayi, April 15 bayi, Mei 7 bayi, Juni 17 bayi, Juli 20 bayi, Agustus 12 bayi, September 7 bayi, Oktober 11 bayi, November 10 bayi, Desember 9 bayi. Pada tahun 2018 terdapat 134 bayi yang dilahirkan dalam kondisi BBLR yaitu Januari 12 bayi, Februari 10 bayi, Maret 9 bayi, April 7 bayi, Mei 19 bayi, Juni 8 bayi, Juli 8 bayi, Agustus 9 bayi, September 16 bayi, Oktober 11 bayi, November 10 bayi dan Desember 15 bayi.

Dari jumlah 157 bayi BBLR pada tahun 2016 terdapat 53 bayi dengan diagnosa Ketuban Pecah Dini (KPD). Dari 142 bayi BBLR pada tahun 2017 terdapat 33 bayi dengan diagnosa KPD. Dari jumlah 134 bayi BBLR pada tahun 2018 terdapat 25 bayi dengan diagnosa KPD. Dari jumlah 157 bayi BBLR pada tahun 2016 terdapat 4 bayi dengan diagnosa Pre-eklamsia. Dari 142 bayi BBLR pada tahun 2017 terdapat 13 bayi dengan diagnosa Pre-eklamsia. Dari jumlah 134 bayi BBLR pada tahun 2018 terdapat 8 bayi dengan diagnosa Pre-eklamsia. Dari jumlah 134 bayi BBLR pada tahun 2018 terdapat 25 bayi dengan diagnosa KPD. Dari jumlah 157 bayi BBLR pada tahun 2016 terdapat 24 bayi dengan diagnosa kehamilan ganda (*gamelli*). Dari 142 bayi BBLR pada tahun 2017 terdapat 11

bayi dengan diagnosa kehamilan ganda (*gamelli*). Dari jumlah 134 bayi BBLR pada tahun 2018 terdapat 7 bayi dengandiagnosa kehamilan ganda (*gamelli*). Dari data yang didapatkan terlihat bahwa hampir setiap bulan Rumah Sakit Umum Delia Langkat menangani bayi dengan kondisi BBLR, hal ini merupakan sebuah masalah karena BBLR suatu kondisi yang sangat mengancam nyawa bayi dan memberi pengaruh besar pada pertumbuhan dan perkembangan bayi.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Umum Delia Langkat bahwa prevalensi kejadian BBLR setiap bulannya tinggi, berdasarkan hal ini peneliti tertarik untuk mengidentifikasi lebih jauh yang berkaitan dengan Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor apa saja yang dapat berisiko dengan kejadian bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah menganalisis faktorrisikokejadian bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis faktor risiko usia ibu dengan bayi berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019
- b. Menganalisis faktor risiko preeklamsia/eklemsia ibu dengan bayi berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019
- c. Menganalisis faktor risiko jarak kehamilan ibu dengan bayi berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019
- d. Menganalisis faktor risiko riwayat kehamilan prematur dengan berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019
- e. Menganalisis faktor risiko kehamilan ganda dengan berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019
- f. Menganalisis faktor risiko ketuban pecah dini dengan berat badan lahir rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yang hendak dicapai, maka penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat dalam pendidikan baik secara langsung maupun tidak langsung. Adapun manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat yaitu:

- 1) Memberikan sumbangan pemikiran bagi pembaharuan kebijakan di Rumah Sakit Umum Delia Langkat yang terus berkembang sesuai dengan peraturan pemerintah dan sesuai dengan kebutuhan pelayanan neonatus yang berkualitas.

- 2) Memberikan sumbangan ilmiah dalam ilmu Pendidikan, yaitu dapat menjadi acuan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terkait dengan peningkatan pelayanan neonatus dengan BBLR dan pencegahan BBLR.
- 3) Sebagai pijakan dan referensi pada penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan BBLR serta menjadi bahan kajian lebih lanjut.

1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis penelitian ini dapat bermanfaat sebagai berikut :

1) Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan dan pengalaman langsung tentang BBLR sehingga dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat dikemudian hari.

2) Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi bagi Ibu dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta informasi tentang cara merawat BBLR dan mencegah faktor risiko sehingga dapat mengubah perilaku untuk mencegah faktor risiko tersebut.

3) Bagi Pemerintah Kota Langkat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pemerintah di Wilayah Langkat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terkait dengan peningkatan kesehatan dan pencegahan kejadian BBLR.

4) Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi perpustakaan dan dapat dijadikan sebagai sumber data untuk menambah sumber referensi tentang faktor risiko BBLR terutama bagi mahasiswi.

5) Bagi Tenaga Kesehatan

Menjadikan bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan dan pelayanan neonatus khususnya dalam memberikan pelayanan neonatus dengan BBLR.

6) Bagi Tempat Penelitian

Sebagai penyalur informasi dalam meningkatkan mutu pelayanan terhadap kejadian BBLR sehingga dapat menekan angka kematian bayi karena BBLR.

7) Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti lain yang ingin melanjutkan penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang faktor risiko BBLR serta bisa menjadi referensi ilmiah yang mungkin bisa menjadi dasar terbaru untuk kemudian dikembangkan dalam penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Peneliti Terdahulu

Budiman, dkk. Faktor ibu yang berhubungan dengan berat badan bayi lahir di Puskesmas Garuda tahun 2010. Rancangan penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan 408 sampel ibu yang melahirkan di Puskesmas Garuda pada tahun 2010. Data yang dikumpulkan berupa data sekunder yang didapat dari buku register ibu hamil dan bersalin. Analisis data dilakukan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur ibu (27-28), paritas ibu (1-2), frekuensi ANC (2-3), tinggi fundus uteri (30-31). Proporsi ibu yang tidak bekerja sebanyak 90 (22,1%), ibu yang memiliki riwayat penyakit sebanyak 25 (6,1%) dan ibu yang memiliki status gizi kurang sebanyak 34 (8,3%). Dari hasil uji statistik disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara paritas ibu dengan berat badan bayi lahir ($p\ value = 0,042$) ($R^2 = 0,010$ $r = -0,101$), riwayat penyakit dengan berat badan bayi lahir ($p\ value = 0,042$), tinggi fundus uteri dengan berat badan bayi lahir ($p\ value = 0,010$) ($R^2 = 0,016$ $r = 0,128$), dan umur ibu, pekerjaan, status gizi dan ANC tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan berat badan bayi lahir. Faktor yang paling besar pengaruhnya (dominan) terhadap berat badan bayi lahir di adalah paritas (Coefisien Beta sebesar -0,133).

Kurniawati, Leni. Hubungan pre eklampsia dengan kelahiran berat bayi lahir rendah (BBLR) di RSUD Sragen. Desain penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross Sectional* yang dilakukan di RSUD Sragen

pada tanggal 22 April -31 Mei 2010. Populasi penelitian ini adalah neonatus yang lahir periode 22 April-31 Mei 2010. Teknik sampling menggunakan *total sample*. Didapatkan besar sampel 44 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan sebagai kontrol diambil dari bayi lahir dari ibu tidak preeklampsia dengan jumlah yang sama. Analisis data menggunakan uji korelasi *Chi Square* dan *Risiko Prevalensi (RP)*. Hasil penelitian didapatkan nilai X^2_{hitung} adalah 5,906 dan nilai $P= 0,015$, dan dibandingkan dengan X^2_{tabel} dengan $df=1$ dan taraf kesalahan $\alpha=0,05$ diperoleh nilai 3,847. Karena nilai $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$ ($5,906 > 3,847$). Kesimpulannya adalah ada hubungan yang signifikan antara preeklampsia dengan kelahiran berat bayi lahir rendah (BBLR). Peluang terjadinya kelahiran BBLR lebih tinggi 3,25 kali daripada tanpa preeklampsia. Hal ini menunjukkan bahwa preeklampsia merupakan faktor risiko terjadinya kelahiran BBLR (15).

Purwaningsih, PA. Hubungan paritas ibu bersalin dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta. Metode penelitian *survey analitik* pendekatan *retrospektif* dengan rancangan *case control*. Data menggunakan skala data nominal, uji hipotesis antara dua *variable* menggunakan analisa *Chi Square* dengan tingkat kepercayaan 95%. Responden penelitian ini 207 ibu bersalin, dibagi menjadi 2 kelompok. Kelompok kasus 69, sedangkan kelompok kontrol 138.. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, pengumpulan data dilaksanakan dengan menggunakan master tabel. Uji Statistik faktor resiko dengan *odds ratio*. Hasil penelitian yang diperoleh ada hubungan antara paritas ibu bersalin dengan kejadian BBLR,

analisa *Chi Square* didapatkan *p-value* = 0,024. Resiko kelahiran BBLR meningkat 1.96 kali pada ibu bersalin dengan paritas resiko(1 dan > 3) dibanding paritas tidak resiko (2 dan 3). *Odds Ratio* dengan interval kepercayaan 95% sebesar 1,090 sampai 3,538 yang menunjukkan paritas adalah faktor resiko terjadinya BBLR (16).

Monita, dkk. Hubungan usia, jarak kehamilan dan kadar hemoglobin hamil ibu dengan BBLR di Rumah Sakit Umum Arifin Achmad Provinsi Riau. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah semua ibu melahirkan selama 2014 di Rumah Sakit Permata Arifin Achmad Provinsi Riau. Ada 90 subjek dengan usia ibu yang berisiko sebesar 36 ibu (40%), ibu memiliki rentang risiko lahir oleh 20 ibu (22,2%), ibu menderita anemia sebanyak 16 ibu (17,8%) dan bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah adalah 42 bayi (46,7%). Hasil uji statistik ibu kategori umur berisiko, nilai $p = 0,001$ berarti korelasi yang signifikan antara usia dan kejadian berat lahir rendah. Kategori hasil uji statistik *spacing* memiliki nilai $p = 0,932$ dan kategori tingkat hemoglobin (Hb) ibu hamil memiliki nilai $p = 0,985$ berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak kelahiran dan ibu konsentrasi hemoglobin dengan BBLR (17).

Nursaputri, S. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR pada wanita hipertiroid di Kabupaten Magelang tahun 2014. Jenis penelitian adalah analitik observasional dengan pendekatan *case control*, dilengkapi dengan kajian kualitatif. Sampel penelitian adalah ibu hamil yang melahirkan bayi BBLR di tahun 2014 dan pernah mengikuti tes TSHs ibu hamil di laboratorium GAKI

sebanyak 41 kasus dan 41 kontrol. Teknik pengambilan sampel secara *Proportionate Stratified Random Sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat, multivariat, dan analisis kualitatif. Hasil penelitian ini adalah faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR menurut analisis bivariat adalah LILA ($p=0,023$; OR= 0,695; 95% CI=0,263-1,833), kenaikan BB ($p=0,010$; OR=0,078; 95%CI=0,009-0,638), dan status anemia ($p=0,000$; OR=0,126; 95% CI=0,046-0,344), sedangkan menurut analisis multivariat, adalah status *hipertiroid* kehamilan, kenaikan BB dan status anemia (18).

Septiani, Rini. Faktor maternal yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Indonesia. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder, yakni Riskesdas 2013. Sampel penelitian ini sebanyak 25.186 anak yang lahir pada tahun 2010-2013 yang telah memenuhi kriteria penelitian. Kemaknaan hubungan dilihat menggunakan tingkat kepercayaan 95% *Confidence Interval* (CI) yang diperoleh dari uji *chisquare*. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa prevalensi BBLR pada anak yang lahir tahun 2010-2013 mencapai 5,2%. Adapun usia ibu melahirkan, tingkat pendidikan ibu, jumlah kunjungan ANC, usia gestasi, konsumsi tablet FE, paritas, dan riwayat melahirkan BBLR berhubungan signifikan dengan kejadian BBLR (19).

Susilowati, dkk . Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR pada neonatus yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Januari 2015-Juli 2016. Jenis penelitian ialah deskriptif retrospektif dengan metode survei lapangan. Sampel penelitian ialah pasien neonatus dengan BBLR yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada bulan

Januari 2015- Juli 2016. Hasil penelitian memperlihatkan berdasarkan faktor risiko ibu (usia, paritas, infeksi, kelahiran prematuritas, kehamilan ganda, dan riwayat BBLR sebelumnya), janin dan plasenta (kelainan bawaan), dan lingkungan (rokok dan alkohol) didapatkan faktor risiko tersering ialah prematuritas.

Meihartati, Faktor ibu yang berhubungan dengan terjadinya BBLR di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Abdurrahman Noor Tanah Bumbu tahun 2015. Variabel bebas yang diteliti yaitu faktor ibu yang terdiri dari umur, jarak kelahiran, paritas, pekerjaan dan preeklampsia sedangkan variabel terikatnya adalah BBLR, metode dalam penelitian ini bersifat Analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, populasi pada penelitian ini ibu bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Abdurrahman Noor Tanah Bumbu tahun 2015 sebanyak 2753 persalinan sedangkan sampelnya 98 orang yang diambil menggunakan teknik sistematis *random sampling*, data diolah dan dilakukan analisa univariat dan bivariat, setelah dilakukan uji statistik chi kuadrat dari 5 variabel yang diteliti didapatkan 3 variabel yang mempunyai hubungan dengan kejadian BBLR yaitu jarak kelahiran, paritas dan pre-eklampsia (20).

Meliati, L. Faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian persalinan prematur di provinsi pada tahun 2013. Studi analitik dengan desain *cross sectional*. Seluruh populasi dalam penelitian ini yang mengalami komplikasi maternal dalam persalinan berjumlah 1.534, jumlah 317 sampel, menggunakan teknik pengambilan sampel acak sistematis. Data menggunakan data sekunder

untuk mencari melalui catatan medis. Data dianalisis menggunakan univariat, uji *chi-square* bivariat dan analisis multivariat dengan regresi logistik berganda. Hasil penelitian analisis bivariat dari 5 variabel, 3 variabel berhubungan signifikan dengan kejadian paritas kelahiran prematur (nilai $p = 0,000$), penyakit ibu (nilai $p = 0,000$), Gemelli (nilai $p = 0,000$), variabel yang tidak menyentuh adalah jarak kehamilan, kematian janin dalam rahim. Hasil regresi logistik ganda secara bersama-sama diperoleh pengaruh variabel paritas (dominan) terbesar pada penyebab terjadinya kelahiran prematur ($p = 0,000$, OR = 1,749) (21).

2.2 Telaah Teori

2.2.1 Konsep Perilaku

Menurut Notoatmodjo perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat di amati langsung, maupun yang tidak dapat diamati langsung oleh pihak luar. Perilaku pencegahan adalah segala kegiatan yang dilakukan baik langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit. Menurut kamus besar Bahasa Indonesia (2007) pencegahan adalah proses, cara, tindakan mencegah merupakan tindakan pencegahan indentik dengan perilaku (23).

Perilaku kesehatan pada dasarnya merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Sedangkan perilaku seseorang terhadap sakit atau penyakit adalah cara manusia merespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi tentang suatu penyakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya)

maupun secara aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit tersebut (24).

2.2.2 Faktor yang memengaruhi perilaku menurut Lawrance Green

Green mengidentifikasi tiga faktor yang mempengaruhi perilaku, baik individual maupun secara kolektif, termasuk aksi-aksi organisasional dalam kaitan dengan lingkungan, masing-masing memiliki tipe pengaruh yang berbeda terhadap perilaku (24). Menurut Lawrence Green (1980) Perilaku kesehatan di pengaruhi oleh tiga faktor yaitu (23):

1. Faktor Predisposisi

Termasuk didalamnya adalah pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

2. Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas sarana atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

3. Faktor Penguat

Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Dengan adanya pengalaman pribadi serta adanya pengaruh dari luar seperti teman maka akan dapat memperkuat terjadinya perilaku.

2.2.3. Determinan Perilaku

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara lebih terinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Namun demikian pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, diantaranya adalah faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio-budaya masyarakat dan sebagainya (25).

2.2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Sunaryo dalam Saptiningsih faktor yang mempengaruhi perilaku yaitu (26):

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu.

2. Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut.

3. Motivasi

Motivasi adalah kondisi internal atau eksternal yang membangkitkan kita untuk bertindak, mendorong untuk mencapai tujuan tertentu dan membuat kita tertarik untuk kegiatan tertentu.

4. Lingkungan

Lingkungan dibedakan menjadi dua yakni lingkungan fisik dan lingkungan non-fisik. Lingkungan fisik adalah lingkungan yang terdapat disekitar manusia sedangkan lingkungan non-fisik adalah lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antara manusia.

2.2.5. Domain perilaku

Menurut Bloom, membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan), meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah affektif (*affectife domain*), dan ranah psikomotor (*psicomotor domain*) (25).

2.2.5.1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pencaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga(25). Dalam pengertian lain, pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris atau

pengetahuan *aposteriori*. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat, dan gejala yang ada pada objek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Misalnya, seseorang yang sering dipilih untuk memimpin organisasi dengan sendirinya akan mendapatkan pengetahuan tentang manajemen organisasi (27).

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sehingga Taksonomi Bloom ranah kognitif yang telah direvisi Anderson dan Krathwohl (2001:66-88) yakni: mengingat (*remember*), memahami/mengerti (*understand*), menerapkan (*apply*), menganalisis (*analyze*), mengevaluasi (*evaluate*), dan menciptakan (*create*) (28).

1. Mengingat (*Remember*)

Mengingat merupakan usaha mendapatkan kembali pengetahuan dari memori atau ingatan yang telah lampau, baik yang baru saja didapatkan maupun yang sudah lama didapatkan. Mengingat merupakan dimensi yang berperan penting dalam proses pembelajaran yang bermakna (*meaningful learning*) dan pemecahan masalah (*problem solving*). Kemampuan ini dimanfaatkan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan yang jauh lebih kompleks. Mengingat meliputi mengenali (*recognition*) dan memanggil

kembali (*recalling*). Mengenali berkaitan dengan mengetahui pengetahuan masa lampau yang berkaitan dengan hal-hal yang konkret, misalnya tanggal lahir, alamat rumah, dan usia, sedangkan memanggil kembali (*recalling*) adalah proses kognitif yang membutuhkan pengetahuan masa lampau secara cepat dan tepat (28).

2. Memahami/mengerti (*Understand*)

Memahami/mengerti berkaitan dengan membangun sebuah pengertian dari berbagai sumber seperti pesan, bacaan dan komunikasi. Memahami/mengerti berkaitan dengan aktivitas mengklasifikasikan (*classification*) dan membandingkan (*comparing*). Mengklasifikasikan akan muncul ketika seorang siswa berusaha mengenali pengetahuan yang merupakan anggota dari kategori pengetahuan tertentu (28).

3. Menerapkan (*Apply*)

Menerapkan menunjuk pada proses kognitif memanfaatkan atau mempergunakan suatu prosedur untuk melaksanakan percobaan atau menyelesaikan permasalahan. Menerapkan berkaitan dengan dimensi pengetahuan prosedural (*procedural knowledge*). Menerapkan meliputi kegiatan menjalankan prosedur (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*) (28).

Menjalankan prosedur merupakan proses kognitif dalam menyelesaikan masalah dan melaksanakan percobaan di mana seseorang sudah mengetahui informasi tersebut dan mampu menetapkan dengan pasti prosedur apa saja yang harus dilakukan. Jika seseorang tidak mengetahui prosedur yang harus

dilaksanakan dalam menyelesaikan permasalahan maka seseorang diperbolehkan melakukan modifikasi dari prosedur baku yang sudah ditetapkan (28).

Mengimplementasikan muncul apabila seseorang memilih dan menggunakan prosedur untuk hal-hal yang belum diketahui atau masih asing. Karena seseorang masih merasa asing dengan hal ini maka seseorang perlu mengenali dan memahami permasalahan terlebih dahulu kemudian baru menetapkan prosedur yang tepat untuk menyelesaikan masalah. Mengimplementasikan berkaitan erat dengan dimensi proses kognitif yang lain yaitu mengerti dan menciptakan (28).

Menerapkan merupakan proses yang kontinu, dimulai dari seseorang menyelesaikan suatu permasalahan menggunakan prosedur baku/standar yang sudah diketahui. Kegiatan ini berjalan teratur sehingga seseorang benar-benar mampu melaksanakan prosedur ini dengan mudah, kemudian berlanjut pada munculnya permasalahan-permasalahan baru yang asing bagi seseorang, sehingga seseorang dituntut untuk mengenal dengan baik permasalahan tersebut dan memilih prosedur yang tepat untuk menyelesaikan permasalahan (28).

