

# GAMBARAN FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI RSUD dr. R. GOETENG TAROENADIBRATA PURBALINGGA TAHUN 2013

Emma Wahyu Ningrum<sup>1)</sup> Etika Ervanti<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Prodi Kebidanan D3 STIKES Harapan Bangsa

<sup>2)</sup>Mahasiswa Prodi Kebidanan D3 STIKES Harapan Bangsa

## ABSTRACT

*Infant Low Birth Weight (LBW) is a newborn whose weight at birth of less than 2500 grams (up to 2499 grams). The cause of LBW in general because of several factors, including maternal factors such as disease (anemia, bleeding, IMS, premature rupture of membranes, preeclampsia and eclampsia), age, parity, socioeconomic circumstances. Fetal factors such as infection of the fetus and multiple pregnancies, as well as environmental factors. In dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, LBW in 2013 as many as 237 cases (19.47%). The study aims to describe risk factors of low birth weight (LBW) by maternal factors in dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga 2013. This research is descriptive quantitative research with cross sectional study with retrospective time approach. Sampling in this study using total sampling, sample of this research is all infants with low birth weight based medical record dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga the year 2013 as many as 237 cases. Measuring instruments used master table and type of data is secondary data. Data were analyzed using univariate. The result showed a risk factor for low birth weight by the age of majority is 20-35 years as many as 101 respondents (65.3%), based on the parity mostly primiparas total of 133 respondents (56.1%) and by disease or pregnancy complications mostly experienced respondent is preeclampsia were 92 respondents (38.8%). Risk factors of low birth weight (LBW) in dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga in 2013, mostly aged 20-35, primiparous parity and have a history of preeclampsia.*

**Keywords:** risk factors, Infant Low Birth Weight (LBW)

### I. PENDAHULUAN

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2009 terdapat 5 juta kelahiran neonatus setiap tahun dengan angka mortalitas neonatus (kematian dalam 28 hari pertama kehidupan) adalah 34 per 1000 kelahiran hidup, dan 98% kematian tersebut berasal dari Negara

berkembang. Secara khusus angka kematian neonatus di Asia Tenggara pada tahun 2007 adalah 39/1000 kelahiran hidup. Sekitar 20 juta atau 27% kematian neonatus disebabkan oleh Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia tahun 2002 mencapai 35/1000 kelahiran hidup, sedangkan hasil SDKI 2012

AKB 32/1000 kelahiran hidup serta target *Millenium Development Goals* (MDGs) yang sudah harus dicapai pada tahun 2015 yaitu AKB 23/1000 kelahiran hidup (Candra, 2010). Adapun penyebab masih tingginya AKB di Indonesia adalah BBLR sebesar 29%, asfiksia sebesar 27%, tetanus neonatorum sebesar 10%, masalah pemberian makanan sebesar 10%, gangguan hematologic sebesar 6%, infeksi sebesar 5%, dan lain-lain sebesar 13% (Kementrian Kesehatan RI, 2011: halaman 77). Menurut survey.

Angka Kematian Bayi (AKB) di provinsi Jawa Tengah tahun 2012 sebesar 10,75/1.000 kelahiran hidup, meningkat jika dibandingkan tahun 2011 sebesar 10,34/1.000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2012). Jumlah bayi berat lahir rendah (BBLR) di Jawa Tengah tahun 2012 sebanyak 21.573(3,75%) meningkat apabila dibanding tahun 2011 yang sebanyak 21.184 (3,73%).

Penyebab kematian bayi diantaranya masalah pada neonatal seperti afiksi (sesak napas saat lahir), bayi lahir dengan berat badan rendah serta infeksi neonatus. Selain itu pneumonia, diare serta masalah gizi buruk dan gizi kurang yang biasanya mulai terjadi sejak masa kehamilan.

Salah satu penyebab bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah lahir kurang bulan (prematuur). Penyebab terjadinya BBLR secara umum disebabkan karena beberapa faktor, antara lain faktor ibu seperti penyakit (anemia, perdarahan, IMS, ketuban pecah dini, preeklamsi dan eklamsi), usia, paritas, keadaan sosial ekonomi. Faktor janin seperti infeksi janin dan kehamilan ganda, serta faktor lingkungan (Cunningham, 2006).