4. Menganalisis (*Analyze*)

Menganalisis merupakan memecahkan suatu permasalahan dengan memisahkan tiap-tiap bagian dari permasalahan dan mencari keterkaitan dari tiap-tiap bagian tersebut dan mencari tahu bagaimana keterkaitan tersebut dapat menimbulkan permasalahan. Kemampuan menganalisis merupakan jenis

kemampuan yang banyak dituntut dari kegiatan pembelajaran di sekolah-sekolah. Berbagai mata pelajaran menuntut seseorang memiliki kemampuan menganalisis dengan baik. Tuntutan terhadap seseorang untuk memiliki kemampuan menganalisis sering kali cenderung lebih penting daripada dimensi proses kognitif yang lain seperti mengevaluasi dan menciptakan. Kegiatan pembelajaran sebagian besar mengarahkan seseorang untuk mampu membedakan fakta dan pendapat, menghasilkan kesimpulan dari suatu informasi pendukung (28).

Menganalisis berkaitan dengan proses kognitif memberi atribut (*attributeing*) dan mengorganisasikan (*organizing*). Memberi atribut akan muncul apabila seseorang menemukan permasalahan dan kemudian memerlukan kegiatan membangun ulang hal yang menjadi permasalahan. Kegiatan mengarahkan seseorang pada informasi-informasi asal mula dan alasan suatu hal ditemukan dan diciptakan. Mengorganisasikan menunjukkan identifikasi unsur-unsur hasil komunikasi atau situasi dan mencoba mengenali bagaimana unsur-unsur ini dapat menghasilkan hubungan yang baik. Mengorganisasikan memungkinkan seseorang membangun hubungan yang sistematis dan koheren dari potongan-potongan informasi yang diberikan. Hal pertama yang harus dilakukan oleh siswa adalah mengidentifikasi unsur yang paling penting dan relevan dengan permasalahan, kemudian melanjutkan dengan membangun hubungan yang sesuai dari informasi yang telah diberikan (28).

5. Mengevaluasi (*Evaluate*)

Evaluasi berkaitan dengan proses kognitif memberikan penilaian berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ada. Kriteria yang biasanya digunakan adalah kualitas, efektivitas, efisiensi, dan konsistensi. Kriteria atau standar ini dapat pula ditentukan sendiri. Standar ini dapat berupa kuantitatif maupun kualitatif serta dapat ditentukan sendiri. Perlu diketahui bahwa tidak semua kegiatan penilaian merupakan dimensi mengevaluasi, namun hampir semua dimensi proses kognitif memerlukan penilaian. Perbedaan antara penilaian yang dilakukan seseorang dengan penilaian yang merupakan evaluasi adalah pada standar dan kriteria yang dibuat oleh orang tersebut. Jika standar atau kriteria yang dibuat mengarah pada keefektifan hasil yang didapatkan dibandingkan dengan perencanaan dan keefektifan prosedur yang digunakan maka apa yang dilakukan seseorang merupakan kegiatan evaluasi (28).

Evaluasi meliputi mengecek (*checking*) dan mengkritisi (*critiquing*). Mengecek mengarah pada kegiatan pengujian hal-hal yang tidak konsisten atau kegagalan dari suatu operasi atau produk. Jika dikaitkan dengan proses berpikir merencanakan dan mengimplementasikan maka mengecek akan mengarah pada penetapan sejauh mana suatu rencana berjalan dengan baik. Mengkritisi mengarah pada penilaian suatu produk atau operasi berdasarkan pada kriteria dan standar eksternal. Mengkritisi berkaitan erat dengan berpikir kritis. Melakukan penilaian dengan melihat sisi negatif dan positif dari suatu hal, kemudian melakukan penilaian menggunakan standar ini (28).

6. Menciptakan (*Create*)

Menciptakan mengarah pada proses kognitif meletakkan unsur-unsur secara bersama-sama untuk membentuk kesatuan yang koheren dan mengarahkan siswa untuk menghasilkan suatu produk baru dengan mengorganisasikan beberapa unsur menjadi bentuk atau pola yang berbeda dari sebelumnya. Menciptakan sangat berkaitan erat dengan pengalaman belajar siswa pada pertemuan sebelumnya. Meskipun menciptakan mengarah pada proses berpikir kreatif, namun tidak secara total berpengaruh pada kemampuan untuk menciptakan. Menciptakan disini mengarahkan seseorang untuk dapat melaksanakan dan menghasilkan karya yang dapat dibuat tersebut. Perbedaan menciptakan ini dengan dimensi berpikir kognitif lainnya adalah pada dimensi yang lain seperti mengerti, menerapkan, dan menganalisis siswa bekerja dengan informasi yang sudah dikenal sebelumnya, sedangkan pada menciptakan siswa bekerja dan menghasilkan sesuatu yang baru (28).

Menciptakan meliputi menggeneralisasikan (*generating*) dan memproduksi (*producing*). Menggeneralisasikan merupakan kegiatan merepresentasikan permasalahan dan penemuan alternatif hipotesis yang diperlukan. Menggeneralisasikan ini berkaitan dengan berpikir divergen yang merupakan inti dari berpikir kreatif. Memproduksi mengarah pada perencanaan untuk menyelesaikan permasalahan yang diberikan. Memproduksi berkaitan erat dengan dimensi pengetahuan yang lain yaitu pengetahuan faktual, pengetahuan konseptual, pengetahuan prosedural, dan pengetahuan metakognisi (28).

2.2.5.2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku (25).

Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (27).

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan (25), yaitu:

1. Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.
2. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.
3. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
4. Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggungjawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang memiliki tingkatan paling tinggi.

Menurut Allport (1954), sikap itu terdiri dari 3 komponen pokok yaitu :

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek

3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)(25).

Beberapa teknik pengukuran sikap antara lain :

1. Skala *Thurstone (Method of Equal-Appearing Intervals)*

Metode ini mencoba menempatkan sikap seseorang pada rentangan kontinum dari yang sangat *unfavorabel* hingga sangat *favorabel* terhadap suatu obyek sikap. Caranya dengan memberikan orang tersebut sejumlah item sikap yang telah ditentukan derajat favorabilitasnya (27).

2. Skala *Likert (Method of Summateds Ratings)*

Likert (1932) mengajukan metodenya sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala *Thurstone*. Masing-masing responden diminta melakukan *egreement* atau *disagreement* untuk masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 poin (Sangat setuju, Setuju, Ragu-ragu, Tidak setuju, Sangat Tidak Setuju) (27).

3. *Multidimensional Scaling*

Teknik ini memberikan deskripsi seseorang lebih kaya bila dibandingkan dengan pengukuran sikap yang bersifat *undimensional*. Teori *Balance* dan teori konsistensi lainnya berasumsi bahwa seseorang akan cenderung mencari struktur evaluatif yang sederhana dengan yang dievaluasi oleh orang lain dan objek-objek dipandang sebagai hal yang berhubungan satu dengan lainnya (27).

2.2.5.3. **Praktik atau tindakan (*Practice*)**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*)(25). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain

adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

1. Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.
2. Respon terpimpin (*guide response*), dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.
3. Mekanisme (*mecanism*), apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.
4. Adopsi (*adoption*), adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (25).

2.3. Konsep Berat Badan Lahir Rendah

2.3.4. Pengertian Berat Badan Lahir Rendah

Berat badan merupakan ukuran antropometrik yang terpenting, dipakai pada setiap kesempatan memeriksa kesehatan anak pada semua kelompok umur. Berat badan merupakan hasil peningkatan/penurunan antara lain tulang, otot, lemak, cairan tubuh, dll. Berat badan dipakai sebagai indikator terbaik pada saat ini untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak. Kualitas bayi baru lahir juga dapat diketahui melalui pengukuran berat badan bayi setelah dilahirkan. Pengukuran berat badan bayi lahir dapat dilakukan

dengan menggunakan timbangan yang relatif murah, mudah dan tidak memerlukan banyak waktu. Berat badan bayi lahir dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat badan lahir normal (29).

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram tanpa memandang usia kehamilan. BBLR dibedakan menjadi dua bagian, yaitu BBLR sangat rendah dengan berat lahir kurang dari 1500 gram dan BBLR dengan berat lahir antara 1501-2499 gram (3).

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang atau sama dengan 2500 gram. BBLR dapat dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas. Prematuritas murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan. Dismaturitas yaitu bayi dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilan, ini menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan *intrauterin* (4).

Neonatus atau bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahirnya kurang dari 2500 gram. Istilah prematuritas telah diganti dengan BBLR karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari pada semestinya sekalipun cukup umur, atau karena kombinasi keduanya (9).

BBLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat kurang dari 2500 gram. BBLR dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu prematuritas murni (masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badannya sesuai dengan masa gestasi

itu dan biasanya disebut neonatus kurang bulan sesuai untuk masa kehamilan) dan dismaturitas (bayi lahir dengan badan kurang dari berat seharusnya untuk masa gestasi tersebut. Dalam hal ini bayi mengalami retardasi pertumbuhan *intrauterin* dan merupakan bayi kecil untuk masa gestasi) (6).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah bayi yang baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. WHO telah mengganti istilah prematur dengan BBLR, hal ini dilakukan karena tidak semua bayi yang berat lahir kurang dari 2500 gram pada waktu lahir bayi prematur(30).

Istilah prematur telah diganti menjadi Berat badan Lahir Rendah (BBLR) oleh WHO sejak 1960, hal ini dikarenakan tidak semua bayi dengan berat kurang dari 2500 gram pada waktu lahir adalah bayi yang prematur (31). Pada kongress “*European Perinatal Medicine*” ke II di London (1970) dibuat keseragaman definisi yaitu :

1. Bayi kurang bulan yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari).
2. Bayi cukup bulan yaitu bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai 42 minggu (259-293 hari).
3. Bayi lebih bulan yaitu bayi dengan masa kehamilan mulai dari 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih) (31).

2.3.5. Klasifikasi BBLR

Penanganan dan harapan hidupnya, BBLR dibedakan menjadi :

- 1) Bayi prematur sesuai masa kehamilan (SMK)

Terdapat derajat prematuritas, digolongkan menjadi :

- a) Bayi sangat prematur (24-30 minggu)
- b) Bayi prematur sedang (31-36 minggu)
- c) Borderline premature (37-38 minggu).

Bayi ini mempunyai sifat *premature* dan *mature*. Beratnya seperti bayi matur akan tetapi sering timbul masalah seperti yang dialami bayi prematur misalnya gangguan pernafasan, *hiperbilirubinemia* dan daya isap yang lemah.

2) Bayi prematur kecil untuk masa kehamilan (KMK)

Banyak istilah yang dipergunakan untuk menunjukkan bahwa bayi KMK ini dapat menderita gangguan pertumbuhan di dalam uterus seperti *pseudopremature*, *small for dates*, *dysmature*, *fetal malnutrition syndrome*, *chronis fetal distress*, *Intrauterine Growth Retardation (IUGR)* dan *small for gestational age (SGA)*. Setiap bayi baru lahir (*premature*, *mature* dan *post mature*) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai dengan masa gestasinya. Gambaran kliniknya tergantung dari pada lamanya, intensitasnya dan timbulnya gangguan pertumbuhan yang mempengaruhi bayi tersebut.

Dengan demikian bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah dapat dibedakan menjadi dua golongan yaitu:

1. Bayi Prematur (Sesuai Masa Kehamilan =SMK)

Bayi prematur (Sesuai Masa Kehamilan) adalah bayi yang lahir dengan masa gestasi atau umur kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan sesuai dengan umur kehamilan. Berdasarkan atas timbulnya bermacam-macam problematika pada derajat prematuritas maka Usher (1995) menggolongkan bayi tersebut dalam 3 kelompok:

a. Bayi yang sangat prematur (*ExtremelyPremature*)

Masa gestasi 24-28 minggu. Bayi dengan masa gestasi 24-27minggu masih sangat sukar hidup terutama di negara yang belum atausedang berkembang. Pada masa gestasi 28-30 minggu masih mungkin dapat hidup dengan perawatan yang sangat intensif agar tercapai hasilyang optimal.

b. Bayi pada derajat prematur sedang (*ModeratelyPremature*)

Masa gestasi 31-36 minggu. Pada keadaan ini kesanggupan untuk hidup jauh lebih baik dari golongan pertama dan gejala sisa yang dihadapi dikemudian hari jauh lebih ringan, apabila pengelolaan terhadap bayi ini betul-betul intensif.

c. *BorderlinePremature*

Yaitu masa gestasi 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat-sifat prematur dan dikelola sebagai bayi matur, akan tetapi sering timbul problematik seperti yang dialami oleh bayi prematur misalnya *syndroma* gangguan pernafasan, *hyperbilirubinemia*, dan daya hisap ataureflehisaplemah,sehinggabayiharudiawasidenganseksama.

2. Bayi kecil untuk masa kehamilan(KMK)

Bayi kecil untuk masa kehamilan(KMK) adalah bayi yang berat badannya kurang dari seharusnya umur kehamilan. Banyak istilah yang digunakan untuk menunjukkan bahwa bayi KMK ini menderita gangguan pertumbuhan di dalam uterus (IUGR) seperti *pseudoprematur*, *small for dates*, *dysmatur*, *fetal malnutrition syndrome*, *chronicfetaldistress*, dan *small*

for gestational (SGA). Setiap bayi baru lahir (prematurn, matur, dan postmatur) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai dengan masa gestasinya. Gambaran kliniknya tergantung daripada lamanya, intensitas dan timbulnyagangguan pertumbuhan yang mempengaruhi bayitersebut.

2.3.6. Etiologi BBLR

Banyak faktor yang terkait dengan kelahiran BBLR, sedangkan untuk memisahkan secara sempurna faktor-faktor yang terkait dengan prematuritas dengan bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK) adalah sangat sulit. Bayi lahir prematur yang berat lahirnya sesuai umur gestasinya, biasanya dihubungkan dengan keadaan medis dimana terjadi ketidakmampuan uterus untuk mempertahankan janin, gangguan dalam perjalanan kehamilan, pelepasan plasenta prematur, rangsangan tidak pasti yang menimbulkan kontraksi efektif pada uterus sebelum kehamilan mencapai umur cukup bulan. Bayi KMK dihubungkan dengan keadaan medik yang mengganggu, misalnya sirkulasi dan efisiensi plasenta, perkembangan atau pertumbuhan janin, atau kesehatan umum dan nutrisi ibu (6).

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2010)(30) etiologi bayi berat lahir rendah yaitu :

1. Faktor ibu

Faktor ibu merupakan hal yang dominan dalam mempengaruhi kejadian prematur, yaitu :

- a. Toksemia gravidarum
- b. Pre-eklamsia dan eklamsia
- c. Riwayat kelahiran prematur sebelumnya

- d. Perdarahan antepartum dan malnutrisi
- e. Anemia sel sabit
- f. Kelainan bentuk uterus (*uterus bikurnis, inkompeten serviks*)
- g. Tumor (*mioma uteri, eistoma*)
- h. Ibu yang menderita penyakit yaitu akut dengan gejala panas tinggi dan penyakit kronis
- i. Trauma pada masa kehamilan seperti jatuh
- j. Kebiasaan ibu (ketergantungan obat narkotika, rokok dan alkohol)
- k. Usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
- l. Bekerja yang terlalu berat
- m. Jarak kehamilan dan bersalin terlalu dekat

2. Faktor janin

Beberapa faktor janin yang mempengaruhi kejadian prematur antara lain kehamilan ganda, *hidramnion*, ketuban pecah dini, cacat bawaan, kelainan kromosom, infeksi (misalnya : *rubella, sifilis, toksoplasmosis*), *insufensi plasenta*, incompatibilitas darah ibu dari janin (faktor *rhesus*, golongan darah A, B dan O), infeksi dalam rahim.

3. Faktor lain

Selain faktor ibu dan janin, faktor lain yaitu:

- a. faktor plasenta (*plasenta previa, solusio plasenta*)
- b. faktor lingkungan (*radiasi atau zat-zat beracun*)
- c. keadaan sosial ekonomi yang rendah
- d. kebiasaan (*pekerjaan yang melelahkan dan merokok*).

Penyebab Neonatus Kurang Bulan-Kecil untuk Masa Kelahiran (NKB-KMK) antara lain disebabkan oleh:

1. Berat badan ibu yang rendah
2. Ibu hamil yang masih remaja
3. Ibu pernah melahirkan bayi prematur sebelumnya
4. Ibu dengan *inkompetenserviks*
5. Ibu hamil yang sedang sakit
6. Tidak diketahui penyebabnya.

Neonatus Cukup Bulan-Kecil untuk Masa Kelahiran (NCB-KMK) antara lain disebabkan oleh:

1. Ibu hamil dengan gizi buruk
2. Ibu dengan penyakit hipertensi, preeklamsia, anemia
3. Ibu menderita penyakit kronis, infeksi dan malaria kronik
4. Ibu hamil yang merokok dan penyalahgunaan obat.

Faktor yang merupakan predisposisi terjadi kelahiran prematur adalah :

1. Faktor ibu
 - a. Kelahiran prematur sebelumnya.
 - b. Paritas
 - c. Jarak dua kehamilan yang terlalu dekat.
 - d. Hipertensi
 - e. Perdarahan *antepartum*

Perdarahan antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah umur kehamilan 20 minggu. Perdarahan di atas 20 minggu dianggap plasenta

previa dan solutio plasenta. Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir. Perdarahan pada plasenta previa disebabkan pelebaran segmen bawah rahim dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan *sinus marginalis* dari plasenta. Komplikasi yang dapat terjadi akibat plasenta previa antara lain kelahiran prematur yang dikarenakan oksigenasi dan pasokan nutrisi yang terganggu dari ibu ke janin

f. Malnutrisi

Persalinan *preterm* salah satunya di sebabkan oleh malnutrisi pada ibu, akibat nya adalah asupan nutrisi dan oksigen asi pada janin juga kurang optimal sehingga menyebabkan bayi yang dilahirkan mempunyai berat lahir rendah.

g. Kelainanuterus

Ada beberapa kondisi ibu yang merangsang terjadi kontraksi spontan, kemungkinan telah terjadi produksi prostaglandin, salah satunya adalah kelainan bentuk uterus yang bisa menyebabkan persalinan *preterm* karena pasokan nutrisi dai ibu ke janin yang yang kurang maksimal.

h. Penyakit jantung atau kroniklainnya

Penderita penyakit jantung mempunyai gejala yaitu mudah lelah, napas terengah-engah dan kongesti paru. Keadaan ini berpengaruh pada

oksigenasi ke janin sehingga pasokan nutrisi berkurang dan menyebabkan IUGR dan apabila lahir maka berat lahir akan rendah.

i. Umur ibu

Usia reproduksi sehat adalah usia 20-35 tahun, apabila ibu hamil pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun maka akan terjadi banyak komplikasi salah satunya adalah persalinan *preterm*.

2. Faktor janin

a. Cacat bawaan

b. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda terjadi distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan seringkali terjadi *partus prematurus*. Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Hal ini dikarenakan regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah dan oksigenasi ke janin berkurang.

c. *Hidramnion*

Hidramnion adalah keadaan dimana banyaknya air ketuban melebihi 2000 cc. Hal ini menyebabkan uterus mengalami distensi yang berlebihan sehingga akan timbul kontraksi dan akibatnya adalah janin lahir sebelum waktunya dengan berat lahir rendah.

d. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini merupakan salah satu kondisi ibu yang merangsang terjadi kontraksi spontan, sehingga terjadi kelahiran prematur dengan berat lahir rendah.

2.3.7. Faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR

Banyak faktor yang berhubungan dengan kejadian atau yang menjadi penyebab atau pencetus kejadian BBLR. Adapun faktor-faktor yang berhubungan tersebut yaitu :

1. Usia Ibu

Usia reproduksi yang optimal bagi ibu adalah usia 20-35 tahun, usia dimana rahim ibu sudah siap menerima kehamilan, mental matang dan mampu merawat bayi dan dirinya sendiri. Kehamilan pada remaja (umur <20 tahun) menimbulkan tantangan bagi remaja dan janis yang dikandungnya. Peningkatan risiko terhadap komplikasi kehamilan dan luaran perinatal yang buruk seperti preeklamsia, berat lahir janin rendah dan prematuritas. Kehamilan pada umur remaja berdampak pada pertumbuhan yang kurang optimal karena kebutuhan zat gizi pada masa tumbuh kembang remaja sangat dibutuhkan oleh tubuhnya sendiri. Ibu yang berumur kurang 20 tahun kondisi rahim dan panggul ibu belum tumbuh secara sempurna sehingga kemungkinan akan mendapatkan kesulitan dalam persalinan yaitu mengalami perdarahan sebeum atau sesudah bayi lahir. Risiko melahirkan anak cacat dan bayi kurang bulan juga menjadi lebih besar. Ibu yang hamil pada umur lebihdari 35 btahun akan mengalami banyak kesulitan karena pada usia tersebut ibu mudah sakit,

organ kandungan mengalami penurunan fungsi dan jalan lahir semakin kaku sehingga mudah terjadi persalinan macet dan perdarahan.

Ibu hamil dengan umur yang terlalu muda atau terlalu tua akan mempengaruhi kebutuhan gizi selama hamil. Ibu hamil yang terlalu muda memerlukan tambahan gizi yang ganda, hal ini dikarenakan kebutuhan gizi tersebut dipergunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung juga diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh ibu sendiri. Ibu hamil dengan umur yang terlalu tua memerlukan tambahan energi yang cukup banyak, hal ini dikarenakan melemahnya fungsi organ tubuh.

2. Pre-eklamsia/eklamsia

Preeklamsia yaitu ibu yang mengalami peningkatan tekanan darah pada saat kehamilan. Kondisi tersebut dapat membahayakan ibu dan bayi yang dikandung. Munculnya preeklamsia diikuti dengan adanya gejala hipertensi, *edema* dan *proteinuria*. Pre eklamsia dapat menyebabkan kematian pada ibu dan janin. Umumnya preeklamsia terjadi pada trimester ke 3 kehamilan dan dapat berlangsung selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. *Vasospasme* menyebabkan terjadinya konstriksi pada berbagai organ termasuk plasenta. Resistensi aliran darah karena konstriksi akan menyebabkan hipertensi *arterial* pada plasenta. Menurunnya darah yang mengalir ke plasenta berdampak pada terganggunya fungsi plasenta yang dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin.

Gejala pre-eklamsi yang timbul lebih dahulu adalah gejala hipertensi. Kenaikan tekanan sistolik mencapai 30 mmHg atau lebih di atas tekanan yang

biasanya ditemukan atau mencapai 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik naik mencapai 15 mmHg atau lebih atau menjadi 90 mmHg sehingga diagnosa hipertensi dapat ditegakkan. Komplikasi serius pada trimester kedua dan ketiga salah satunya diakibatkan oleh preeklamsia dengan klinis hipertensi, *edema* dan *proteinuria*, kejang sampai koma. Hipertensi menyebabkan *spasme* padapembuluh darah sehingga fungsi plasenta mengalami gangguan yang dapat menghambat sirkulasi *uteroplasenter*. Terganggunya sirkulasi *uteroplasenter* memengaruhi pasokan nutrisi dan O₂ pada janin sehingga bayi akan lahir dengan berat badan yang rendah.

Edema adalah penimbunan cairan yang berlebihan di dalam jaringan tubuh. *Edema* bisa dideteksi secara dini melalui kenaikan berat badan, adanya muka, jari tangan dan kaki yang mengalami pembengkakan. Kewaspadaan dapat ditingkatkan pada ibu hamil yang mengalami kenaikan berat badan ½ kg seminggu beberapa kali. Proteinuria merupakan komplikasi lanjutan dari hipertensi dalam kehamilan. Hipertensi menyebabkan ginjal mengalami kerusakan sehingga beberapa protein yang disaring oleh ginjal menjadi terbuang bersama urin. Dalam kondisi normal, urin memang mengandung sejumlah protein tetapi tidak melebihi 0,3 gr dalam 24 jam. *Proteinuria* merupakan bentuk adanya komplikasi hipertensi, kondisi ini membutuhkan perhatian dan penanganan segera.

3. Jarak kehamilan

Jarak kehamilan sangat berpengaruh terhadap berat bayi yang dilahirkan ibu. Jarak kehamilan dikatakan berisiko apabila ibu hamil dalam waktu kurang

dari dua tahun dari kehamilannya yang sebelumnya. Hamil dengan jarak yang terlalu dekat akan mengakibatkan berkurangnya suplai darah yang kaya oksigen dan makanan ke plasenta. Fungsi plasenta yang terganggu dapat mempengaruhi kondisi janin antara lain gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, imunitas, prematuritas, cacat kongenital dan BBLR.

Jarak kehamilan yang terlalu dekat akan mengakibatkan kondisi tubuh ibu belum sepenuhnya pulih dari kehamilan dan persalinan sebelumnya. Ibu hamil dengan kondisi tubuh yang belum pulih sempurna dapat memberi risiko sistem reproduksi terganggu. Sistem reproduksi ibu yang terganggu dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin salah satunya adalah kejadian BBLR.

4. Riwayat prematur sebelumnya

Penyebab kelahiran prematur dan BBLR yang telah diketahui dapat diperbaiki dengan perawatan *antenatal* yang baik, pengurangan faktor risiko lainnya serta pembatasan kegiatan dapat membantu mencegah hal tersebut terulang kembali. Bila penyebab kelahiran prematur dan BBLR tidak dapat dicegah atau diperbaiki maka kelahiran prematur dan BBLR dapat ditunda. Pengunduran waktu sejenak dapat bermanfaat, dimana setiap hari tambahan nutrisi bayi yang berada dalam uterus akan meningkatkan kesempatan untuk selamat. Seorang wanita yang pernah melahirkan bayi prematur pada kehamilan berikutnya berisiko untuk melahirkan bayi prematur. Ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan $\leq 1,5$ kg berisiko 50% melahirkan bayi prematur pada kehamilan selanjutnya.

5. Kehamilan ganda

Kehamilan ganda adalah kehamilan dengan janin yang dikandung jumlahnya lebih dari satu. Ibu dan janin dapat mempunyai risikoyang lebih tinggi dengan adanya kehamilan ganda. Kekurangan gizi seperti anemia dalam kehamilan dapat membuat gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, hal ini terjadi karena tidak tercukupinya kebutuhan untuk pertumbuhan pada kehamilan ganda.

Pada umur kehamilan yang sama berat badan janin hamil kembar ebih ringan dibandingkan berat badan janin hamil tunggal. Kenaikan berat badan janin kehamilan kembar akan sama dengan janin kehamilan tunggal pada umur kehamilan 30 minggu. Regangan berlebihan pada kehamilan ganda menyebabkan peredaran darah plasenta berkurang sehingga kenaikan berat badan janin menjadi lebih kecil. Pada kehamilan kembar berat badan satu janin rata-rata 1000 gram lebih ringan dari pada janin kehamilan tunggal. Umumnya pada kehamilan kembar berat badan bayi yang baru lahir adalah 2500 gram. Salah satu anak dapat lebih berat 500-1000 gram dari lainnya. Separuh kasus bayi mempunyai berat badan cukup bulan. Seperdelapan kehamilan kedua bayi dibawah 1500 gram. Tiga perdelapan sisanya antara 1500-2500 gram.

6. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah ketuban pecah sebelum proses persalinan berlangsung. Ada dua macam kemungkinan ketuban pecah dini yaitu *premature rupture of membrane* dan *preterm rupture of membrane*. Gejaanya sama yaitu keluarnya cairan dan tidak adanya keluhan sakit, setelah

itu akan terasa sakit karena adanya kontraksi. Robeknya ketuban biasanya terjadi setelah trauma, misalnya ibu hamil terjatuh atau terbentur di bagian perut. Ketuban pecah dini juga terjadi karena mulut rahim yang lemah sehingga tidak bisa menahan kehamilan atau juga karena ketegangan rahim yang berlebihan seperti kehamilan ganda atau hidramnion, kelainan letak janin seperti sungsang atau melintang, atau kelainan bawaan dari selaput ketuban. Bisa pula karena infeksi yang kemudian proses biomekanik pada selaput ketuban sehingga memudahkan ketuban pecah.

BBLR memiliki dampak yang serius terhadap kualitas generasi mendatang. Infeksi selama kehamilan dapat berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan kejadian BBLR akibat suplai makanan yang terganggu. KPD merupakan komplikasi langsung dalam kehamilan yang mengganggu kesehatan ibu dan juga pertumbuhan janin dalam kandungan sehingga meningkatkan risiko kelahiran BBLR.

2.3.8. Tanda dan Gejala BBLR

Adapun tanda dan gejala bayi Berat badan Lahir Rendah (BBLR) yaitu :

- 1) Berat badan kurang dari 2500 gram
- 2) Panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm dan lingkar dada kurang dari 30 cm.
- 3) Kepala bayi lebih besar dari badan, rambut kepala tipis dan halus, elastisitas daun telinga
- 4) Dada :dinding thoraks elastis, puting susu belum terbentuk.
- 5) Abdomen : distensi abdomen, kulit perut tipis, pembuluh darah kelihatan.

- 6) Kulit : tipis, transparan, pembuluh darah kelihatan.
- 7) Jaringan lemak subkutan sedikit, lanugo banyak.
- 8) Genetalia : pada laki-laki skrotum kecil, testis tidak teraba. Pada perempuan labia mayora hampir tidak ada, klitoris menonjol.
- 9) Ekstremitas : kadang *oedema*, garis telapak kaki sedikit.
- 10) Motorik: pergerakan masih lemah.

Gambaran klinis bayi dengan Berat Badan lahir Rendah (BBLR) secara khusus adalah sebagai berikut :

- 1) Tand-tanda bayi prematur
 - a) Bb kurang dari 2500 gram, PB kurang dari 45 cm
 - b) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
 - c) Kepala relatif lebih besar dari pada badannya
 - d) Rambut tipis dan halus, ubun-ubun dan *sutura* lebar
 - e) Kepala mengarah ke satu sisi
 - f) Kulit tipis dan transparan, lanugo banyak, lemak subkutan kurang, sering tampak peristaltik usus
 - g) Tulang rawan dan daun telinga imatur
 - h) Puting susu belum terbentuk dengan baik
 - i) Pergerakan kurang dan lemah
 - j) Refleks menghisap dan menelan belum sempurna
 - k) Tangisnya lemah dan jarang, pernafasan masih belum teratur
 - l) Otot-otot masih hipotonis sehingga sikap selalu dalam keadaan kedua paha abduksi, sendi lutut dan pergelangan kakifleksi atau lurus

m) Genitalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora
(pada wanita dan testis belum turun (pada laki-laki)

2) Tanda-tanda bayi dismatur

- a) Kulit pucat atau bernoda, keriput dan tipis
- b) *Verniks caseosa* sedikit atau kurang atau tidak ada
- c) Jaringan lemak dibawah kulit sedikit
- d) Pergerakan gesit, aktif dan kuat
- e) Talipusat kuning kehijauan
- f) Mekonium kering
- g) Luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibandingkan BB.

Bayi prematur mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, masa gestasi kurang dari 37 minggu. Kepala relatif lebih besar dari badannya, kulit tipis atau transparan *lanugo* banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan, lemak subkutan kurang (15).

Pembentukan tulang tengkorak sedikit, ubun-ubun dan sutura lebar, *genitalia imatur*, *desensu testikula* rumbiasanya belum sempurna dan labia minor belum tertutup labia mayor. Pembuluh darah kulit banyak terlihat dan peristaltik usus dapat dilihat. Tulang rawan daun telinga *imatur* sehingga *elastisitas* daun telinga masih kurang. Jaringan *mamae* belum sempurna, demikian pula puting susu belum terbentuk dengan baik. Bayi kecil, posisinya masih *posisi fetal*, pergerakan kurang dan masih lemah. Bayi lebih banyak tidur, tangis lemah pernafasan belum teratur dan sering mengalami

serangan *apnea*. Otot masih *hipotonik*, reflek menghisap dan menelan belum sempurna, frekuensi nadi berkisar 100-140 kali per menit. Pada hari pertama pernafasan berkisar 40-50 kali per menit, pada hari berikutnya 35-45 kali per menit. Bila frekuensi pernafasan terus meningkat dan selalu di atas 60 kali per menit, harus waspada kemungkinan terjadi sindrom gangguan pernafasan (15).

2.3.9. Masalah Pada BBLR

Masalah yang terjadi pada BBLR terutama yang prematur terjadi karena ketidakmatangan sistem organ pada bayi tersebut. Masalah pada BBLR yang sering terjadi adalah:

1) Sistem Pernafasan

Bayi dengan BBLR umumnya mengalami kesulitan untuk bernafas segera setelah lahir oleh karena jumlah alveoli yang berfungsi masih sedikit, kekurangan surfaktan. Lumen sistem pernafasan yang kecil, kolaps atau obstruksi jalan nafas, insufisiensi kalsifikasi dari tulang *thoraks*, lemah atau tidak adanya gag refleks dan pembuluh darah paru yang imatur. Hal inilah yang mengganggu usaha bayi untuk bernafas dan sering mengakibatkan gawat nafas (*distress* pernafasan).

2) Sistem Neurologi (Susunan Saraf Pusat)

Bayi dengan BBLR umumnya mudah sekali terjadi trauma susunan saraf pusat. Hal ini disebabkan karena perdarahan *intracranial*, trauma lahir, perubahan proses koagulasi, hipoksi dan hipoglikemia. Sementara itu, asfiksia berat yang

terjadi pada BBLR juga sangat berpengaruh pada sistem susunan saraf pusat yang diakibatkan karena kekurangan oksigen dan kekurangan perfusi/iskemia.

3) Sistem Kardiovaskular

Bayi dengan BBLR paling sering mengalami gangguan/kelainan janin, yaitu *Patent Ductus Arteriosus*, yang merupakan akibat dari gangguan adaptasi dari kehidupan *intrauterine* dan kehidupan *ekstreuterine* berupa keterlambatan penutupan *ductusarteriosus*. Terdapat beberapa faktor yang memperlambat penutupan *ductusarteriosus* antara lain berupa kurangnya otot polos pembuluh darah, rendahnya kadar oksigen darah dan rendahnya kadar oksigen darah pada bayi BBLR.

4) Sistem Gastrointestinal

Bayi dengan BBLR yang kurang bulan umumnya saluran pencernaannya belum berfungsi seperti bayi yang cukup bulan. Hal ini diakibatkan karena tidak adanya koordinasi mengisap dan menelan sampai usia gestasi 33-34 minggu, kurangnya cadangan beberapa nutrisi seperti kurang dapat menyerap lemak dan mencerna protein, jumlah enzim yang belum mencukupi, waktu pengosongan lambung yang lambat dan penurunan atau tidak adanya motilitas serta meningkatnya resiko NEC (*NetrikansEnteroColitis*).

5) Sistem Termoregulasi

Bayi dengan BBLR sering mengalami temperatur yang tidak stabil yang disebabkan oleh:

- a) Kehilangan panas karena perbandingan luas permukaan kulit dengan berat badan lebih besar (permukaan tubuh bayi yang relatif luas)

- b) Kurangnya lemak *subkutan* (lemak coklat)
- c) Jaringan lemak di bawah kulit lebih sedikit
- d) Kekurangan oksigen yang dapat berpengaruh pada penggunaan kalori
- e) Tidak memadainya aktivitas otot
- f) Ketidakmatangan pusat pengaturan suhu di otak
- g) Tidak adanya refleks kontrol dari pembuluh darah kapiler kulit.

6) Sistem Hematologi

Bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) lebih cenderung mengalami masalah hematologi bila dibandingkan dengan bayi yang cukup bulan. Penyebabnya kecenderungan terjadinya masalah tersebut antara lain yaitu:

- a) Usia sel darah merah lebih pendek
- b) Pembentukan sel darah merah yang lambat
- c) Pembuluh darah kapilernya mudah rapuh
- d) Hemolisis dan berkurangnya darah akibat dari pemeriksaan laboratorium yang sering
- e) Deposit vitamin E yang rendah.

7) Sistem Imunologi

Bayi dengan BBLR mempunyai sistem kekebalan tubuh yang terbatas, seringkali memungkinkan bayi tersebut lebih rentan terhadap infeksi dari pada bayi cukup bulan.

8) Sistem Perkemihan

Bayi dengan BBLR mempunyai masalah pada sistem perkemihannya, dimana ginjal bayi tersebut karena belum matang maka tidak mampu untuk mengelola

air, elektrolit dan asam-basa, tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme dan obat-obatan dengan memadai serta tidak mampu memekatkan urin.

9) Sistem Integumen

Bayi dengan BBLR mempunyai struktur kulit yang sangat tipis dan transparan sehingga mudah terjadi gangguan integritas kulit.

10) Respon Orang Tua

Orang tua yang mempunyai bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) umumnya akan mengalami perasaan sedih, khawatir, cemas, takut, depresi dan lain-lainnya karena memikirkan tentang keadaan bayinya.

11) Sistem Penglihatan

Bayi dengan BBLR dapat mengalami *retinopathy of prematurity* (RoP) yang disebabkan karena ketidakmatangan retina.

2.3.10. Penatalaksanaan dan Perawatan BBLR

Perawatan pada bayi berat lahir rendah (BBLR) dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
- 2) Mencegah infeksi dengan ketat. BBLR sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- 3) Pengawasan nutrisi/ ASI. Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

- 4) Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
- 5) Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih, pertahankan suhu tetap hangat.
- 6) Kepala bayi ditutup topi, beri oksigen bila perlu.
- 7) Tali pusat dalam keadaan bersih.
- 8) Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.
- 9) Bila tidak mungkin *infuse dekstrose* 10% + *bicabornas natricus* 1,5% = 4: 1, hari 1=60 cc/kg/hari (kolaborasi dengan dokter) dan berikan antibiotik.

Penatalaksanaan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah sebagai berikut:

1) Pemberian ASI (Air Susu Ibu)

Mengutamakan pemberian ASI adalah hal yang paling penting karena:

- a) ASI mempunyai keuntungan yaitu kadar protein tinggi, laktalbumin, zat kekebalan tubuh, lipase dan asam lemak esensial, laktosa dan oligosakarida.
- b) ASI mempunyai faktor pertumbuhan usus, oligosakarida untuk memacu motilitas usus dan perlindungan terhadap penyakit.
- c) Dari segi psikologis, pemberian ASI dapat meningkatkan ikatan kasih sayang ibu dan bayi
- d) Bayi kecil/berat rendah rentan terhadap kekurangan nutrisi, fungsi organnya belum matang, kebutuhan nutrisinya besar dan mudah sakit sehingga pemberian ASI atau nutrisi yang tepat penting untuk tumbuh kembang yang optimal bagi bayi.

2) Pengaturan Suhu Badan/*Thermoregulasi*

Bayi dengan BBLR membutuhkan suatu *thermoregulasi* yaitu suatu pengontrolan suhu badan secara:

- a) Fisiologis mengatur pembentukan atau pendistribusian panas
- b) Pengaturan terhadap suhu keliling dengan mengontrol kehilangan dan penambahan panas.

(1) Kehilangan Panas

Kehilangan panas pada bayi BBLR dapat disampaikan melalui empat cara, yaitu:

(a) Konduksi

Panas tubuh akan hilang bila bayi diletakkan di atas permukaan yang dingin. Seperti menidurkan bayi di timbangan yang dingin, tangan perawat yang dingin atau stetoskop yang dingin.

(b) Konveksi

Panas tubuh akan hilang bila ada udara dingin bertiup di sekitar bayi. Perhatikan agar bayi tidak hilang suhunya dengan tidak memberikan oksigen yang dingin.

(c) Evaporasi

Panas tubuh akan hilang dengan adanya penguapan cairan yang ada di permukaan tubuh bayi.

(d) Radiasi

Panas tubuh akan hilang bila dekat dengan benda-benda yang dingin, sehingga panas tubuh akan memancar ke benda-benda dingin di sekitarnya.

(2) *Stress* Dingin

Bayi dengan BBLR yang tiba-tiba dihadapkan pada suhu dingin akan mengalami hipotermi. Sebagai respon terhadap udara atau suhu dingin akan terjadi vasokonstriksi yang akan menyebabkan timbulnya metabolisme *anaerob* dan *asidosismetabolic*. Hal ini akan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah paru yang akan makin menyebabkan bertambahnya *hypoxiaanaerob* metabolisme dan *asidosismetabolic*. Keadaan ini akan memperburuk respon bayi yang lahir rendah terhadap dingin. Oleh sebab itu, BBLR mempunyai resiko tinggi terhadap hipotermi dan gejala sisanya.