Hasil penelitian Sistriani, Colti (2008) menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kejadian BBLR adalah riwayat penyakit selama hamil yaitu anemia ( $p = 0,03$ , OR = 2,91), umur ibu ( $P = 0,009$ , OR = 4,28), jarak kelahiran ( $p = 0,004$ , OR

= 5,11), kualitas pelayanan antenatal ( $p = 0,001$ ,  $OR = 5,85$ ). Dari faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR variabel yang paling beresiko terhadap BBLR adalah umur <20 tahun karena organ-organ reproduksi belum sempurna, rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan mudah mengalami komplikasi. Umur > 34 tahun terjadi penurunan kesehatan reproduksi karena proses degeneratif sudah mulai muncul. Jarak kelahiran < 2 tahun karena bila terlalu sering melahirkan rahim akan menjadi semakin melemah disebabkan jaringan otot uterus akibat kehamilan berkurang, dan kualitas pelayanan antenatal yang kurang baik.

Kematian perinatal pada bayi BBLR adalah 8 kali lebih besar dari bayi normal. Prognosisnya akan lebih buruk bila berat badan semakin rendah, kematian sering disebabkan karena komplikasi neonatal

seperti asfiksia, pneumonia, perdarahan intracranial, hipoglikemia (Proverawati, 2010).

Berdasarkan pra survey yang dilakukan pada tanggal 3 Desember 2013 di RSUD Dr. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga, kejadian BBLR tahun 2013 sebanyak 237 kasus atau sekitar 19,47% dari 1.217 jumlah seluruh bayi baru lahir. Sedangkan angka kejadian BBLR di RSUD Banjarnegara tahun 2013 yaitu sebanyak 159 kasus atau sekitar 19,15% dari 850 jumlah seluruh bayi baru lahir. Dari data tersebut menunjukkan kejadian BBLR di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga pada tahun 2013 lebih tinggi dari kejadian BBLR di RSUD Banjarnegara.

## II. METODE PENELITIAN

Model penelitian yang digunakan menggunakan *Cross sectional* dengan pendekatan waktu *Retrospektif*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi dengan BBLR berdasarkan rekam medik RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata

Purbalingga tahun 2013 sebanyak 237 kasus. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *teknik Total Sampling sebanyak 237 bayi BBLR*. Analisis data menggunakan *Analisis Univariat*.

### III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2014 mengenai gambaran faktor resiko kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) berdasarkan faktor ibu di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 237 responden. Adapun hasil penelitian sebagai berikut :

1. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan usia di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Faktor Risiko BBLR Berdasarkan Usia di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Sumber : *Data Sekunder (2013)*

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar usia responden adalah 20-35 tahun sebanyak 101 responden

(42,6%) dan sebagian kecil usia responden adalah < 20 tahun sebanyak 60 responden (25,3%).

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar umur ibu dengan bayi BBLR adalah 20-35 tahun, dan lebih dari seperempat responden dengan bayi BBLR memiliki usia < 20 tahun (25,3%) dan > 35 tahun (32,1%). Kejadian BBLR pada ibu dengan usia reproduktif (20-35 tahun) mungkin dapat disebabkan oleh faktor lain seperti riwayat penyakit yang dialami oleh ibu dan nutrisi yang kurang.

Pada ibu dengan usia 20-35 tahun merupakan usia reproduktif dimana pada usia tersebut wanita sering mengalami kesibukan yang membuat lupa untuk memenuhi asupan gizinya. Dengan asupan gizi kurang saat hamil akan mempengaruhi

Usia	(f)	(%)
< 20 tahun	60	25,3
20-35 tahun	101	42,6
> 35 tahun	76	32,1
Jumlah	237	100

terjadinya BBLR. Hal ini didukung oleh teori oleh Depkes (2006) bahwa setiap ibu

hamil memerlukan tambahan kalori dan nutrisi sehari-hari karena selama kehamilannya mereka harus memasok energi untuk pertumbuhan dan perkembangan janinnya. Seorang ibu hamil akan melahirkan bayi yang sehat bila tingkat kesehatan dan gizi berada dalam kondisi yang baik sejak sebelum dan selama hamil. Menurut penelitian Amrullah (2003) yang menunjukkan bahwa 50,9% ibu yang berstatus gizi kurang ( $LILA < 23,3 \text{ cm}$ ) melahirkan bayi berat lahir rendah.

Hasil penelitian didapatkan usia responden adalah  $<20$  tahun dengan BBLR sebanyak 60 responden (25,3%). Hasil penelitian ini didukung dengan teori Hidayati (2009) bahwa berat badan lahir rendah berkorelasi dengan usia ibu. Ibu-ibu terlalu muda sering secara emosional dan fisik belum matang, selain pendidikan pada umumnya rendah, ibu yang masih muda masih tergantung pada orang lain. Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda

berusia kurang dari 20 tahun. Remaja sering kali melahirkan bayi dengan berat lebih rendah, hal ini terjadi karena mereka belum matur dan mereka belum memiliki system transfer plasenta seefisien wanita dewasa. Pada ibu yang tua meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi bandannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR.

Rochjati (2011) menambahkan dimana ibu yang berumur kurang dari 20 tahun belum siap secara fisik dan mental dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Dari segi fisik rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, sehingga kemungkinan akan mendapat kesulitan dalam persalinan, sedangkan dari segi mental ibu belum siap untuk menerima tugas dan tanggung jawab sebagai orang tua sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya.

Sedangkan untuk ibu yang hamil pada umur lebih dari 35 tahun akan mengalami banyak kesulitan karena pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu, organ kandungan menua dan jalan lahir juga tambah kaku sehingga terjadi persalinan macet dan perdarahan. Di samping hal tersebut kemungkinan mendapatkan anak cacat juga menjadi lebih besar dan bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi muda antara lain bayi lahir belum cukup bulan dan terjadinya pendarahan sebelum atau sesudah bayi lahir.

Ibu hamil yang terlalu muda atau terlalu tua biasanya akan banyak mengalami komplikasi dalam kehamilan. Begitu juga dengan kondisi bayi yang dikandungnya. Ukuran umur muda adalah bila ibu mengandung pada usia kurang dari 20 tahun dan tua apabila di atas 35 tahun. Behnman (2005) menyatakan bahwa usia yang paling baik bagi seorang ibu hamil agar tidak melahirkan bayi *premature* atau BBLR adalah antara 20-30 tahun.

Menurut Mutiara (2006) ibu hamil berusia > 35 tahun berisiko melahirkan BBLR 1,8 kali lebih besar daripada ibu hamil berusia 20 – 34 tahun. Pengaruh tersebut terlihat mengikuti fenomena huruf U terbalik yang berarti bahwa pada umur muda (<20 tahun) dan tua (> 35 tahun) berat bayi yang dilahirkan cenderung lebih dari pada umur 21 – 35 tahun.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Setyowati (2007) bahwa umur Ibu sangat berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Kehamilan di usia < 20 tahun dan di atas 35 tahun dapat menyebabkan kejadian BBLR karena kehamilan di usia < 20 tahun secara biologis belum optimal secara mental sehingga mudah mengalami keguncangan yang mengakibatkan kurangnya perhatian terhadap pemenuhan kebutuhan gizi bagi ibu dan janin selama kehamilannya. Sedangkan pada usia > 35 tahun merupakan usia dimana ibu mengalami kemunduran atau

penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang menimpa di usia > 35 tahun sehingga resiko terjadinya BBLR cukup tinggi.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dapat diketahui bahwa hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang ada bahwa kejadian BBLR lebih banyak terjadi pada ibu dengan <20 dan >35 tahun, sedangkan hasil penelitian didapatkan sebagian besar kejadian BBLR terjadi pada ibu dengan usia 20-35 tahun. Kejadian BBLR pada ibu 20-35 tahun dapat terjadi akibat factor lain yang dialami oleh ibu yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

2. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan paritas RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Faktor Risiko BBLR Berdasarkan Paritas RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Paritas	(f)	(%)
Primipara	133	56,1
Multipara	96	40,5
Grandemultipara	8	3,4
Jumlah	237	100

Sumber : data Sekunder (2013)

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebagian besar paritas responden adalah primipara sebanyak 133 responden (56,1%) dan sebagian kecil paritas responden adalah grandemultipara sebanyak 8 responden (3,4%).