(3) Pencegahan Kehilangan Panas

Berikut ini adalah beberapa cara pencegahan panas pada BBLR yang sehat, antara lain:

- (a) Segera setelah lahir, bayi dikeringkan dan dibedong dengan popok hangat
- (b) Pemeriksaan di kamar bersalin dilakukan di bawah *radiantwarmer* (box bayi hangat)
- (c) Topi dipakaikan untuk mencegah kehilangan panas melalui kulit kepala

(d) Bila suhu bayi stabil, bayi dapat dirawat di boks terbuka dan diselimuti.

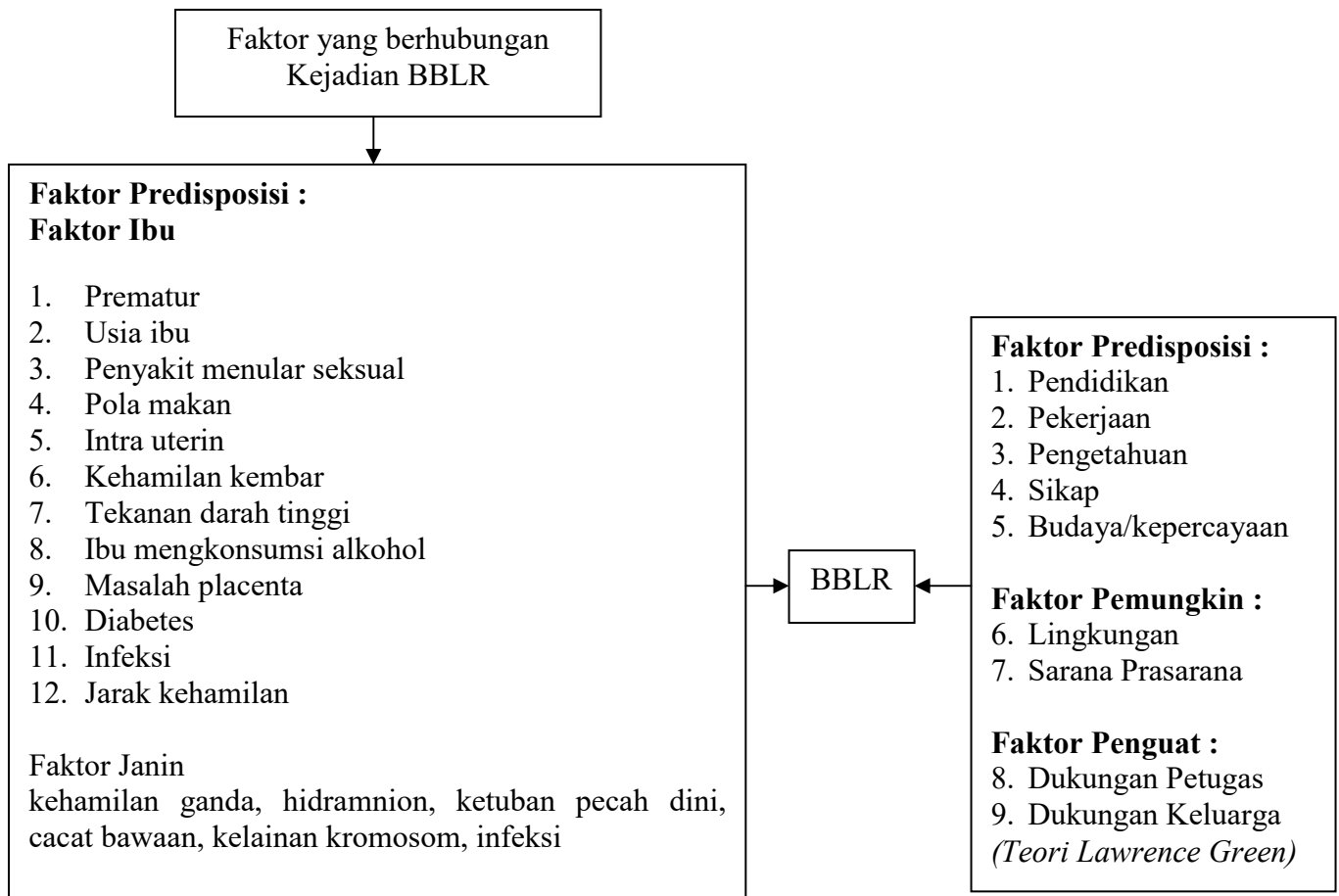
Sementara bayi dengan BBLR yang sakit, cara untuk mencegah kehilangan panas, yaitu:

- (a) Bayi harus segera dikeringkan
- (b) Untuk mentransportasi bayi, digunakan transportasi inkubator yang sudah hangat
- (c) Tindakan yang dilakukan kepada bayi dilakukan di bawah *radiantwarmer*
- (d) Suhu lingkungan netral dipertahankan.

2.4. Kerangka Teori

Berdasarkan telaah teori yang telah penulis uraikan diatas, maka kerangka teori dapat digambarkan sebagai berikut :

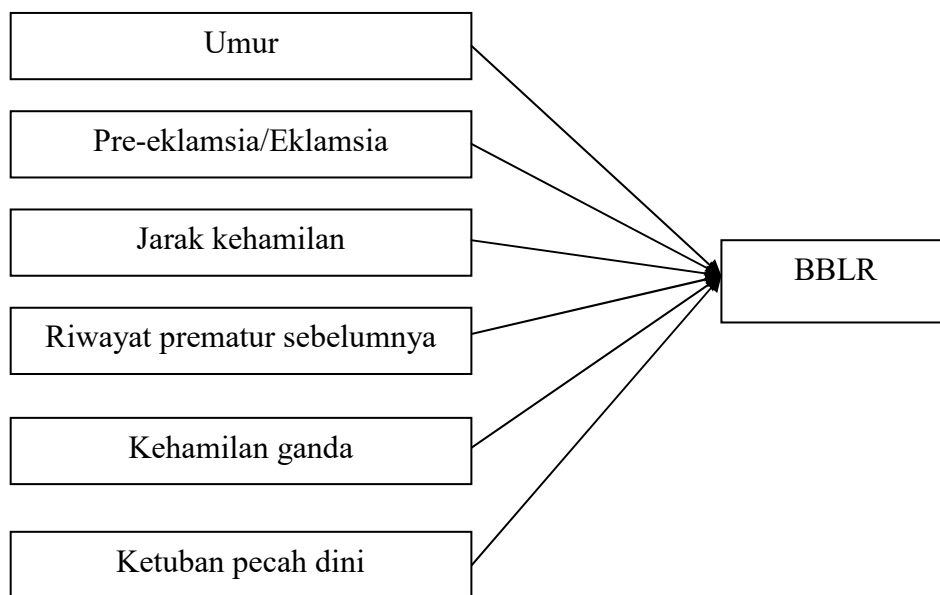
Berdasarkan landasan teori yang telah penulis uraikan diatas, maka kerangka teori dapat digambarkan sebagai berikut :



**Gambar 2.1 Kerangka Teori
Lawrence Green**

2.5. Kerangka Konsep

Berikut ini merupakan kerangka konsep dari penelitian ini yang terdiri dari variabel bebas yakni variabel umur ibu, pre eklamsia, jarak kehamilan, riwayat prematu, kehamilan ganda dan ketuban pecah dini yang dapat dilihat sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.6. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan yang masih lemah kebenarannya dan perlu dibuktikan atau dugaan yang sifatnya masih sementara. Pengujian Hipotesis adalah suatu prosedur yang dilakukan dengan tujuan memutuskan apakah menerima atau menolakhipotesis mengenai parameter populasi (33).

Hipotesis penelitian adalah hasil yang diharapkan. Hipotesis dibuat berdasarkan teori atau studi empiris berdasarkan pada alasan logis dan memprediksi hasil dari studi. Dalam penelitian dikenal *alternative* hipotesis yang

merupakan hipotesis yang menyatakan ada hubungan diantara dua atau lebih variabel. Sebaliknya, null hipotesis adalah hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan diantara treatment atau tidak ada perbedaan atau tidak ada hubungan diantara variabel(34).

Berdasarkan kajian teori dan kerangka berpikir yang telah diuraikan di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hipotesis Alternatif

- a. Ada hubungan faktor risiko umur ibu dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- b. Ada hubungan faktor risiko pre-eklamsia/eklamsia dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- c. Ada hubungan faktor risiko jarak kehamilan dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- d. Ada hubungan faktor risiko riwayat prematur sebelumnya dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- e. Adahubungan faktor risiko kehamilan ganda dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- f. Ada hubungan faktor risiko ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *retrospektif* yaitu penelitian berupa pengamatan terhadap peristiwa-peristiwa yang telah terjadi sebelumnya, hal ini bertujuan untuk mencari faktor yang beresiko dengan penyebab. Penelitian retrospektif merupakan penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan ini sehingga dapat diketahui secara jelas mengenai faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

3.2. Lokasi dan Waktu penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Delia Langkat.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan pada bulan September 2019 sampai dengan Oktober 2019.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi (*universe*) diartikan sebagai keseluruhan objek yang menjadi sasaran penelitian⁽³⁵⁾. Populasi dalam penelitian ini seluruh bayi yang lahir dan

dirawat di Rumah Sakit Umum Delia Langkat pada bulan juli 2019 sampai dengan september 2019 berjumlah 138 orang.

3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel diartikan sebagai bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian (35). Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan teknik *sampling* jenuh dimana semua populasi yang ada akan dijadikan sebagai sampel dalam penelitian ini. Dengan demikian jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 138 bayi.

3.4 Metode Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Data

Adapun jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data pendukung yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Delia Langkat. data lain yang dibutuhkan adalah data monografi Dinas Kesehatan Langkat.

2. Data Tersier

Data tersier diperoleh dari berbagai referensi yang sangat valid seperti jurnal, *teks book* dan internet.

3.4.2 Tehnik Pengumpulan Data

Tehnik pengumpulan data dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Data sekunder didapatkan dan dikumpulkan melalui studi dokumentasi yaitu mencatat semua data tentang BBLR yang diperoleh dari data rekam medik rumah sakit dan data dinas kesehatan Langkat.
2. Data tersier melalui studi kepustakaan yang sesuai dengan judul penelitian, jurnal terdahulu, data dari WHO, Menkes, Provinsi, Kabupaten yang diperoleh dari internet.

3.5 Variabel dan Definisi Operasional

3.5.1 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan dua variabel penelitian, yaitu :

1. Variabel Dependen, yaitu umur, pre-eklamsia/eklamsia, jarak kehamilan, riwayat prematur sebelumnya, kehamilan ganda, ketuban pecah dini.
2. Variabel Independen, yaitu kejadian BBLR.

3.5.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah aspek penelitian yang memberikan informasi tentang cara mengukur variabel. Definisi operasional adalah informasi ilmiah yang sangat membantu peneliti lain yang ingin melakukan penelitian dengan menggunakan variabel yang sama. Beberapa variabel yang digunakan dalam penelitian ini akan penulis jabarkan dalam tabel dibawah ini :

Variabel Independen

1. Umur

Usia seseorang yang dihitung dari tanggal lahir sampai tanggal persalinan.

2. Preeklamsia/eklamsia

Suatu keadaan ibu dengan diangnosa preeklmsia/eklmsia ditandai dengan mengalami oedema, protein *urine*, hipertensi dan kejang.

3. Jarak kehamilan

Merupakan jarak antara kehamilan yang sekarang dengan yang sebelumnya.

4. Riwayat prematur sebelumnya

Pernah melahirkan bayi dengan kondisi prematur atau dismatur.

5. Kehamilan ganda

Seorang wanita yang melahirkan anak yang jumlahnya lebih dari satu.

6. Ketuban pecah dini

Suatu kondisi dimana ketuban pecah sebeum waktunya persalinan

Variabel Dependen

1. BBLR

Bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram pada saat lahir.

3.6 Metode Pengukuran Variabel

Pada bagian ini, penulis menuliskan metode pengukuran variabel yang digunakan pada penelitian yang meliputi :

1. Pada variabel umur terdiri dari 2 kategori umur beresiko dan umur yang tidak beresiko.
2. Pada variabel preeklmsia/eklamsia terdiri dari 1item dengan 2 kategori yaitu eksklamsi dan tidak eksklamsi.
3. Pada variabel jarak kehamilan terdiri dari 1 itemdengan 2 kategori jawaban yaitu beresiko dan tidak beresiko.

4. Pada variabel riwayat prematur sebelumnya terdiri dari 1 item dengan 2 pilihan jawaban yaitu ada riwayat dan tidak ada riwayat.
5. Pada variabel kehamilan ganda terdiri dari 1 item dengan 2 kategori jawaban yaitu ada dan tidak ada.
6. Pada variabel ketuban pecah dini terdiri dari 1 item dengan 2 pilihan jawaban yaitu ada dan tidak ada.
7. Pada variabel BBLR terdiri 1 item dengan 2 kategori yaitu BBLR dan tidak BBLR.

Berdasarkan uraian metode pengukuran dari masing-masing variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel. 3.2 Aspek Pengukuran

No	Nama Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	6	7
1	Umur	1 Pertanyaan	Checklist Beresiko : 1 Tidak beresiko : 2	Beresiko (1), apabila usia <20 tahun dan > 35 tahun Tidak beresiko (2), apabila usia 20-35 tahun	Nominal
2	preeklamsia/e klamsia	1 Pertanyaan	Checklist ada : 1 Tidak ada : 2 (Skor max = 2)	ada (1), apabila mengalami preeklamsia /eklamsia Tidak ada (2), apabila tidak mengalami preeklamsia	Nominal

No	Nama Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
4	Jarak kehamilan	1 pertanyaan	<i>Checklist</i> Beresiko : 1 Tidak Beresiko : 2 (Skor max = 2)	/eklamsia Beresiko (1), apabila < 2 tahun Tidak Beresiko (2), apabila ≥ 2 tahun	Nominal
5	Riwayat prematur sebelumnya	1 pertanyaan	<i>Checklist</i> ada : 1 Tidak ada : 2 (Skor max = 2)	ada (1), apabila pernah melahirkan bayi prematur/di smatur Tidak ada, (2), apabila tidak pernah melahirkan bayi prematur/di smatur	Nominal
6	Kehamilan Ganda	1 pertanyaan	<i>Checklist</i> ada : 1 Tidak ada : 2 (Skor max = 2)	Ada (1), Jika lahir dengan diagnosa gamelli Tidak ada (2), jika lahir dengan diagnosa tunggal	Nominal
7	Ketuban Pecah Dini	1 pertanyaan	<i>Checklist</i> ada : 1 Tidak ada : 2 (Skor max = 2)	ada (1), jika lahir dengan diagnosa ketuban pecah dini Tidak ada (2), jika lahir tidak ada diagnosa ketuban	Nominal

No	Nama Variabel	Jumlah Pertanyaan	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
8	BBLR	1 pertanyaan	<i>Checklist</i> ada : 1 Tidak ada : 2 (Skor max = 2)	pecah dini BBLR (1), apabila lahir <2500 gram Tidak BBLR (2), apabila lahir ≥2500 gram	Nominal

3.7 Metode Pengolahan Data

Pengolahan data kuantitatif dilakukan melalui tahap-tahap berikut ini(36) :

1. *Editing*

Pada tahapan ini, data yang telah terkumpul melalui daftar pertanyaan (kuesioner) ataupun pada wawancara perlu dibaca kembali untuk melihat apakah ada hal-hal yang masih meragukan dari jawaban responden. Editing bertujuan untuk memperbaiki kualitas data dan menghilangkan keraguan data.

2. *Coding*

Setelah tahap editing selesai, maka data-data yang berupa jawaban-jawaban responden perlu diberi kode untuk memudahkan dalam menganalisis data. Hal ini sangat penting artinya, apalagi jika proses pengolahan data dilakukan dengan menggunakan bantuan komputer. Pemberian kode pada data dapat dilakukan dengan melihat jawaban dari jenis pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner.

3. Tabulasi Data

Tabulasi data merupakan proses pengolahan data yang dilakukan dengan cara memasukkan data ke dalam tabel. Atau dapat dikatakan bahwa tabulasi data

adalah penyajian data dalam bentuk tabel atau daftar untuk memudahkan dalam pengamatan dan evaluasi. Hasil tabulasi data ini dapat menjadi gambaran tentang hasil penelitian, karena data-data yang diperoleh dari lapangan sudah tersusun dan terangkum dalam tabel-tabel yang mudah dipahami maknanya. Selanjutnya peneliti bertugas untuk memberi penjelasan atau keterangan dengan menggunakan kalimat atas data-data yang telah diperoleh.

4. Analisis Data

Pada dasarnya, pengolahan data dalam penelitian sosial tidak lepas dari penggunaan metode statistik tertentu. Statistik sangat berperan dalam penelitian, baik dalam penyusunan, perumusan hipotesis, pengembangan alat dan instrument penelitian, penyusunan rancangan penelitian, penentuan sampel, maupun dalam analisis data.

5. Interpretasi Data

Setelah data yang terkumpul dianalisis dengan teknik statistik hasilnya harus diinterpretasikan atau ditafsirkan agar kesimpulan-kesimpulan penting mudah ditangkap oleh pembaca. Interpretasi merupakan penjelasan terperinci tentang arti sebenarnya dari materi yang dipaparkan, selain itu juga dapat memberikan arti yang lebih luas dari penemuan penelitian.

3.8 Analisis Data

3.8.1 Analisis Deskriptif (Univariat)

Analisis data dilakukan dengan Analisis univariat/deskriptif Analisis univariat/deskriptif dilakukan dengan menyajikan nilai deskriptif (rerata, simpang

baku, nilai minimum/maksimum, dan median) dan menampilkan distribusi frekuensi.

Analisis deskriptif yang dilakukan pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti. Analisis deskriptif terdiri dari data frekuensi dan nilai pusat (*Central Tendency*). Frekuensi dimunculkan dalam bentuk proporsi atau persentase untuk data atau variabel kategorik. Pada data numerik atau kontinu, peringkasan data dilakukan dengan cara melaporkan ukuran tengah dan sebarannya. Ukuran tengah yang digunakan adalah rata-rata, median dan modus. Sedangkan ukuran sebaran yang dapat digunakan adalah nilai maksimum, range, standar deviasi dan persentil. Dalam analisis deskriptif ini juga dilengkapi dengan grafik histogram untuk data numerik.

3.8.2 Analisis Inferensial (Bivariat)

Untuk menguji hipotesa dengan menentukan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen melalui uji statistik atau uji *ChiSquare* secara bertahap dengan bantuan komputerisasi. Pengambilan keputusan ada pengaruh atau tidak ada pengaruh dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0.05$). Selanjutnya ditarik kesimpulan jika nilai $p \text{ value} \leq 0.05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak yang menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen dan jika $p \text{ value} > 0.05$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dengan variabel independen (37).

3.8.3 Analisa Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan adalah *regresi logistik* model prediksi, dengan tingkat kepercayaan 95% dan menggunakan metode menentukan *odds ratio* variabel kategorik polikotom dengan salah satu kategori menjadi pembanding dengan cara *chi square* (38). Langkah yang dilakukan dalam analisis regresi logistik adalah sebagai berikut (38) :

- 1) Melakukan seleksi variabel yang layak dilakukan dalam model multivariat dengan cara terlebih dahulu melakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan uji regresi logistik sederhana.
- 2) Bila hasil analisis bivariat menghasilkan *p-value* $<0,25$ atau termasuk substansi yang penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat.
- 3) Variabel yang memenuhi syarat lalu dimasukkan ke dalam analisis multivariat.
- 4) Dari hasil analisis dengan multivariat dengan regresi logistik menghasilkan *p value* masing-masing variabel.
- 5) Variabel yang *p valuenya* $>0,05$ ditandai dan dikeluarkan satu-persatu dari model, hingga seluruh variabel yang *p-valuenya* $>0,05$ hilang.