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar paritas responden adalah primipara (56,1%), hal ini didukung oleh teori Manuaba (2010) risiko terjadinya BBLR tinggi pada paritas 1 kemudian menurun pada paritas 2 dan 3, selanjutnya kembali meningkat pada paritas 4. Hal ini dikarenakan seorang wanita mengalami kontraksi yang lemah pada saat persalinan, perdarahan setelah persalinan (karena otot rahim lemah), persalinan yang cepat, yang bisa menyebabkan meningkatnya risiko perdarahan vagina yang berat dan plasenta previa (plasenta letak rendah).

Hal ini didukung dengan teori Marmi (2010) bahwa umumnya kejadian BBLR dan kematian perinatal meningkat seiring dengan meningkatnya paritas ibu, terutama bila paritas lebih dari 3. Paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah. Kehamilan yang berulang-ulang akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus. Hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya dan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR.

Anak lebih dari 4 dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin sehingga melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dan perdarahan saat persalinan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. BBLR oleh ibu dengan paritas lebih dari 4 disebabkan adanya kemunduran keadaan jaringan cenderung dapat menimbulkan

kelainan letak ataupun kelainan pertumbuhan placenta yang berpengaruh terhadap kesejahteraan janin dalam kandungan (Tjitpa, 2004).

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Salah satu dampak kesehatan yang ditimbulkan adalah kejadian BBLR. Canosa (2008) mengatakan bahwa kehamilan pertama dan keempat atau lebih dari empat merupakan kelompok risiko tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR.

Hirve dan Ganatra (1994) menyatakan bahwa ibu yang melahirkan untuk pertama kali berisiko melahirkan bayi *premature* 1,32 kali dibandingkan dengan ibu yang melahirkan anak ke 2 dan ke 3 dengan OR = 1,32 (95% CI 1,1-1,59) Hasil penelitian Zaenab dan Juharno (2006) menunjukkan bahwa paritas berpengaruh terhadap kejadian BBLR dan merupakan faktor risiko penyebab kejadian BBLR pada

bayi. Hasil pengujian statistik dengan *chi-square* diperoleh nilai *Odds Ratio (OR)* = 2,44 sehingga dapat dikatakan bahwa paritas merupakan faktor risiko terhadap kejadian

Komplikasi Kehamilan	(f)	(%)
Anemia	77	32,5
Preeklampsia	92	38,8
KPD	44	18,6
Perdarahan Antepartum	24	10,1
Jumlah	237	100

BBLR dimana ibu dengan paritas > 3 anak berisiko 2 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kejadian BBLR terjadi pada ibu dengan paritas primipara. Pada ibu dengan primipara (melahirkan bayi pertama kali) akan mengalami kelainan dan komplikasi yang dialami cukup besar seperti distosia persalinan dan juga kurang informasi tentang persalinan mempengaruhi proses persalinan. Persalinan prematur lebih sering terjadi pada kehamilan pertama. Kejadiannya akan berkurang dengan

meningkatnya jumlah paritas yang cukup bulan sampai dengan paritas keempat.

3. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan penyakit atau komplikasi kehamilan RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Faktor Risiko BBLR Berdasarkan Penyakit Atau Komplikasi Kehamilan RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013

Sumber : Data Sekunder (2013)

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa sebagian besar penyakit atau komplikasi kehamilan yang dialami responden adalah preeklampsia sebanyak 92 responden (38,8%), anemia sebanyak 77 responden (32,5%), KPD sebanyak 44 responden (18,6%) dan sebagian kecil adalah perdarahan antepartum sebanyak 24 responden (10,1%).

Salah satu penyebab bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah lahir kurang bulan (premature). Penyebab terjadinya BBLR secara umum disebabkan karena beberapa faktor, antara lain faktor ibu seperti penyakit

(anemia, perdarahan, IMS, ketuban pecah dini, preeklampsia, dan eklampsia), usia, paritas, keadaan social ekonomi. Faktor janin seperti infeksi janin dan kehamilan ganda, serta faktor lingkungan (Cunningham, 2006).

Hasil penelitian didapatkan sebagian besar bayi BBLR lahir pada ibu dengan preeklampsia, dimana pada ibu hamil akan mengalami perubahan tekanan darah. Keadaan ini mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas janin karena terjadi penurunan aliran darah ke plasenta menyebabkan janin kekurangan nutrisi sehingga terjadi gangguan pertumbuhan janin dan risiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah.

Hal ini didukung oleh teori Wijayarini (2010), hipertensi dalam kehamilan adalah komplikasi serius trimester kedua-ketiga dengan gejala klinis seperti edema, hipertensi, proteinuria, kejang sampai koma dengan umur kehamilan diatas 20 minggu

dan dapat terjadi antepartum, intrapartum, dan pascapartum. Dengan terjadinya hipertensi, maka terjadi spasme pembuluh darah, sehingga terjadi gangguan fungsi plasenta, maka sirkulasi uteroplasenter akan terganggu, pasokan nutrisi dan O<sub>2</sub> akan terganggu sehingga janin akan mengalami pertumbuhan janin yang terganggu dan bayi akan lahir dengan berat bayi lahir rendah.

Penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya seperti Hasil penelitian yang dilakukan oleh Abdoe J *et al* di Gambia pada tahun 2008 bahwa ibu yang hipertensi pada saat hamil berisiko 2,86 kali lebih besar melahirkan bayi berat lahir rendah. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan Sistiarani bahwa risiko ibu yang mempunyai riwayat penyakit seperti hipertensi adalah 2,91 lebih besar untuk terjadinya BBLR.

Hasil penelitian juga diketahui bahwa kejadian BBLR tertinggi kedua terjadi pada ibu dengan anemia, menurut Cunningham

(2006), kekurangan volume total pada darah ibu dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan janin. Ibu hamil yang anemia karena Hb nya rendah bukan hanya membahayakan jiwa ibu tetapi juga mengganggu pertumbuhan dan perkembangan serta membahayakan jiwa janin. Kadar Hb rendah dapat menyebabkan berat bayi lahir tidak normal disebabkan karena kurangnya suplai nutrisi dan oksigen pada plasenta yang akan berpengaruh pada fungsi plasenta terhadap janin. Turunnya kadar hemoglobin pada ibu hamil akan menambah risiko mendapatkan bayi berat lahir rendah (BBLR), risiko perdarahan sebelum dan pada saat persalinan, bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya, jika ibu hamil tersebut menderita kekurangan Hb yang sangat berat (Proverawati & Asfuah, 2009)

Hal ini sesuai dengan pendapat Depkes RI (2005) yang menyatakan bahwa kadar Hemoglobin (Hb) ibu sangat

mempengaruhi berat bayi yang akan dilahirkan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Deshpande JD *et al* (2010) di India bahwa faktor maternal yang berhubungan dengan BBLR adalah anemia, di mana risiko ibu yang anemia 2,54 kali lebih besar akan melahirkan BBLR.

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa penyakit yang di alami ibu pada saat hamil sebagai faktor risiko terjadinya BBLR di antaranya adalah anemia, hipertensi dan malaria. Hasil penelitian yang dilakukan Deshpande J.D *et al* pada bulan maret sampai dengan Agustus 2010 di India bahwa faktor maternal yang berhubungan dengan BBLR adalah anemia (OR 2,54), hipertensi (OR 4,09) dan ANC (OR 2,81).

Hasil penelitian didapatkan 18,6% kejadian BBLR disebabkan akibat ibu mengalami KPD. Menurut Prawirohardjo (2008) dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam proses persalinan. Ketuban pecah dini adalah keadaan

pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Selaput ketuban pecah terjadinya karena ketidakseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks, perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen. Salah satu komplikasi dari ketuban pecah dini adalah meningkatkan resiko persalinan prematur dan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah.

Hasil penelitian juga didapatkan 10,1% responden mengalami perdarahan antepartum. Menurut Yusni (2009), ibu yang mengalami perdarahan selama kehamilan beresiko enam kali lebih tinggi terhadap kejadian berat bayi lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami perdarahan selama kehamilannya.

Ahmad (2013) menambahkan bahwa perdarahan antepartum merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan kematian bagi ibu maupun janin. Perdarahan antepartum menyebabkan aliran ureteroplasenta terganggu, sehingga dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan janin. Hal ini dapat menyebabkan BBLR.