- 6) Untuk melihat adanya interaksi antar variabel selanjutnya dilakukan uji interaksi. Variabel dikatakan tidak saling berinteraksi jika didapatkan hasil *p*-*valuenya* $>0,05$ pada $\alpha=0,05$.
- 7) Pada langkah terakhir akan tampak nilai $\exp(B)$, yang menunjukkan bahwa semakin besar nilai $\exp(B)/OR$ maka makin besar pengaruh variabel tersebut terhadap variabel dependen.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Pada tahun 2000 H. Ngaring Sitepu yang merupakan seorang tokoh masyarakat, sekaligus pengusaha mendirikan Balai Pengobatan dan Klinik Bersalin dengan surat izin Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta Nomor : YM.00.02.2.572 dan Nomor : YM.00.02.2.571, dengan maksud untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi karyawan-karyawan beliau yang sakit. Pada saat itu berlokasi di jalan Ki Hajar Dewantara, No. 24, Kecamatan Selesai, Kabupaten Langkat, dengan Kapasitas 20 Tempat Tidur.

Seiring berjalannya waktu, Pada tahun 2015 menjadi Rumah Sakit Umum Kelas D, yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.03/I/0500/2015 dan di relokasi ke Jl. Kihajar Dewantara No. 9, Kecamatan Selesai, Kabupaten Langkat.

Rumah sakit ini terus berkembang hingga pada akhirnya, pada bulan Mei 2016, Rumah Sakit Umum Delia mendapatkan izin operasional dari Dinas Kesehatan sekaligus penetapan Rumah Sakit Tipe C dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Langkat Nomor : 440– 2508/yankes/V/2016 dengan kapasitas 130 tempat tidur.

Dalam rangka turut menunjang program kesehatan pemerintah, sejak tahun 2010 Rumah Sakit Umum Delia mulai menjalin kerjasama dengan PT. Askes, kemudian semenjak tahun 2015 berubah menjadi BPJS Kesehatan. Sejak tahun

2015 hingga saat ini, Rumah Sakit Umum Delia beroperasi dibawah naungan PT. Delia Oka Arjuna. Adapun visi dan misi Rumah Sakit Umum Delia Langkat yaitu:

Visi

Mewujudkan Pelayanan Kesehatan yang terbaik dan terjangkau bagi semua golongan masyarakat.

Misi

- 1. Menjalin Kemitraan dan bertanggung jawab dengan perusahaan maupun dengan instansi kesehatan lain*
- 2. Menjadikan Rumah Sakit Umum Delia, sebagai Rumah Sakit Rujukan / Faskes tingkat pertama.*

Rumah Sakit Umum Delia yang berdiri diatas lahan dengan luas sekitar 1 Ha terletak di Jl. Ki Hajar Dewantara, Desa Sei Limbat, Kecamatan Selesai, Kabupaten Langkat, Provinsi Sumatera Utara yang berjarak 42 KM dari Kota Medan. Di sebelah Utara berbatasan dengan SMP Negeri 1 Selesai, di sebelah barat berbatasan dengan perkebunan penduduk, di sebelah timur berbatasan dengan Jl. Ki Hajar Dewantara, disebelah selatan berbatasan dengan Jl. Binjai-Kuala.

Adapun fasilitas dan pelayanan yang dimiliki oleh umah Sakit Umum Delia Langkat yaitu :

1. Memiliki IGD 24 jam
2. Memiliki 2 (dua) ruang operasi
3. Memiliki pelayanan rawat jalan
4. Memiliki pelayanan rawat inap (ICU, VIP, Kelas I, Kelas II dan Kelas III)

4.2.2. Pendidikan Terakhir

Berdasarkan hasil penelitian, pendidikan terakhir responden dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.2. *Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Responden di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Menengah	84	60,9
Tinggi	54	39,1
Total	138	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan Menengah sebanyak 84 orang (60,9%), sebagian kecil responden berpendidikan Tinggi sebanyak 54 orang (39,1%).

4.2.3. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian, pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.3. *Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Bekerja	99	71,7
Bekerja	39	28,3
Total	138	100,0

Tabel 4.3 menunjukkan sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 99 orang (71,7%), sebagian kecil responden bekerja sebanyak 39 orang (28,3%).

4.3. Analisis Univariat

4.3.1. Umur Ibu

Berdasarkan hasil penelitian, umur ibu dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.4. *Distribusi Responden Berdasarkan Umur Ibu di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Umur Ibu	Jumlah	Persentase (%)
<20 tahun dan > 35 tahun	42	30,4
20-35 tahun	96	69,6
	138	100,0

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur pada kategori 20-35 tahun sebanyak 96 orang (69,6%), sebagian kecil responden berumur pada kategori < 20 tahun dan >35 tahun sebanyak 42 orang (30,4%).

4.3.2. Preeklamsia/Eklamsia

Berdasarkan hasil penelitian, preeklamsia/eklamsia dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.5. *Distribusi Responden Berdasarkan Preeklamsia/Eklamsia di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Preeklamsia/Eklamsia	Jumlah	Persentase (%)
Ada	52	37,7
Tidak ada	86	62,3
	138	100,0

Tabel 4.5. menunjukkan sebagian besar responden tidak ada preeklamsia/eklamsia sebanyak 86 orang (62,3%), sebagian kecil responden ada preeklamsia/eklamsia sebanyak 52 orang (37,7%).

4.3.3. Jarak Kehamilan

Berdasarkan hasil penelitian, jarak kehamilan dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.6. *Distribusi Responden Berdasarkan Jarak Kehamilandi Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Jarak Kehamilan	Jumlah	Persentase (%)
Beresiko	50	36,2
Tidak beresiko	88	63,8
	138	100,0

Tabel 4.6 menunjukkan sebagian besar responden memiliki jarak kehamilan tidak beresiko sebanyak 88 orang (63,8%), sebagian kecil responden memiliki jarak kehamilan beresiko sebanyak 50 orang (36,2%).

4.3.4. Riwayat Kelahiran Prematur

Berdasarkan hasil penelitian, riwayat kehamilan prematur dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.7. *Distribusi Responden Berdasarkan riwayat kehamilan prematur di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Riwayat Kelahiran Prematur	Jumlah	Persentase (%)
Ada	103	74,6
Tidak ada	35	25,4
	138	100,0

Tabel 4.7 menunjukkan sebagian besar responden ada riwayat kelahiran prematur sebanyak 103 orang (74,6%), sebagian kecil responden tidakada riwayat kelahiran prematur sebanyak 35 orang (25,4%).

4.3.5. Kehamilan Ganda

Berdasarkan hasil penelitian, kehamilan ganda dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.8. *Distribusi Responden Berdasarkan Kehamilan Ganda di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Kehamilan Ganda	Jumlah	Persentase (%)
Ada	16	11,6
Tidak ada	122	88,4
	138	100,0

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam kategori tidak ada kehamilan ganda sebanyak 122 orang (88,4%), sebagian kecil responden dalam kategori ada kehamilan ganda sebanyak 16 orang (11,6%).

4.3.6. Ketuban Pecah Dini

Berdasarkan hasil penelitian, ketuban pecah dini dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.9. *Distribusi Responden Berdasarkan Ketuban Pecah Dini di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Ketuban Pecah Dini	Jumlah	Persentase (%)
Ada	86	62,3
Tidak Ada	52	37,7
	138	100,0

Tabel 4.9. menunjukkan bahwa sebagian besar kejadian ketuban pecah dini dalam kategori ada sebanyak 86 orang (62,3%), sebagian kecil ketuban pecah dini dalam kategori tidak ada sebanyak 52 orang (37,7%).

4.3.7. Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian, kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.10. *Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

BBLR	Jumlah	Persentase (%)
BBLR	102	73,9
Tidak BBLR	36	26,1
	138	100,0

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam kategori BBLR sebanyak 102 orang (73,9%), sebagian kecil responden dalam kategori tidak BBLR sebanyak 36 orang (26,1%).

4.4. Analisis Bivariat

4.4.1. Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian hubungan umur ibu dengan kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.11. *Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019*

Kejadian BBLR	Umur Ibu				Jumlah	p-value	OR
	<20 tahun dan >35 tahun		20-35 tahun				
	f	%	f	%			
BBLR	32	23,2	70	50,7	102	73,9	0,847 1,189
Tidak BBLR	10	7,2	26	18,8	36	26,1	
Total	42	30,4	102	73,9	138	100,0	

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa dari 42 responden yang memiliki umur ibu pada kategori <20 tahun dan >35 tahun mayoritas BBLR sebanyak 32 orang (23,2%) dan tidak BBLR sebanyak 10 orang (7,2%). Dari

98 responden yang memiliki umur ibu pada kategori 20-35 tahun mayoritas BBLR sebanyak 70 orang (69,6%) dan tidak BBLR sebanyak 26 orang (18,8%).

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,847 > 0,05$ artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara umur ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 1.189 > 1$ yang berarti bahwa umur ibu merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 1,2 kali lipat.

4.4.2. Hubungan Preeklamsia/Eklamsia dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan Preeklamsia/Eklamsia dengan Kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.12. Hubungan Preeklamsia/Eklamsia dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019

Kejadian BBLR	Preeklamsia/Eklamsia				Jumlah		<i>p-value</i>	OR
	Ada		Tidak ada		f	%		
	f	%	f	%				
BBLR	38	27,5	64	46,4	102	73,9	1.000	0,933
Tidak BBLR	14	10,1	22	15,9	36	26,1		
Total	52	37,7	86	62,3	138	100,0		

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa dari 52 responden yang ada preeklamsia/eklamsia mayoritas BBLR sebanyak 38 orang (27,5%) dan tidak BBLR sebanyak 14 orang (10,1%). Dari 86 responden yang tidak ada preeklamsia/eklamsia mayoritas BBLR sebanyak 64 orang (46,4%) dan tidak BBLT sebanyak 22 orang (15,9%).

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $1,000 > 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan antara preeklamsia/eklamsia dengan

Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai OR = $0,933 < 1$ yang berarti bahwa preeklamsia tidak merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 0,9 kali lipat.

4.4.3. Hubungan Jarak kehamilan dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian hubungan jarak kehamilannya dengan Kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.13. Hubungan Jarak kehamilan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019

Kejadian BBLR	Jarak Kehamilan				Jumlah		p-value	OR
	Beresiko		Tidak Beresiko					
	f	%	f	%	f	%		
BBLR	34	24,6	68	49,3	102	73,9	0,322	0,625
Tidak BBLR	16	11,6	20	14,5	36	26,1		
Total	50	36,2	88	63,8	138	100,0		

Berdasarkan tabel 4.13 menunjukkan bahwa dari 50 responden yang memiliki jarak kehamilan beresiko mayoritas BBLR sebanyak 34 orang (24,6%) dan tidak BBLR sebanyak 16 orang (11,6%). Dari 88 responden yang memiliki jarak kehamilan tidak beresiko mayoritas BBLR sebanyak 68 orang (49,3%) dan tidak BBLR sebanyak 20 orang (14,5%)..

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,322 < 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai OR = $0,625 > 1$ yang berarti bahwa jarak kehamilan merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 0,6 kali lipat.

4.4.4. Hubungan Riwayat Kelahiran Prematur dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian hubungan riwayat kelahiran prematur dengan Kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.14. Hubungan riwayat kelahiran prematur dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019

Kejadian BBLR	Riwayat Kelahiran Prematur				Jumlah		<i>p-value</i>	OR
	Ada		Tidak Ada					
	f	%	f	%	f	%		
BBLR	82	59,4	20	14,5	102	73,9	0,017	2,929
Tidak BBLR	21	15,2	15	10,9	36	26,1		
Total	103	74,6	35	25,4	138	100,0		

Berdasarkan tabel 4.14 menunjukkan bahwa dari 103 responden yang riwayat kelahiran prematur pada kategori ada mayoritas BBLR sebanyak 82 orang (59,4%) dan tidak BBLR sebanyak 21 orang (15,2%). Dari 35 responden yang riwayat kelahiran prematur pada kategori tidak ada mayoritas BBLR sebanyak 20 orang (14,5%) dan tidak BBLR sebanyak 15 orang (10,9%).

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,017 < 0,05$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat kelahiran prematur dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai OR = $2,929 > 1$ yang berarti bahwa riwayat kelahiran prematur merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebesar 2,9 kali lipat.

4.4.5. Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian hubungan kehamilan ganda dengan kejadian BBLR pada ibu hamil dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.15. Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019

Kejadian BBLR	Kehamilan Ganda				Jumlah		p-value	OR
	Ada		Tidak Ada					
	f	%	f	%	f	%		
BBLR	16	11,6	86	62,3	102	73,9		
Tidak BBLR	0	0	36	26,1	36	26,1	0,026	2,419
Total	16	11,6	122	88,4	138	100,0		

Berdasarkan tabel 4.15 menunjukkan bahwa dari 16 responden dengan kehamilan ganda mayoritas BBLR sebanyak 16 orang (11,6%) dan tidak BBLR tidak ada dalam penelitian ini. Dari 122 responden tidak ada kehamilan ganda mayoritas BBLR sebanyak 86 orang (62,3%) dan tidak BBLR sebanyak 36 orang (26,1%).

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,026 < 0,05$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 2,419 > 1$ yang berarti bahwa kehamilan ganda merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 2,4 kali lipat.

4.4.6. Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian hubungan ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR pada ibu hamil dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.16. Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019

Kejadian BBLR	Ketusan Pecah Dini				Jumlah		p-value	OR
	Ada		Tidak Ada					
	f	%	f	%	f	%		
BBLR	66	47,8	36	26,1	102	73,9	0,439	1,467
Tidak BBLR	20	14,5	16	11,6	36	26,1		
Total	86	62,3	52	37,7	138	100,0		

Berdasarkan tabel 4.16 menunjukkan bahwa dari 86 responden dengan ketuban pecah dini mayoritas BBLR sebanyak 66 orang (47,8%) dan tidak BBLR sebanyak 20 orang (14,5%). Dari 52 responden tidak ada ketuban pecah diniseimbang jumlah anatar BBLR dan tidak BBLR dengan masing-masing sebanyak 36 orang (26,1%).

Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,439 < 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 1,467 > 1$ yang berarti bahwa ketuban pecah dini merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 1,4 kali lipat.

4.5. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan Kejadian BBLR menggunakan uji regresi logistik ganda (*multiple logistic regression*) melalui beberapa langkah:

1. Melakukan pemilihan variabel yang potensial dimasukkan sebagai kandidat model. Variabel yang dipilih sebagai kandidat adalah variabel yang memiliki nilai signifikan.

2. Dalam pemodelan ini variabel kandidat yang memiliki nilai $p\text{-value} < 0,25$ pada uji bivariat (uji *chi-square*) dimasukkan secara bersama-sama dalam uji multivariat.
3. Penggunaan kemaknaan statistik 0,25 sebagai persyaratan dalam uji regresi logistik berganda untuk memungkinkan variabel-variabel yang secara terselubung sesungguhnya secara substansi sangat penting dimasukkan ke dalam model multivariat.
4. Dari hasil uji bivariat, dari 6 variabel yang diuji bivariat terdapat 2 variabel yang dijadikan kandidat model pada uji regresi logistik berganda pada penelitian ini karena pada uji regresi logistik sederhana memiliki nilai signifikan $< 0,25$ yaitu jarak kehamilan ($p=0,322$), kehamilan ganda ($p=0,026$) dan riwayat kelahiran prematur ($p=0,017$). Sedangkan 4 variabel yang tidak signifikan dan tidak dijadikan kandidat model karena memiliki nilai signifikan $> 0,25$ yaitu variabel jarak kehamilan ($p=0,322$), preeklamsia/eklamsia ($p=1,000$), Ketuban Pecah Dini ($p=0,439$) dan Umur Ibu ($p=0,847$). Namun jarak kehamilan diikutsertakan dalam pemodelan regresi tahap pertama karena peneliti ingin menggunakan 3 variabel yaitu jarak kehamilan, kehamilan ganda dan riwayat kelahiran prematur.
5. Selanjutnya dilakukan pengujian dengan regresi logistik berganda secara bersamaan dengan metode *enter* untuk mengidentifikasi faktor risiko paling dengan Kejadian BBLR. Metode *enter* yaitu memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel

yang mempunyai $p\text{-value} < 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan $p\text{-value} > 0,05$ yang terbesar. Hasil analisis uji regresi logistik berganda tahap pertama selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.17. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Tahap Pertama

Variabel	B	Sig.	Exp(B)
Jarak Kehamilan	-0,557	0,183	0,573
Kehamilan Ganda	20,245	0,998	6,196
Riwayat Kelahiran Prematur	0,885	0,040	2,423
Konstanta	-41,615	0,998	

Berdasarkan tabel 4.18 menunjukkan bahwa dari 3 variabel yang diuji regresi logistik berganda pada tahap pertama terlihat dua variabel memiliki nilai $p\text{-value} > 0,05$ dan yang terbesar adalah variabel kehamilan ganda ($p=0,998$). Selanjutnya variabel kehamilan ganda dikeluarkan dari pemodelan pada regresi logistik tahap kedua, hasilnya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.18. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Tahap Kedua

Variabel	B	Sig.	Exp(B)
Jarak Kelahiran	-0,408	0,315	0,665
Riwayat Kelahiran Prematur	1,047	0,013	2,848
Konstanta	-1,743	0,053	

Berdasarkan tabel 4.18 menunjukkan bahwa dari 2 variabel yang diuji regresi logistik berganda pada tahap kedua terlihat satu variabel memiliki nilai $p\text{-value} > 0,05$ yaitu jarak kehamilan ($p=0,315$).

Variabel yang paling besar hubungannya dalam penelitian ini adalah variabel riwayat kelahiran prematur. Variabel riwayat kelahiran prematur mempunyai nilai $\text{Exp(B)} = 2,848$ artinya responden yang memiliki riwayat

kelahiran prematur berpeluang mengalami kejadian BBLR sebanyak 2,8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat kelahiran prematur.

Tabel 4.19. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Tahap Ketiga

Variabel	B	Sig.	Exp(B)
Riwayat Kelahiran Prematur	.924	0,030	2.519
Kehamilan Ganda	20.123	0,998	5.487E8
Konstanta	-42.330	0,998	

Berdasarkan tabel 4.18 menunjukkan bahwa dari 2 variabel yang diuji regresi logistik berganda pada tahap kedua terlihat satu variabel memiliki nilai $p\text{-value} > 0,05$ yaitu kehamilan ganda ($p=0,998$).

Variabel yang paling besar hubungannya dalam penelitian ini adalah variabel riwayat kelahiran prematur. Variabel riwayat kelahiran prematur mempunyai nilai $\text{Exp(B)} = 2,519$ artinya responden yang memiliki riwayat kelahiran prematur berpeluang mengalami kejadian BBLR sebanyak 2,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat kelahiran prematur.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Hubungan Umur Ibu dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 42 responden yang memiliki umur ibu pada kategori beresiko mayoritas BBLR sebanyak 32 orang (23,2%). Dari 98 responden yang memiliki umur ibu pada kategori tidak beresiko mayoritas BBLR sebanyak 70 orang (69,6%). Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,847 > 0,05$ artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara umur ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai OR = $1.189 > 1$ yang berarti bahwa umur ibu merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 1,2 kali lipat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Budiman, dkk (2010). Faktor ibu yang berhubungan dengan berat badan bayi lahir di Puskesmas Garuda tahun 2010. Rancangan penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan 408 sampel ibu yang melahirkan di Puskesmas Garuda pada tahun 2010. Data yang dikumpulkan berupa data sekunder yang didapat dari buku register ibu hamil dan bersalin. Analisis data dilakukan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur ibu (27-28), paritas ibu (1-2), frekuensi ANC (2-3), tinggi fundus uteri (30-31). Proporsi ibu yang tidak bekerja sebanyak 90 (22,1%), ibu yang memiliki riwayat penyakit sebanyak 25 (6,1%) dan ibu yang memiliki status gizi kurang sebanyak 34 (8,3%). Dari hasil uji statistik disimpulkan ada hubungan yang

signifikan antara paritas ibu dengan berat badan bayi lahir ($p \text{ value} = 0,042$) ($R^2 = 0,010$ $r = -0,101$), riwayat penyakit dengan berat badan bayi lahir ($p \text{ value} = 0,042$), tinggi fundus uteri dengan berat badan bayi lahir ($p \text{ value} = 0,010$) ($R^2 = 0,016$ $r = 0,128$), dan umur ibu, pekerjaan, status gizi dan ANC tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan berat badan bayi lahir. Faktor yang paling besar pengaruhnya (dominan) terhadap berat badan bayi lahir adalah paritas (Koefisien Beta sebesar $-0,133$) (39).