Beberapa komplikasi langsung dari kehamilan salah satunya adalah perdarahan, keadaan tersebut mengganggu kesehatan ibu dan juga pertumbuhan janin dalam kandungan sehingga meningkatkan resiko kelahiran bayi dengan berat rendah (Cunningham et al, 2005 ; Prawirohardjo, 2008 ; Manuaba, 2010).

Komplikasi utama dari perdarahan antepartum adalah perdarahan yang menyebabkan anemia dan syok yang menyebabkan keadaan ibu semakin jelek. Keadaan ini yang menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan anemia pada janin bahkan terjadi syok intrauterin

yang mengakibatkan kematian janin intrauterin (Winkjosastro, 2005). Bila janin dapat diselamatkan, dapat terjadi berat badan lahir rendah, sindrom gagal nafas dan komplikasi asfiksia (Mansjoer, 2005).

#### IV. KESIMPULAN

1. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan usia di RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013 sebagian besar adalah 20-35 tahun sebanyak 101 responden (65,3%).
2. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan paritas RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013 sebagian besar adalah primipara sebanyak 133 responden (56,1%).
3. Gambaran faktor risiko BBLR berdasarkan penyakit atau komplikasi kehamilan RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga tahun 2013 sebagian besar penyakit atau komplikasi kehamilan yang dialami responden adalah preeklampsia sebanyak 92 responden (38,8%).

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian Suatu Pendekatan dan Praktek*, edisi Revisi V. Jakarta : Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Prosedur Penelitian*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Astri, \_\_\_\_\_ (2008). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah di Puskesmas Pamulihan Tahun 2008*
- Cunningham, et all. (2005). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC. Edisi 21.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Obstetri Williams*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2004). *Makanan Sehat Ibu Hamil*. Jakarta : Depkes.
- \_\_\_\_\_ (2006). *Manajemen BBLR untuk Bidan*. Jakarta : Depkes.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Depkes.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2012). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012*. Jawa Tengah.
- Fitri. (2006). *Hubungan Beberapa Faktor Ibu dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Dr Hasan Sodikin Bandung Januari-Februari 2006*. Universitas Diponegoro
- Fraser, et all. (2009). *Myles Buku Ajar Bidan*, edisi. 14. Jakarta : EGC.
- Green, S. D and Thomas, J. D. (2008). *Interdisciplinary collaboration and the*

- electronic medical record. *Journal Pediatric Nursing*. vol. 34 pp. 225-228, diperoleh melalui <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Hidayat, A. (2007). *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hj. Rahmawati, R. dan Hj. Andi N J. (2010). *Pengaruh Faktor Maternal Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Ajjadpannge Watan Soppeng Kabupaten Soppeng Tahun 2010*. Jurusan Kebidanan Poltekkes Makasar.
- HTA. (2008). Perawatan BBLR dengan Metode Kanguru. From: <http://www.bndes.gov.br/english/studies/KangarooMother.pdf>. 2008. 50Haksari EL, Surjono A, Setyowireni D. Kangaroo mother care in low birthWeight infant: a randomized controlled trial. *Pediatrica Indonesiana*. 2002; 42 : 3-4. (diakses pada tanggal 12 Desember 2012).
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2004). *Bayi Berat Lahir Rendah. Dalam Standar Pelayanan Medis Kesehatan Anak*. Edisi I. Jakarta : 2004 ; 307-313.
- Kementrian Keseharan RI. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Manuaba. (2010). *Penuntun Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC.
- Notoatmodjo, S (2005) *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta : Fogra Cipta. Hlm 207.
- \_\_\_\_\_ (2011) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Fogra Cipta
- Pantiawati, I. (2010). *Bayi dan BBLR*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, S. (2008) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Proverawati, A. dan Siti A. (2009). *Buku Ajar Gizi untuk Kebidanan*. Nuha Medika. Cetakan I. Yogyakarta.
- \_\_\_\_\_ (2010). *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saifudin. (2006). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saryono. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendekia.
- Sistriani, C. (2008). *Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal yang Berisiko*. Semarang: UNDIP.
- Sugiyono. (2010). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.