Usia ternyata sangat mempengaruhi kehamilan seorang ibu. Pada usia produktif keberhasilan untuk hamil dengan kondisi yang baik sangat besar. Dari segi kesehatan dan kondisi fisik, usia produktif adalah waktu yang tepat dari segi biologis untuk hamil dan melahirkan dengan kualitas yang baik. Resiko ibu mendapatkan bayi cacat dan bayi dengan berat lahir rendah semakin sedikit, resiko keguguran juga sangat rendah dan resiko mengalami komplikasi kesehatan juga sangat rendah. Memasuki usia 30 tahun, seharusnya ibu sudah harus segera memiliki keturunan karena kesuburan akan turun drastis pada usia di atas 35 tahun (10).

Menurut peneliti, berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umur ibu tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat, hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian yang telah didapatkan peneliti dan telah disajikan dalam tabel 4.11 yang menunjukkan bahwa mayoritas responden di Rumah Sakit Umum Delia Langkat memiliki usia ibu mayoritas pada kategori tidak beresiko, hal ini menunjukkan suatu kondisi yang baik dimana ibu memiliki usia 20-35 tahun lebih banyak

dibandingkan <20 tahun dan >35 tahun sehingga ibu dalam penelitian ini memiliki kemungkinan yang besar untuk melahirkan bayi dengan kondisi fisik yang sehat dengan berat ideal yaitu 2500-4000 gram.

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 70 bayi (50,7%) mengalami BBLR namun ketika ditinjau dari umur ibu, ternyata umur ibu tidak beresiko yaitu pada kategori usia 20-35 tahun, dan terdapat 10 bayi (7,2%) tidak BBLR namun ketika ditinjau umur ibu ternyata beresiko yaitu kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun. Hal ini dapat terjadi karena faktor yang memengaruhi terjadinya BBLR tidak hanya dari faktor umur saja namun banyak faktor yang dapat memengaruhi terjadinya BBLR. Namun demikian, untuk mencegah kejadian BBLR, faktor umur ibu juga harus tetap diperhatikan.

5.2. Hubungan Preeklamsia/Eklamsia dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 52 responden yang ada preeklamsia/eklamsia mayoritas BBLR sebanyak 38 orang (27,5%). Dari 86 responden yang tidak ada preeklamsia/eklamsia mayoritas BBLR sebanyak 64 orang (46,4%). Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $1,000 > 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan antara preeklamsia/eklamsia dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 0,933 < 1$ yang berarti bahwa preeklamsia tidak merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 0,9 kali lipat.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati, Leni. Hubungan pre eklamsia dengan kelahiran berat bayi lahir rendah (BBLR) di RSUD Sragen. Desain penelitian adalah observasional

analitik dengan pendekatan *cross Sectional* yang dilakukan di RSUD Sragen pada tanggal 22 April -31 Mei 2010. Populasi penelitian ini adalah neonatus yang lahir periode 22 April-31Mei2010. Teknik sampling menggunakan *total sample*. Didapatkan besar sampel 144 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan sebagai kontrol diambil dari bayi lahir dari ibu tidak preeklampsia dengan jumlah yang sama. Analisis data menggunakan uji korelasi *Chi Square* dan *Risiko Prevalensi(RP)*. Hasil penelitian didapatkan nilai X^2_{hitung} adalah 5,906 dan nilai $P= 0,015$, dan dibandingkan dengan X^2_{tabel} dengan $df=1$ dan taraf kesalahan $\alpha=0,05$ diperoleh nilai 3,847. Karena nilai $X^2_{hitung} > X^2_{tabel}$ ($5,906 > 3,847$). Kesimpulannya adalah ada hubungan yang signifikan antara preeklampsia dengan kelahiran berat bayi lahir rendah (BBLR). Peluang terjadinya kelahiran BBLR lebih tinggi 3,25 kali daripada tanpa preeklampsia. Hal ini menunjukkan bahwa preeklampsia merupakan faktor risiko terjadinya kelahiran BBLR (15).

Preeklampsia adalah kelainan multi sistemik yang terjadi pada kehamilan yang ditandai dengan adanya hipertensi dan edema serta dapat disertai proteinuria, biasanya terjadi pada usia kehamilan 20 minggu ke atas atau dalam triwulan ketiga dari kehamilan, sering pada kehamilan 37 minggu ataupun dapat terjadi segera setelah persalinan. Preeklampsia merupakan sindrom spesifik kehamilan yang terutama berkaitan dengan berkurangnya perfusi organ akibat vasospasme dan aktivasi endotel yang bermanifestasi dengan adanya peningkatan tekanan darah dan proteinuria. Preeklampsia dapat berkembang dari ringan, sedang sampai berat yang dapat berlanjut menjadi eklampsia (40).

Eklamsia adalah kondisi dimana pasien yang memenuhi kriteria preeklamsia dengan disertai kejang atau kejang yang tidak diketahui penyebabnya yang bukan merupakan kelainan neurologis misalnya epilepsi yang bisa disertai penurunan kesadaran pada wanita dengan preeklamsia. Preeklamsia berat didefinisikan sebagai hipertensi berat dengan tekanan darah distolik ≥ 110 mmHg, tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan/atau dengan gejala, dan/atau kerusakan biokimia dan/atau hemotologis (40).

Menurut peneliti, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa preeklamsia dan eklamsia tidak memberikan hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat, hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang didapatkan bahwa dari 138 responden terdapat 52 responden dengan preeklamsia/eklamsia dan hanya 38 responden yang BBLR sementara 14 lainnya tidak mengalami BBLR, hasil *chi-square* didapatkan bahwa *p value* 1,000 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan faktor preeklamsia/eklamsia dengan kejadian BBLR dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil penelitian juga ditemukan bahwa sebanyak 14 bayi (10,1%) tidak mengalami BBLR namun jika ditinjau dari riwayat ibu ternyata ibu mengalami preeklamsia/eklamsia. Terdapat 64 bayi (46,4%) dengan BBLR namun ketika ditinjau riwayat ibu ternyata ibu tidak mengalami preeklamsia/eklamsia. Dari hasil yang didapatkan ini ternyata dalam penelitian ini tidak semua ibu yang mengalami preeklamsia/eklamsia akan melahirkan anak dengan BBLR dibuktikan dengan sebanyak 10,1% ibu preeklamsia/eklamsia melahirkan anak yang dengan berat badan normal dan sebanyak 46,4% ibu yang tidak preeklamsia/eklamsia

namun melahirkan anak dengan kondisi berat dibawah 2500 gram. Hasil penelitian ini jelas menunjukkan hasil yang tidak ada hubungan preeklamsia/eklamsia dengan kejadian bayi BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

5.3. Hubungan Jarak Kehamilan dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 50 responden yang memiliki jarak kehamilan beresiko mayoritas BBLR sebanyak 34 orang (24,6%). Dari 88 responden yang memiliki jarak kehamilan tidak beresiko mayoritas BBLR sebanyak 68 orang (49,3%). Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,322 < 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 0,625 > 1$ yang berarti bahwa jarak kehamilan merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 0,6 kali lipat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Monita, dkk. Hubungan usia, jarak kehamilan dan kadar hemoglobin hamil ibu dengan BBLR di Rumah Sakit Umum Arifin Achmad Provinsi Riau. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah semua ibu melahirkan selama 2014 di Rumah Sakit Permata Arifin Achmad Provinsi Riau. Ada 90 subjek dengan usia ibu yang berisiko sebesar 36 ibu (40%), ibu memiliki rentang risiko lahir oleh 20 ibu (22,2%), ibu menderita anemia sebanyak 16 ibu (17,8%) dan bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah adalah 42 bayi (46,7%). Hasil uji statistik ibu kategori umur berisiko, nilai $p = 0,001$ berarti korelasi yang

signifikan antara usia dan kejadian berat lahir rendah. Kategori hasil uji statistik spacing memiliki nilai $p = 0,932$ dan kategori tingkat hemoglobin (Hb) ibu hamil memiliki nilai $p = 0,985$ berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak kelahiran dan ibu konsentrasi hemoglobin dengan BBLR (17).

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan berkaitan dengan risiko kehamilan perempuan adalah usia dan jarak kehamilan. Jarak kehamilan yang terlalu dekat, membawa kemungkinan risiko bagi ibu dan bayinya cukup tinggi. Persalinan pada anak pertama memiliki risiko cukup tinggi sehingga perlu hati-hati dan melakukan persiapan yang baik. Risiko kelahiran yang tinggi tentu harus dibarengi dengan kesehatan yang baik dan pengelolaan kelahiran yang baik dari tim kedokteran yang mengikuti kemajuan teknologi kedokteran.

Dari statistik juga diketahui, persalinan dan kehamilan kedua risikonya kurang lebih sama dengan yang pertama. Jika yang pertama bisa dilampaui dengan baik, kelahiran kedua bisa dilalui dengan baik pula. Karena itu perlu record, pencatatan dari proses kelahiran yang pertama untuk dijadikan rujukan pada kelahiran berikutnya. Risiko kelahiran meningkat pada kehamilan ketiga dan seterusnya. Karena jaringan rahim dan alat reproduksi lainnya mengalami penurunan elastisitasnya. Otot-otot mengalami kelemahan. Biasanya risiko kehamilan makin meningkat, oleh karena itu perencanaan kehamilan harus direncanakan sejak awal. Terkait dengan jumlah dan jarak kehamilan, keluarga berencana memiliki rumus 3335 yang artinya tiga (3) jumlah anak, tiga (3) tahun jarak kehamilan, tiga lima (35) usia terakhir melahirkan (41).

Menurut peneliti, jarak kehamilan sangat perlu dipantau untuk sebuah kehamilan dan persalinan, meskipun dalam penelitian ini jarak kehamilan tidak memberikan pengaruh terhadap kejadian BBLR namun jarak kehamilan harus senantiasa dijaga dan dilakukan perencanaan kehamilan karena ia dapat menyebabkan komplikasi dan risiko yang lain selain BBLR. Hasil penelitian yang telah didapatkan bahwa dari 102 responden BBLR hanya 34 responden yang memiliki jarak kehamilan beresiko artinya mayoritas tidak memiliki jarak kehamilan beresiko namun mengalami BBLR, kemungkinan penyebab BBLR bisa dipengaruhi oleh faktor yang lain yang lebih mendominasi.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 16 bayi (11,6%) tidak BBLR namun ketika ditinjau jarak kehamilan terjadi jarak kehamilan berada pada kategori beresiko. Sebanyak 68 bayi (49,3%) mengalami BBLR dan jarak kehamilan berada pada kategori tidak beresiko, nilai ini lebih tinggi dibanding bayi yang tidak BBLR yaitu 20 bayi (14,5%). Jika dipandang dari teori, seharusnya ibu yang tidak beresiko jarak kehamilan akan melahirkan bayi tidak BBLR, namun berbeda dengan hasil penelitian yang didapatkan, sehingga jelas dalam penelitian ini tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan kejadian bayi BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

5.4. Hubungan Riwayat Kelahiran Prematur dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 103 responden yang riwayat kelahiran prematur pada kategori ada mayoritas BBLR sebanyak 82 orang (59,4%). Dari 35 responden yang riwayat kelahiran prematur pada kategori tidak ada mayoritas BBLR sebanyak 20 orang (14,5%). Hasil uji bivariat menggunakan

Chi-Square diperoleh *p-value* sebesar $0,017 < 0,05$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat kelahiran prematur dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 2,929 > 1$ yang berarti bahwa riwayat kelahiran prematur merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebesar 2,9 kali lipat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Septiani, Rini. Faktor maternal yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Indonesia. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan data sekunder, yakni Riskesdas 2013. Sampel penelitian ini sebanyak 25.186 anak yang lahir pada tahun 2010-2013 yang telah memenuhi kriteria penelitian. Kemaknaan hubungan dilihat menggunakan tingkat kepercayaan 95% *Confidence Interval* (CI) yang diperoleh dari uji *chisquare*. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa prevalensi BBLR pada anak yang lahir tahun 2010-2013 mencapai 5,2%. Adapun usia ibu melahirkan, tingkat pendidikan ibu, jumlah kunjungan ANC, usia gestasi, konsumsi tablet Fe, paritas, dan riwayat melahirkan BBLR berhubungan signifikan dengan kejadian BBLR (19).

Penelitian Meihartati. Faktor ibu yang berhubungan dengan terjadinya BBLR di Rumah Sakit Umum Daerah Andi Abdurrahman Noor Tanah Bumbu tahun 2015. Variabel bebas yang diteliti yaitu faktor ibu yang terdiri dari umur, jarak kelahiran, paritas, pekerjaan dan preeklampsia sedangkan variabel terikatnya adalah BBLR, metode dalam penelitian ini bersifat Analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, populasi pada penelitian ini ibu bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah

Andi Abdurrahman Noor Tanah Bumbu tahun 2015 sebanyak 2753 persalinan sedangkan sampelnya 98 orang yang diambil menggunakan teknik sistematik random sampling, data diolah dan dilakukan analisa univariat dan bivariat, setelah dilakukan uji statistik chi kuadrat dari 5 variabel yang diteliti didapatkan 3 variabel yang mempunyai hubungan dengan kejadian BBLR yaitu jarak kelahiran, paritas dan pre-eklampsia (20).

Riwayat kelahiran prematur merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko kelahiran prematur pada kehamilan selanjutnya. Pelayanan ANC yang baik sangat penting dalam mencegah persalinan preterm. Perintah untuk *bed rest* dan tidak melakukan hubungan seksual sebaiknya diberikan pada pasien risiko tinggi (42).

Menurut peneliti, riwayat kelahiran prematur sebelumnya sangat mempengaruhi kelahiran prematur yang seterusnya hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa p value = 0,017 yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat kelahiran prematur dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Dari 102 responden BBR 82 responden diantaranya merupakan memiliki riwayat kelahiran prematur sebelumnya dan hanya 20 responden yang tidak memiliki riwayat kelahiran prematur sebelumnya, ini artinya dalam penelitian ini responden yang memiliki riwayat kelahiran prematur 4 kali lipat lebih banyak dibandingkan responden yang tidak memiliki riwayat prematur.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 102 bayi (73,9%) yang mengalami BBLR 82 bayi diantaranya ibu memiliki riwayat kelahiran

prematurnya sebelumnya dan hanya 20 bayi (14,5%) yang ibunya tidak memiliki riwayat kelahiran prematur. Ini artinya sangat jelas dan hasil menunjukkan kesesuaian antara hasil penelitian dengan teori-teori para ahli bahwa riwayat kelahiran prematur menyumbang risiko besar terhadap kelahiran prematur selanjutnya. Oleh karena itu, ibu yang memiliki riwayat kelahiran prematur harus senantiasa menjaga kehamilan dengan baik agar hal tersebut tidak terulang kembali.

5.5. Hubungan Kehamilan Ganda dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 16 responden dengan kehamilan ganda mayoritas BBLR sebanyak 16 orang (11,6%). Dari 122 responden tidak ada kehamilan ganda mayoritas BBLR sebanyak 86 orang (62,3%). Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh *p-value* sebesar $0,026 < 0,05$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 2,419 > 1$ yang berarti bahwa kehamilan ganda merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 2,4 kali lipat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Susilowati, dkk. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR pada neonatus yang dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Januari 2015-Juli 2016. Jenis penelitian ialah deskriptif retrospektif dengan metode survei lapangan. Sampel penelitian ialah pasien neonatus dengan BBLR yang dirawat di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada bulan Januari 2015- Juli 2016. Hasil penelitian memperlihatkan berdasarkan faktor risiko ibu (usia, paritas, infeksi,

kelahiran prematuritas, kehamilan ganda, dan riwayat BBLR sebelumnya), janin dan plasenta (kelainan bawaan), dan lingkungan (rokok dan alkohol) didapatkan faktor risiko tersering ialah prematuritas.

Kehamilan ganda sering juga disebut dengan kehamilan multipel yang ditandai dengan kehamilan yang lebih dari satu janin berkembang pada waktu bersamaan. Insiden kehamilan ganda yaitu kembar dua terjadi 1 dalam 89 kehamilan, kembar tiga terjadi 1 dalam 89^2 (7.921) kehamilan, kembar empat terjadi 1 dalam 89^3 (704.969) kehamilan, kembar lima terjadi 1 dalam 89^4 (62.742.241) kehamilan. Dua mekanisme dasar yang menyebabkan kehamilan ganda yaitu pembelahan tidak biasa dari satu ovum yang dibuahi dan pembuahan dari satu ovum pada waktu yang bersamaan atau hampir bersamaan (43).

Bila satu ovum membelah untuk membentuk lebih dari satu bayi, semua janin akan memiliki pola kromosom yang sama dan karenanya akan identik, memiliki satu plasenta dan satu khorion, walaupun masing-masing mempunyai kantung amnion. Insiden kembar identik tidak berhubungan dengan usia maternal, keturunan dan jumlah anak sebelumnya. Bila dua ovum dilepaskan dan dibuahi sperma yang berlainan, janin akan berbeda dan disebut fraternal. Masing-masing akan memiliki plasenta, khorion dan kantung amnion. Sekitar 75% kembar adalah fraternal. Insiden ini lebih tinggi pada ibu yang berusia tua dan yang telah mengalami lebih dari dua kali kehamilan dan yang memiliki keturunan kembar (43).

Menurut peneliti, kehamilan ganda memberikan risiko pada kejadian BBLR karena mayoritas ibu yang melahirkan anak kembar memiliki berat bayi lahir

dibawah 2500 gram karena ibu mengandung dua atau lebih bayi dalam satu periode kehamilan, hal ini dapat dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa $p \text{ value} = 0,026$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kehaamilan ganda dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa dari 16 responden yang lahir dengan diagnosa kehamilan ganda maka seluruhnya memiliki berat di bawah 2500 gram dengan arti lahir dengan BBLR. Ini dapat disimpulkan bahwa 100% bayi yang dilahirkan dengan diagnosa gamelli di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019 mengalami berat dibawah 2500 gram atau sering disebut dengan BBLR.

5.6. Hubungan Ketuban Pecah Dini dengan Kejadian BBLR

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 86 responden dengan ketuban pecah dini mayoritas BBLR sebanyak 66 orang (47,8%). Dari 52 responden tidak ada ketuban pecah diniseimbang jumlah antara BBLR dan tidak BBLR dengan masing-masing sebanyak 36 orang (26,1%). Hasil uji bivariat menggunakan *Chi-Square* diperoleh $p\text{-value}$ sebesar $0,439 < 0,05$ artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019. Nilai $OR = 1,467 > 1$ yang berarti bahwa ketuban pecah dini merupakan faktor yang dapat meningkatkan Kejadian BBLR sebanyak 1,4 kali lipat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Septiani, Rini (2015). Faktor maternal yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Indonesia. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian ini menggunakan

data sekunder, yakni Riskesdas 2013. Sampel penelitian ini sebanyak 25.186 anak yang lahir pada tahun 2010-2013 yang telah memenuhi kriteria penelitian. Kemaknaan hubungan dilihat menggunakan tingkat kepercayaan 95% *Confidence Interval* (CI) yang diperoleh dari uji *chisquare*. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa prevalensi BBLR pada anak yang lahir tahun 2010-2013 mencapai 5,2%. Adapun usia ibu melahirkan, tingkat pendidikan ibu, jumlah kunjungan ANC, usia gestasi, konsumsi tablet Fe, paritas, dan riwayat melahirkan BBLR berhubungan signifikan dengan kejadian BBLR (19).

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini adalah hami aterm diatas 37 minggu sedangkan dibawah 36 minggu insiden tidak terlalu banyak dijumpai. Ketuban pecah dini merupakan masalah kontroversi obstetri. Sebab terjadinya ketuban pech dini yaitu serviks inkompeten, aktor keturunan, pengaruh dari luar yang melemahkan ketuban, grandemultipara, overdistensi, sefalopelvik disproporsi, kelainan letak dan pendular abdomen (44).

Menurut peneliti, ketuban pecah dini tidak memberikan risiko yang signifikan dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019 yang dibuktikan dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh peneliti dengan $p\ value = 0,439 > 0,05$. Dari 102 BBLR terdapat 66 kasus dengan diagnosa ketuban pecah dini dan 36 kasus tidak mengalami ketuban pecah dini. Dari 36 bayi tidak BBLR terdapat 20 kasus ketuban pecah dini dan 16 kasus tidak mengalami ketuban pecah dini. Kesimpulan yang dapt ditarik dari hasil peneitian ini antara bayi dengan BBLR dan tidak BBLR sama-sama memilikiriwayat

ketuban pecah dini lebih tinggi dibandingkan yang tidak mengalami ketuban pecah dini, artinya tidak memberi hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR karena umumnya ketuban pecah dini terjadi pada masa kehamilan lebih dari 37 minggu.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang tidak mengalami Ketuban Pecah dini memiliki jumlah yang sama antara melahirkan bayi BBLR dan tidak BBLR yaitu masing-masing 36 bayi (26,1%). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan jumlah antara BBLR dan tidak BBLR. Terdapat 20 bayi (14,5%) tidak BBLR namun ibu memiliki diagnosa Ketuban Pecah Dini. Dari hasil penelitian yang didapatkan dalam penelitian ini terlihat jelas bahwa ketuban pecah dini tidak memberikan risiko terhadap kejadian bayi BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.

BAB VI

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan disajikan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara umur ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 2) Tidak terdapat hubungan antara preeklamsia/eklamsia dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 3) Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jarak kehamilan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 4) Terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat kelahiran prematur dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 5) Terdapat hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 6) Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019.
- 7) Variabel yang paling dominan berhubungan dengan Kejadian BBLR adalah variabel riwayat kelahiran prematur.

6.2. Saran

1. Kepada Responden

Diharapkan dapat menambah informasi serta wawasan tentang bayi berat lahir rendah (BBLR), ketuban pecah dini (KPD) serta hubungannya agar dapat mengetahui upaya pencegahannya serta memiliki kesadaran untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin di sarana pelayanan kesehatan, dengan harapan angka kematian neonatus dapat berkurang.

2. Kepada Pemerintah Kota Langkat

Disarankan kepada pemerintahan Kota Langkat agar hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan pemerintah di Wilayah Langkat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terkait dengan peningkatan kesehatan dan pencegahan kejadian BBLR.

3. Kepada Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi perpustakaan dan dapat dijadikan sebagai sumber data untuk menambah sumber referensi tentang faktor risiko BBLR terutama bagi mahasiswa.

4. Kepada Tenaga Kesehatan

Diharapkan dapat dijadikan bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan khususnya dalam pelayanan BBLR untuk meningkatkan pelayanan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan dan faktor risiko kejadian BBLR yaitu ditinjau dari :

a. Umur Ibu

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk menjaga usia kehamilan yang ideal yaitu 20-35 tahun guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

b. Preeklamsia/Eklamsia

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk menjaga kehamilan dengan rutin melakukan pemeriksaan kehamilan untuk mendeteksi secara dini kejadian preeklamsia/eklamsia sehingga dapat melakukan pencegahan guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

c. Jarak Kehamilan

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk menjaga jarak kehamilan yang ideal yaitu 2-5 tahun guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

d. Kehamilan Ganda

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk rutin memeriksakan kehamilan, jika terdiagnosa kehamilan ganda maka tenaga kesehatan harus memberikan edukasi cara menjaga kehamilan ganda yang baik guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

e. Riwayat Kelahiran Prematur

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk riwayat kelahiran prematur dengan menghindari faktor penyebabnya guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

f. Ketuban Pecah Dini

Agar tenaga kesehatan mempromosikan dan mensosialisasikan kepada masyarakat untuk mencegah kejadian ketuban pecah dini guna meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah terjadinya kelahiran bayi dengan BBLR

5. Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti lain yang ingin melanjutkan penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang faktor risiko BBLR serta bisa menjadi referensi ilmiah yang mungkin bisa menjadi dasar terbaru untuk kemudian dikembangkan dalam penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Maryunani A, Nurhayati. Buku Saku Asuhan Bayi Baru Lahir Normal (Asuhan Neonatal). Jakarta: Trans Info Media; 2008.
2. Kosim. Buku Ajar Neonatologi. Jakarta: Badan Penerbit Idai; 2012.
3. Maulana Hdj. Seluk Beluk Merawat Bayi Dan Balita Sebuah Panduan Tepat Guna Untuk Ibu-Ibu Di Rumah. Yogyakarta: Geraiilmu; 2009.
4. Surasmi A, Handayani S, Kusuma H. Perawatan Bayi Risiko Tinggi. Jakarta: Egc; 2003.
5. Roesli U. Pedoman Pijat Bayi Prematur & Bayi Usia 0-3 Bulan. Niaga Swadaya; 2001.
6. Purnamaningrum Y. Penyakit Pada Neonatus, Bayi Dan Balita. Yogyakarta: Fitramaya; 2010.
7. Ri Dk. Kumpulan Buku Acuan Kesehatan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Bakti Husada; 2009.
8. Trihardiani I, Trihardiani I. Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur Dan Utara Kota Singkawang. Diponegoro University; 2011.
9. Maryunani A. Asuhan Kegawatdaruratan Dan Penyulit Pada Neonatus. Jakarta Trans Info Media. 2009;
10. Proverawati, Ismawati. Berat Bayi Lahir Rendah. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
11. Nugroho Pmc, Dewiyanti L, Rohmani A. Tingkat Keparahan Asfiksia Neonatorum Pada Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr). 2013;2:43–6.
12. Kesehatan K. Hasil Utama Riskesdas 2018. 2018;
13. Ri Mk. Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018. 2018;
14. Kesehatan K, Indonesia R. Profil Kesehatan Indonesia.
15. Kurniawati L. Hubungan Pre Eklampsia Dengan Kelahiran Berat Bayi Lahir Rendah (Bblr) Di Rsud Sragen. 2010;
16. Purwaningsih Pa. Paritas Ibu Bersalin Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Di Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta. 2012;
17. Faradilla M, Suhaimi D, Ernalisa Y. Hubungan Usia, Jarak Kelahiran Dan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah Di Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau. 2014;
18. Nursaputri S. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Badan Rendah (Bblr) Pada Wanita Hipertiroid Kehamilan Di Kabupaten Magelang Tahun 2014. Universitas Negeri Semarang; 2015.
19. Septiani R. Faktor Maternal Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas 2013). 2015.
20. Mahmudah U, Cahyati Wh, Wahyuningsih As. Faktor Ibu Dan Bayi Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kematian Perinatal. Kemas J Kesehat Masy. 2011;7(1):41–50.
21. Meliati L. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Persalinan Prematur Di Rsup Ntb Tahun 2013. J Kesehat Prima. 2018;8(2):1298–307.
22. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi Cetakan

- Kedua. Jakarta: Rhineka Cipta; 2012.
23. Silviana I. Hubungan Pengetahuan Ibu Tentang Penyakit Ispa Dengan Perilaku Pencegahan Ispa Pada Balita Di Phpt Muara Angke Jakarta Utara: 2014. Vol 11 No 3. Diakses 05 Maret 2016. In: Forum Ilmiah. 2014. P. 402–11.
 24. Budisantoso Si. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Partisipasi Pria Dalam Keluarga Berencana Di Kecamatan Jetis Kabupaten Bantul Tahun 2008. Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro; 2008.
 25. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta. 2012;45–62.
 26. Saptiningsih Nm, Kep M, Mb Sk, Yosi N, Wijaya M, Kep S, Et Al. No Title. 2013;(2009).
 27. Syaifuddin A. Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya. Pustaka Pelajar, Yogyakarta; 1995.
 28. Gunawan I, Palupi Ar. Taksonomi Bloom–Revisi Ranah Kognitif: Kerangka Landasan Untuk Pembelajaran, Pengajaran, Dan Penilaian. Prem Educ J Pendidik Dasar Dan Pembelajaran. 2016;2(2).
 29. Sistiarani C. Faktor Maternal Dan Kualitas Pelayanan Antenatal Yang Berisiko Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Studi Pada Ibu Yang Periksa Hamil Ke Tenaga Kesehatan Dan Melahirkan Di Rsud Banyumas Minat. 2008;
 30. Rukiyah Ay, Yulianti L. Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita. Jakarta Trans Info Media. 2010;
 31. Purwoastuti E, Walyani Es. Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal. Yogyakarta: Pustakabarupress; 2015.
 32. Sudarti, Fauziah A. Asuhan Neonatus Risiko Tinggi Dan Kegawatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2013.
 33. Harlyn Li. Uji Hipotesis. Stat Univ Brawijaya. 2012;
 34. Swarjana Ik, Skm Mph. Metodologi Penelitian Kesehatan. Penerbit Andi; 2012.
 35. Wahyuni Y. Metodologi Penelitian Bisnis Bidang Kesehatan. Fitramaya, Yogyakarta, Hal. 2009;103–7.
 36. Sosiologi Saya. Pengolahan Data Kuantitatif Dalam Penelitian Sosial [Internet]. 2019. Available From: [Http://Www.Ssbelajar.Net/2012/11/Pengolahan-Data-Kuantitatif.Html](http://Www.Ssbelajar.Net/2012/11/Pengolahan-Data-Kuantitatif.Html)
 37. Hidayat Aa. Metode Penelitian Keperawatan Dan Tehnik Analisa Data. Jakarta Salemba Med. 2009;
 38. Dahlan Ms. Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan. Penerbit Salemba; 2011.
 39. Budiman Ra, Juhaeriah J, Gina H. Faktor Ibu Yang Berhubungan Dengan Berat Badan Bayi Lahir Di Puskesmas Garuda Tahun 2010. J Kesehat Kartika. 2010;1:1–12.
 40. Lalenoh Dc. Preeklamsia Berat Dan Eklamsia, Tatalaksana Anastesia Perioperatif. Yogyakarta: Deepublish; 2018.
 41. Cholil A. A To Z 26 Kita Menata Keluarga. Jakarta: Pt Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia Jakarta; 2007.

42. Sagita Dharma. Kehamilan, Persalinan, Bayi Preterm Dan Postterm Disertai Evidence Based. Jakarta: Noerfikri; 2017.
43. Persis Mary Hamilton. Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas. Jakarta: Egc; 1995.
44. Manuaba Ibg. Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Onstetri Ginekologi Dan Kb. Jakarta: Egc; 2001.



**ANALISIS FAKTOR RESIKO KEJADIAN BAYI
BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI RUMAH SAKIT UMUM DELIA
LANGKAT TAHUN 2019**

PANDUAN CHECKLIST

No. Responden

A. Identitas Reponden

Nama Inisial : _____
Umur : _____ Tahun
Pendidikan : Dasar Menengah Tinggi
Pekerjaan : Bekerja Tidak bekerja

B. Variabel Independen

Umur ibu : Berisiko Tidak Berisiko
Preeklamsia/Eklamsia : Eklamsi Tidak eklamsi
Jarak Kehamilan : < 2 tahun > 2 tahun
Riwayat prematur sebelumnya : Ada Tidak ada
Kehamilan ganda : Ada Tidak ada
Ketuban Pecah Dini : Ada Tidak ada



**ANALISIS FAKTORRESIKO KEJADIAN BAYI
BERAT BADANLAHIR RENDAH
DI RUMAH SAKIT UMUM DELIA
LANGKAT TAHUN 2019**

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Assalamualaikum Wr. Wb

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Devi Aprianti

Nim : 1702011017

Alamat : Binjai

Pekerjaan : Mahasiswi Institut Kesehatan Helvetia

Dengan ini saya menjelaskan kepada saudara bahwa saya akan melakukan penelitian untuk menyusun tesis sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat dengan judul "**Analisis Faktor Resiko Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat tahun 2019**". Untuk ini saya memerlukan data dan informasi yang nyata dari ibu. Oleh sebab itu saya mohon kesediaan ibu berkenan untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara mengisi kuesioner penelitian ini.

Demikian penjelasan tentang maksud dan tujuan tentang penelitian ini. Atas perhatian dan kerjasama yang baik saya ucapkan terimakasih.

Medan, / / 2019

Peneliti

Devi Aprianti

Nim :1702011017



ANALISIS FAKTOR RESIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADANLAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT UMUM DELIA LANGKAT TAHUN 2019

LEMBAR PERSETUJUANMENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Dengan sungguh-sungguhnya bersedia memberikan informasi yang sebenarnya sebagaimana saya ketahui untuk keperluan penelitian yang dilakukan oleh DEVI APRIANTI (1702011017) mahasiswi Institut Kesehatan Helvetia tentang **“Analisis Faktor Resiko Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Delia Langkat Tahun 2019”**.

Saya mengetahui bahwa penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di IPnstitut Kesehatan Helvetia. Penelitian ini bermanfaat untuk pengembangan dan kemajuan praktek ilmu kebidanan, pendidikan ilmu kebidanan dan penelitian kebidanan.

Untuk keperluan tersebut saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Kebersediaan saya dapat dibuktikan dengan partisipasi saya menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan saya dalam penelitian ini.

Langkat, / /2019
Responden

()

MASTER DATA PENELITIAN

LAMPIRAN 4

RESP	UMUR	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	UMUR IBU			EKLAMPSIA / PREEKLAMPSIA			JARAK KEHAMILAN			RIWAYAT PREMATUR			KEHAMILAN GANDA			KETUBAN PECAH DINI			BBLR	KODE
				RESIKO	TIDAK RESIKO	KODE	EKLAMPSIA	TIDAK EKLAMPSIA	KODE	ADA	TIDAK ADA	KODE	ADA	TIDAK ADA	KODE	ADA	TIDAK ADA	KODE	ADA	TIDAK ADA	KODE		
1	35	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
2	19	SI	PETANI	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Tidak	2
3	22	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
4	30	SMA	PETANI		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
5	23	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
6	36	SI	BURUH PABRIK	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
7	37	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
8	18	SI	IRT	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
9	30	SI	GURU	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
10	25	SMA	PETANI		✓	2		✓	2		✓	2	✓		2		✓	2	✓		1	Tidak	2
11	34	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
12	27	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		2		✓	2		✓	2	Tidak	2
13	42	SI	IRT	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
14	39	SMA	KARYAWAN	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
15	34	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
16	17	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
17	32	SMA	BURUH PABRIK		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Tidak	2
18	18	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
19	26	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
20	43	SI	PETANI	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
21	20	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
22	24	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
23	17	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
24	32	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
25	16	SI	IRT	✓		1		✓	2	✓		2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
26	35	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		2		✓	2		✓	2	Tidak	2
27	33	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		2	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
28	18	SI	IRT	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
29	33	SI	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
30	26	DIII	PERAWAT		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2

31	21	SI	PETANI		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
32	16	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
33	15	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
34	26	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
35	22	SMA	KARYAWAN		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Tidak	2
36	17	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
37	24	DIII	BIDAN		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
38	21	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
39	23	SMA	KARYAWAN		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
40	37	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
41	44	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
42	35	S1	GURU		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
43	38	S1	KARYAWAN	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
44	25	DIII	PERAWAT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
45	36	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
46	28	S1	GURU		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
47	26	DIV	BIDAN		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
48	18	SMA	PETANI	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
49	23	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
50	34	SI	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
51	20	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
52	18	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
53	17	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
54	15	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
55	21	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
56	35	S1	PNS		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
57	19	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
58	27	DIII	BIDAN		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Tidak	2
59	37	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
60	28	S1	PNS		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1

61	20	SMA	KARYAWAN		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
62	20	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
63	24	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
64	33	S1	PNS		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
65	23	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
66	26	DIII	PERAWAT		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
67	22	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
68	28	S1	GURU		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
69	30	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
70	20	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
71	32	DIII	PERAWAT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
72	18	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
73	26	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
74	21	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
75	25	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
76	24	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
77	23	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
78	35	DIII	PERAWAT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
79	27	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
80	32	S1	PNS		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
81	18	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
82	29	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2	Tidak	2
83	21	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
84	25	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
85	28	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
86	26	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Tidak	2
87	21	SI	PETANI		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
88	23	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
89	34	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
90	33	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2

91	32	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
92	22	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
93	26	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
94	33	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Tidak	2
95	29	SI	BURUH PABRIK		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1	Ya	1
96	20	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
97	36	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
98	25	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
99	20	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
100	30	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Tidak	2
101	20	SI	PETANI		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
102	20	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
103	17	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
104	40	SI	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
105	38	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
106	30	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	Ya	1
107	30	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
108	22	SI	PETANI		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
109	25	SMA	BURUH PABRIK		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
110	20	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
111	24	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
112	36	SMA	PEDAGANG	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
113	39	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
114	26	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
115	21	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
116	40	SMA	PETANI	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
117	17	SI	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
118	39	SMA	IRT	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
119	24	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
120	21	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1

121	30	SMA	PEDAGANG		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
122	27	SI	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
123	24	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
124	25	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1	Ya	1
125	25	SMA	IRT		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
126	25	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
127	36	SMA	PETANI	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
128	21	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
129	41	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
130	31	SMA	IRT		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
131	20	SI	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
132	36	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
133	17	SMA	IRT	✓		1		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
134	23	SI	PETANI		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2		✓	2	Ya	1
135	23	SMA	IRT		✓	2		✓	2	✓		1	✓		1		✓	2		✓	2	Ya	1
136	18	SI	IRT	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	✓		1	✓		1	Ya	1
137	20	SMA	IRT		✓	2		✓	2		✓	2	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1
138	40	SMA	IRT	✓		1	✓		1	✓		1	✓		1		✓	2	✓		1	Ya	1

Frequency Table

UMUR IBU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG 20 TAHUN	21	15.2	15.2	15.2
	20-35 TAHUN	96	69.6	69.6	84.8
	LEBIH 35 TAHUN	21	15.2	15.2	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

KATEGORI UMUR IBU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RESIKO	42	30.4	30.4	30.4
	TIDAK RESIKO	96	69.6	69.6	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

PENDIDIKAN IBU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DASAR	53	38.4	38.4	38.4
	MENENGAH	68	49.3	49.3	87.7
	TINGGI	17	12.3	12.3	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

PEKERJAAN IBU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	99	71.7	71.7	71.7
	PETANI	12	8.7	8.7	80.4
	BURUH PABRIK	4	2.9	2.9	83.3
	GURU	4	2.9	2.9	86.2
	KARYAWAN	5	3.6	3.6	89.9
	PERAWAT	5	3.6	3.6	93.5
	BIDAN	3	2.2	2.2	95.7
	PNS	4	2.9	2.9	98.6
	PEDAGANG	2	1.4	1.4	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

PRE-EKLAMPSIA/ EKLAMPSIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	52	37.7	37.7	37.7
	TIDAK ADA	86	62.3	62.3	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

JARAK KEHAMILAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	RESIKO	50	36.2	36.2	36.2
	TIDAK RESIKO	88	63.8	63.8	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

RIWAYAT KELAHIRAN PREMATUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	103	74.6	74.6	74.6
	TIDAK ADA	35	25.4	25.4	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

KEHAMILAN GANDA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	YA	16	11.6	11.6	11.6
	TIDAK ADA	122	88.4	88.4	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

KETUBAN PECAH DINI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	86	62.3	62.3	62.3
	TIDAK ADA	52	37.7	37.7	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	102	73.9	73.9	73.9
	TIDAK BBLR	36	26.1	26.1	100.0
	Total	138	100.0	100.0	

TABEL TABULASI SILANG (CROSSTABS)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BBLR * KATEGORI UMUR IBU	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%
BBLR * PRE-EKLAMSIA/ EKLAMSIA	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%
BBLR * JARAK KEHAMILAN	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%
BBLR * RIWAYAT KELAHIRAN PREMATUR	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%
BBLR * KEHAMILAN GANDA	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%
BBLR * KETUBAN PECAH DINI	138	100.0%	0	.0%	138	100.0%

BBLR * KATEGORI UMUR IBU

Crosstab

Count

		KATEGORI UMUR IBU		Total
		RESIKO	TIDAK RESIKO	
BBLR	BBLR	32	70	102
	TIDAK BBLR	10	26	36
Total		42	96	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.162 ^a	1	.687		
Continuity Correction ^b	.037	1	.847		
Likelihood Ratio	.164	1	.685		
Fisher's Exact Test				.834	.429
Linear-by-Linear Association	.161	1	.688		
N of Valid Cases	138				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	.162	1	.687
Mantel-Haenszel	.037	1	.848

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			1.189
ln(Estimate)			.173
Std. Error of ln(Estimate)			.429
Asymp. Sig. (2-sided)			.687
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.513
		Upper Bound	2.755
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.668
		Upper Bound	1.013

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

BBLR * PRE-EKLAMSIA/ EKLAMSIA

Crosstab

Count

		PRE-EKLAMSIA/ EKLAMSIA		Total
		ADA	TIDAK ADA	
BBLR	BBLR	38	64	102
	TIDAK BBLR	14	22	36
Total		52	86	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.030 ^a	1	.862		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		

Likelihood Ratio	.030	1	.862		
Fisher's Exact Test				1.000	.507
Linear-by-Linear Association	.030	1	.862		
N of Valid Cases	138				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	.030	1	.862
Mantel-Haenszel	.001	1	.979

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate		.933	
ln(Estimate)		-.069	
Std. Error of ln(Estimate)		.399	
Asymp. Sig. (2-sided)		.862	
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.427
		Upper Bound	2.038
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-.850
		Upper Bound	.712

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

BBLR * JARAK KEHAMILAN

Crosstab

Count

		JARAK KEHAMILAN		Total
		RESIKO	TIDAK RESIKO	
BBLR	BBLR	34	68	102
	TIDAK BBLR	16	20	36
Total		50	88	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.422 ^a	1	.233	.313	.161
Continuity Correction ^b	.982	1	.322		
Likelihood Ratio	1.398	1	.237		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.412	1	.235		
N of Valid Cases	138				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	1.422	1	.233
Mantel-Haenszel	.974	1	.324

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			.625
ln(Estimate)			-.470
Std. Error of ln(Estimate)			.396
Asymp. Sig. (2-sided)			.235
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.288
		Upper Bound	1.358
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-1.246
		Upper Bound	.306

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

BBLR * RIWAYAT KELAHIRAN PREMATUR

Crosstab

Count

		RIWAYAT KELAHIRAN PREMATUR		Total
		ADA	TIDAK ADA	
BBLR	BBLR	82	20	102
	TIDAK BBLR	21	15	36
Total		103	35	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.840 ^a	1	.009		
Continuity Correction ^b	5.724	1	.017		
Likelihood Ratio	6.428	1	.011		
Fisher's Exact Test				.014	.010
Linear-by-Linear Association	6.790	1	.009		
N of Valid Cases	138				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	
Tarone's	.000	0	

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.840	1	.009
Mantel-Haenszel	5.683	1	.017

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			2.929
ln(Estimate)			1.075
Std. Error of ln(Estimate)			.420
Asymp. Sig. (2-sided)			.011
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	1.285
		Upper Bound	6.672
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	.251
		Upper Bound	1.898

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

BBLR * KEHAMILAN GANDA

Crosstab

Count

		KEHAMILAN GANDA		Total
		YA	TIDAK ADA	
BBLR	BBLR	16	86	102
	TIDAK BBLR	0	36	36
Total		16	122	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.388 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	4.949	1	.026		
Likelihood Ratio	10.394	1	.001		
Fisher's Exact Test				.012	.006
Linear-by-Linear Association	6.341	1	.012		
N of Valid Cases	138				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,17.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.	.	.
Tarone's	.	.	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	6.388	1	.011
Mantel-Haenszel	4.913	1	.027

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate		a
ln(Estimate)		.
Std. Error of ln(Estimate)		.
Asymp. Sig. (2-sided)		.
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	.
	Lower Bound	.
	Upper Bound	.
	ln(Common Odds Ratio)	.
	Lower Bound	.
	Upper Bound	.

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

a. Every stratum is such that the first group's second response outcome is 0 or the second group's first response outcome is 0.

BBLR * KETUBAN PECAH DINI

Crosstab

Count

		KETUBAN PECAH DINI		Total
		ADA	TIDAK ADA	
BBLR	BBLR	66	36	102
	TIDAK BBLR	20	16	36
Total		86	52	138

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.949 ^a	1	.330		
Continuity Correction ^b	.599	1	.439		
Likelihood Ratio	.937	1	.333		
Fisher's Exact Test				.424	.219
Linear-by-Linear Association	.942	1	.332		
N of Valid Cases	138				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,57.

b. Computed only for a 2x2 table

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	.
Tarone's	.000	0	.

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	.949	1	.330
Mantel-Haenszel	.595	1	.441

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate				1.467
ln(Estimate)				.383
Std. Error of ln(Estimate)				.394
Asymp. Sig. (2-sided)				.331
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound		.677
		Upper Bound		3.176
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound		-.390
		Upper Bound		1.156

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1,000 assumption. So is the natural log of the estimate.

Logistic Regression BERGANDA TAHAP PERTAMA

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	138	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	138	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		138	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
BBLR	0
TIDAK BBLR	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			BBLR		Percentage Correct
			BBLR	TIDAK BBLR	
Step 0	BBLR	BBLR	102	0	100.0
		TIDAK BBLR	36	0	.0
		Overall Percentage			73.9

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.041	.194	28.860	1	.000	.353

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	KAT_JK	1.422	1	.233
		KAT_KEHAMILANGANDA	6.388	1	.011
		KAT_PREMATUR	6.840	1	.009
	Overall Statistics		12.969	3	.005

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	16.801	3	.001
	Block	16.801	3	.001
	Model	16.801	3	.001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	141.613 ^a	.115	.168

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		BBLR		Percentage Correct	
		BBLR	TIDAK BBLR		
Step 1	BBLR	BBLR	96	6	94.1
		TIDAK BBLR	28	8	22.2
	Overall Percentage				75.4

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	KAT_JK	-.557	.418	1.777	1	.183	.573	.253	1.300
	KAT_KEHAMILANGANDA	20.245	9910.550	.000	1	.998	6.196E8	.000	.
	KAT_PREMATUR	.885	.430	4.229	1	.040	2.423	1.042	5.634
	Constant	-41.615	19821.100	.000	1	.998	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: KAT_JK, KAT_KEHAMILANGANDA, KAT_PREMATUR.

Logistic Regression BERGANDA TAHAP KEDUA

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	138	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	138	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		138	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
BBLR	0
TIDAK BBLR	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			BBLR		Percentage Correct
			BBLR	TIDAK BBLR	
Step 0	BBLR	BBLR	102	0	100.0
		TIDAK BBLR	36	0	.0
Overall Percentage					73.9

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-1.041	.194	28.860	1	.000	.353

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	KAT_JK	1.422	1	.233
		KAT_PREMATUR	6.840	1	.009
Overall Statistics			7.811	2	.020

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	7.428	2	.024
	Block	7.428	2	.024
	Model	7.428	2	.024

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	150.987 ^a	.052	.077

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		BBLR		Percentage Correct	
		BBLR	TIDAK BBLR		
Step 1	BBLR	BBLR	102	0	100.0
		TIDAK BBLR	36	0	.0
Overall Percentage					73.9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 ^a	KAT_JK	-.408	.406	1.008	1	.315	.665	.300	1.475
	KAT_PREMATUR	1.047	.422	6.140	1	.013	2.848	1.245	6.518
	Constant	-1.743	.900	3.750	1	.053	.175		

a. Variable(s) entered on step 1: KAT_JK, KAT_PREMATUR.

Logistic Regression TAHAP KETIGA

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	138	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	138	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		138	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
BBLR	0
TIDAK BBLR	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		BBLR		Percentage Correct	
		BBLR	TIDAK BBLR		
Step 0	BBLR	BBLR	102	0	100.0
		TIDAK BBLR	36	0	.0
Overall Percentage					73.9

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-1.041	.194	28.860	1	.000	.353

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	KAT_PREMATUR	6.840	1	.009
		KAT_KEHAMILANGANDA	6.388	1	.011
Overall Statistics			11.413	2	.003

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	15.039	2	.001
	Block	15.039	2	.001
	Model	15.039	2	.001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	143.375 ^a	.103	.151

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Classification Table^a

Observed		Predicted			
		BBLR		Percentage Correct	
		BBLR	TIDAK BBLR		
Step 1	BBLR	BBLR	102	0	100.0
		TIDAK BBLR	36	0	.0
Overall Percentage					73.9

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	KAT_PREMATUR	.924	.426	4.693	1	.030	2.519	1.092	5.810
	KAT_KEHAMILANGAND A	20.123	9996.705	.000	1	.998	5.487E8	.000	.
	Constant	-42.330	19993.410	.000	1	.998	.000		

a. Variable(s) entered on step 1: KAT_PREMATUR, KAT_KEHAMILANGANDA.

DOKUMENTASI PENELITIAN









INSTITUT KESEHATAN HELVETIA
Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (061) 42984606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Ws: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

Nomor : 748 / EXT / DKM / FKM / IKH / VI / 2019
Lampiran :
Hal : Permohonan Survei Awal

Kepada Yth,
Pimpinan Rumah Sakit Delia Langkat
di-Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017

Yang bermaksud akan mengadakan survei/ wawancara/ menyebarkan angket/ observasi, dalam rangka memenuhi
kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN
MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-
keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun
Tesis dengan judul:

**ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT
DELIA LANGKAT TAHUN 2018**

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan ilmu
Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya setelah mahasiswa
bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan menyerahkan 1 (satu)
eksemplar Tesis yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, 25/10/2019

Hormat Kami,
DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

DR. ASTUTI, S.Kep., Ns., S.Pd., M.Kes.
NIDN. (0910027302)

Tembusan :
- Arsip



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (061) 42004606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 08126025108 | Line id: instituthelvetia

Nomor : 934/EXT/DKN/FRM/IKH/IX/2019
Lampiran :
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Pimpinan Rumah Sakit Delia Langkat
di-Tempat

Dengan hormat,
Bersama ini datang menghadap, mahasiswa Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA:

Nama : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017

Yang bermaksud akan mengadakan penelitian/ wawancara/ menyebar angket/ observasi, dalam rangka memenuhi kewajiban tugas-tugas dalam melakukan/ menyelesaikan studi pada Program Studi S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT di INSTITUT KESEHATAN HELVETIA.

Sehubungan dengan ini kami sangat mengharapkan bantuannya, agar dapat memberikan keterangan-keterangan, brosur-brosur, buku-buku, dan penjelasan lainnya yang akan digunakan dalam rangka menyusun Tesis dengan judul:

ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Segala bahan dan keterangan yang diperoleh akan digunakan semata-mata demi perkembangan Ilmu Pengetahuan dan tidak akan diumumkan atau diberitahukan pada pihak lain. Selanjutnya setelah mahasiswa bersangkutan yang akan menyelesaikan peninjauan/ riset/ wawancara, kami akan menyerahkan 1 (satu) eksemplar Tesis yang dibuat mahasiswa kami.

Atas bantuan dan kerja sama yang baik, Kami ucapkan terima kasih.

Medan, 5 - 11 - 2019

Hormat Kami,



DEVI APRIANTI, S.Kep., Ns., S.Pd., M.Kes.
KIDN. 109100273021

Terbhusan :
- Arsip



RUMAH SAKIT UMUM DELIA

"Kami Ada Demi Kesehatan Anda"

Sei Limbat, 06 November 2019.

Nomor : 386/RSUD/DIR/XI/2019

Lampiran : -

Perihal : Izin Survei Awal

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Institut Kesehatan Helvetia
di
Tempat

Dengan hormat,

Memahami maksud surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Nomor 748/EXT/DKN/FKM/IKH/VII/2019 perihal Permohonan Survei Awal, yang bertanda tangan dibawah ini Menerangkan bahwa,

Nama : Devi Aprianti

NPM : 1702011017

Judul Tesis : Analisis Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Deli Langkat Tahun 2018.

Telah kami setuju dan diizinkan untuk melaksanakan survei/wawancara/menyebarkan angket/Observasi di Rumah Sakit Umum Deli.

Demikian surat ini disampaikan, atas kerja sama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,
RUMAH SAKIT UMUM DELIA
KAB. LANGKAT
SAMPUR

Dr. Harry Wahyudi, M.KM
Direktur

RUMAH SAKIT UMUM DELIA

JLN. KH. HAJAR DEWANTARA, NO. 09, DUSUN V, DESA SEI LIMBAT, KECAMATAN SELESU
BABUPATEN LANGKAT, PROVINSI SUMATERA UTARA, INDONESIA, KODE POS: 2071
TEL. 061 81343431-33-34-35-36-37-38-39 | delia@deliemail.com



RUMAH SAKIT UMUM DELIA

"Kami Ada Demi Kesehatan Anda"

Sei Limbat, 06 November 2019

Nomor : 387/RSUD/DIR/XI/2019

Lampiran :-

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Institut Kesehatan Helvetia
di
Tempat

Dengan hormat,
Memenuhi maksud surat dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia Nomor 934/EXT/DKN/FKM/IKH/X/2019 perihal Permohonan Survei Awal, yang bertanda tangan dibawah ini Menerangkan bahwa,

Nama : Devi Aprianti
NPM : 1702011017
Judul Tesis : Analisis Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Badan Lahir Rendah di Rumah Sakit Delia Langkat Tahun 2018

Telah kami setuju dan diizinkan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Umum Delia.

Demikian surat ini disampaikan, atas kerja sama yang baik, kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,

dr. Harry Wahyudi, M.KM
Direktur

RUMAH SAKIT UMUM DEL

JLN. KI HAJAR DEWANTARA, NO. 09, DUSUN V, DESA SEI LIMBAT, KECAMATAN SELE
KABUPATEN LANGKAT, PROVINSI SUMATERA UTARA, INDONESIA, KODE POS: 20
TELP. (061) 80044800, HP. 081290451437, EMAIL: delia@rsud@gmail.com



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (061) 42084606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wn: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 2 : NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	31/10/19-11-2019	Konsul Tabel	perbaikan	
2	sem. /11-11-2019	Asesul Tabel	ACC komprehensif	
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

(Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 08/11/2019
Pembimbing 2 (Dua)

NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi di print warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Seup terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pembertan dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (061) 42104600 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 081280251000 | Line id: [instituthelvetia](https://line.me/tv/instituthelvetia)

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 2 : NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Sen/28-0-19	Konsul (i, ii, vi)	Perbaikan	
2	Sabtu/29-0-19	Konsul bab ii, vi	Perbaikan	
3	Rabu/30-0-19	Konsul bab vi	ke hasil	
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

(Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 05/11/2019
Pembimbing 2 (Dua)

NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib diumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Telp. (061) 82004006 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wx: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 2 : NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Jumad/9 feb 2019	Konsul judul	ke-	/
2	Jumad/19 Juli 2019	Konsul BAB I, BAB 2	perluasan	/
3	Kam/1 Agustus 2019	BAB 1, BAB 2	perluasan Teori	/
4	Rabu/6 Agustus 2019	BAB 1, BAB 2, & BAB 3	perluasan BAB 3	/
5	Rabu/28 Agustus 2019	Konsul BAB 3	ke proposal	/
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

ah

(ANTO, KM, M.Kes, M.M.)

Medan, 22/07/2019
Pembimbing 2 (Dua)

NUR AINI, S.Pd., M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DISI sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEROMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (061) 42084606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR
RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 1 : Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Jumel/8-11-2019	Konsul Saran	Acc Komprehensif	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

(Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 08/11/2019
Pembimbing 1 (Satu)

Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Soap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pemberian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD-CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SIMAN) <http://helvetia.ac.id>
Tel: (081) 42084000 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 08126025000 | Line id: instituthelvetia

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/ : DEVI APRIANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 1 : Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Rabu/30-10-19	Konsul Bab 19 & 20	perbaikan	[Signature]
2	Kamis/31-10-19	Konsul Bab 21 & 22	perbaikan	[Signature]
3	Seb/02-11-19	Konsul Bab 23	Ace Home	[Signature]
4				
5				
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

(Dr. ANTO, SKM, M.Kes., M.M.)

Medan, 05/11/2019
Pembimbing 1 (Satu)

Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Stafang (Wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI Sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Suap terhadap Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pembertian dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEDONMITHICS - SPAIN) <http://www.ihk.ac.id>
Tel: (061) 42984006 | e-mail: info@ihk.ac.id | Wk: 06120025006 | Line id: ihk@ihk.ac.id

LEMBAR BIMBINGAN TESIS

Nama Mahasiswa/i : DEVI APRANTI
NPM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Peminatan : Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi



Judul : ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018

Nama Pembimbing 1 : Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	Paraf
1	Rabu / 6 Feb 2019	Konsul Judul	Acc judul	<i>[Signature]</i>
2	Kamis / 9 Mei 2019	Konsul Bab I, II, III	perbaikan	<i>[Signature]</i>
3	Senin / 10 Juli 2019	Konsul perbaikan Bab I & II	perbaikan Bab II	<i>[Signature]</i>
4	Senin / 22 Juli 2019	Konsul Bab III	Acc proposal	<i>[Signature]</i>
5				
6				
7				
8				

Diketahui,
Ketua Program Studi
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

[Signature]
(ANTO, SKM., M.Kes., M.M.)

Medan, 22/07/2019
Pembimbing 1 (Satu)

[Signature]
Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.

KETENTUAN:

1. Lembar Konsultasi diprint warna pada kertas A4 rangkaiap 2 (dua).
2. Satu (1) lembar untuk Prodi.
3. Satu (1) lembar untuk Administrasi Sidang (wajib dikumpulkan sebelum sidang).
4. Lembar Konsultasi WAJIB DIISI sebelum ditandatangani Dosen Pembimbing.
5. Mahasiswa DILARANG MEMBERIKAN segala bentuk GRATIFIKASI/Soap terdapat Dosen.
6. Dosen DILARANG MENERIMA segala bentuk GRATIFIKASI/Pembertan dari Mahasiswa.
7. Pelanggaran ketentuan No 5 dan 6 berakibat PEMBATALAN HASIL UJIAN & Penggantian Dosen.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat


WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Telp: (061) 42084605 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 08120225500 | Line id: instituthelvetia

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)



Identitas Mahasiswa :

Nama : DEVI APRIANTI
NIM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018
Tanggal Ujian Sebelumnya : 14 - Desember - 2019

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: PENELITIAN/UJIAN TESIS(JILID LUX*) Coret yang tidak perlu.

No	Nama Pembimbing 1 dan 2	Tanggal Disetujui	Tanda Tangan
1.	Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.	7 Januari 2020	 Medan, 7 Januari 2020
2.	NUR AINI, S.Pd., M.Kes.	7 Januari 2020	

KAPRODI
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA


IMAN MUHAMMAD, S.E., S.Kom., M.M., M.Kes. 

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dihawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda *) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEBOMETRICS - SPAIN) <http://helvetia.ac.id>
Telp: (061) 42084606 | e-mail: info@helvetia.ac.id | Wa: 08116825000 | Line Id: institutkesehatan

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : DEVI APRIANTI
NIM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018
Tanggal Ujian Sebelumnya : ~~9 - November - 2019~~

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu: PENELITIAN/UJIAN TESIS/JILID LUX*) Coret yang tidak perlu.

No	Nama Pembimbing 1 dan 2	Tanggal Disetujui	Tandatangan
1.	Dr. TRU NISWATI UTAMI, M.Kes.	11.11.2019	 Medan, 11.11.2019
2.	NUR AINI, S.Pd., M.Kes.	11.11.2019	

KAPRODI
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsultasi revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda *) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.



INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Fakultas Kesehatan Masyarakat

WORLD CLASS UNIVERSITY (ACCREDITED BY: WEROMETRICS - SPAIN) <http://ihelvetia.ac.id>
Tel: (061) 42084606 | e-mail: info@ihelvetia.ac.id | Wa: 08126025000 | Line id: [institutihelvetia](https://www.whatsapp.com/channel/00291100000000000000)

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI)

Identitas Mahasiswa :

Nama : DEVI APRUANTI
NIM : 1702011017
Program Studi : ILMU KESEHATAN MASYARAKAT / S-2
Judul : ANALISIS FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI RUMAH SAKIT DELIA LANGKAT TAHUN 2018
Tanggal Ujian Sebelumnya : 09 - 12 - 2019

Telah dilakukan perbaikan oleh mahasiswa sesuai dengan saran dosen pembimbing. Oleh karenanya mahasiswa tersebut diatas diperkenankan untuk melanjutkan pada tahap berikutnya yaitu PENELITIAN/UJIAN TESIS (JILID LUX*) Coret yang tidak perlu.

No	Nama Pembimbing 1 dan 2	Tanggal Disetujui	Tandatangan
1.	Dr. TRI NISWATI UTAMI, M.Kes.	14/12/2019	
2.	NUR AINI, S.Pd., M.Kes.	14/12/2019	

Medan, 1. 12. 2019

KAPRODI
S-2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
INSTITUT KESEHATAN HELVETIA

Dr. ANTO, SKM., M.Kes., M.M.

Catatan:

- Lembar persetujuan revisi dibawa setiap konsul revisi.
- Print warna menggunakan kertas A4 (Rangkap 1).
- Tanda *) silahkan dicoret yang tidak perlu.
- Isi tanggal ujian, tanggal disetujui, dan ditandatangani oleh pembimbing bila disetujui.