



**JURNAL**

**HUBUNGAN STATUS GIZI IBU, USIA KEHAMILAN DAN KPD  
DENGAN KEJADIAN BBLR DI PUSKESMAS BOGOR 2013**

**DISUSUN OLEH :**

**RESTI LIDIAWATI**

**10.09.000.102**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU**

**PROGRAM STUDI D IV KEBIDANAN**

**JAKARTA**

**2014**

# HUBUNGAN STATUS GIZI IBU, USIA KEHAMILAN DAN KPD DENGAN KEJADIAN BBLR DI PUSKESMAS BOGOR

Resti Lidiawati<sup>1</sup>, Agussanti Br. Ginting<sup>2</sup>

Store manager di PT.Perintis Generik Indonesia<sup>1</sup>

Dosen Tetap Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju<sup>2</sup>

resti\_lidiawati@yahoo.com<sup>1</sup>, santiginting84@gmail.com<sup>2</sup>

## ABSTRAK

Bayi dengan berat lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. di Indonesia Angka Kejadian Neonatal adalah 20/1.000 kh. Penyebab utama kematian neonatal adalah BBLR 30,3%. Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor angka Kejadian Neonatal di Kabupaten Bogor pada tahun 2010 berjumlah 99/1.000 kh yang disebabkan oleh BBLR, asfiksia dan tetanus neonaturum. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan antara status gizi, usia kehamilan dan KPD dengan kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013. Penelitian yang digunakan yaitu metode deskriptif analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian adalah ibu yang bersalin di puskesmas bogor yang berjumlah 542 orang dengan kriteria inklusi ibu yang bersalin di Puskesmas Bayi berat lahir <2500 dan 2500 dan kriteria eksklusi adalah ibu yang bersalin dengan data rekam medic yang tidak lengkap. Penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dan metode pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling* dan sampel berjumlah 230 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 230 orang terdapat 48 orang (20,9%) yang melahirkan BBLR, 182 (79,1%) melahirkan tidak BBLR. ibu melahirkan BBLR dengan gizi kurang berjumlah 41 orang (80,4%), ibu melahirkan BBLR dengan kehamilan preterm berjumlah 36 orang (81,8%), ibu melahirkan BBLR dengan KPD berjumlah 28 orang (77,8%). Hasil analisis bivariat menunjukkan variabel status gizi ibu, usia kehamilan dan KPD mempunyai hubungan bermakna dengan kejadian BBLR. Diharapkan untuk Puskesmas melakukan peningkatan penyuluhan kesehatan yang lebih intensif kepada ibu hamil tentang gizi dan perawatan selama kehamilan.

Kata Kunci: Status gizi, kehamilan, BBLR.

## ABSTRACT

*Infants with low birth weight is a newborn whose weight at birth of less than 2500 grams. In the world is estimated each year nearly 3.3 million babies are stillborn and the other died in the first 28 days of life, neonatal mortality rate in Indonesia is 20/1.000 kh, is a major cause of neonatal mortality was 30.3% BBLR. According to the District Health Office in neonatal mortality in 2010 amounted 99/1.000 kh caused by low birth weight, asphyxia and tetanus neonaturum. UPF Puraseda district health centers in Bogor in 2012 there were 73 (11.88) BBLR cases. The purpose of this study was to determine the relationship between nutritional status, gestational age and the KPD with BBLR in Puskesmas UPF Puraseda Bogor district in 2013. The research method used is descriptive analytical cross-sectional design. The study was conducted using a random sampling UPF 230 persons in Bogor district Puraseda health centers in 2013. The results showed about of the 230 persons there were 48 persons (20.9%) who gave birth to low birth weight, 182 (79.1%) did not give birth to low birth weight. Maternal BBLR with malnutrition numbering 41 persons (80.4%), maternal BBLR with preterm pregnancies accounted for 36 persons (81.8%), maternal BBLR with KPD totaling 28 persons (77.8%). The results of the bivariate analysis showed variable nutritional status of the mother, gestational age and KPD has a significant relationship with the incidence of BBLR. Expected to health workers in health centers to make improvements to a more intensive health education to pregnant mothers about nutrition and care during pregnancy.*

*Keywords: Maternal nutritional, pregnancy, low birth weight babies*

## Pendahuluan

Pembangunan kesehatan adalah upaya penyelenggaraan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Usaha untuk mencapai tujuan tersebut harus dimulai sedini mungkin yaitu sejak janin berada dalam kandungan agar selanjutnya mampu menjadi insani penerus pembangunan yang berkualitas. Oleh karena itu kemampuan menyelenggarakan kesehatan bangsa diukur dengan tinggi rendahnya angka kematian.

Di dunia diperkirakan setiap tahun hampir 3,3 juta bayi lahir mati dan lainnya mati dalam 28 hari pertama kehidupannya. Menurut *World Health Organization* (WHO) setiap tahunnya kira-kira 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi mengalami asfiksia, hampir 1 juta bayi ini kemudian meninggal. Jumlah terbesar kematian bayi terjadi di wilayah Asia Tenggara (1,4 juta kematian bayi dan 1,3 juta lahir mati).

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 angka kematian neonatal (AKN) adalah 20 per 1.000 kelahiran hidup. Dalam satu tahun ±86.000 neonatus meninggal dan tiap 6 menit ada 1 neonatus meninggal. Penyebab utama kematian neonatal adalah BBLR (30,3%) dan Asfiksia (27%). Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 26,9/1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2008 AKB di Indonesia cukup tinggi yaitu 31,04/1.000 kelahiran hidup. *Millenium Development* (MDGs) tahun 2015 di Indonesia harus mampu menurunkan AKB hingga 17/1.000 kelahiran hidup.<sup>1</sup>

Bayi Berat Lahir Rendah dan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) yang berhasil mengatasi periode kritis sesudah kelahiran masih menunjukkan risiko tinggi untuk berbagai masalah kesehatan. BBLR tetap tiga kali lebih rendah dibanding Berat Badan Lahir Normal (BBLN) dalam pola perkembangan serta hal lainnya seperti infeksi saluran pernafasan dan risiko ini akan meningkat dengan menurunnya berat lahir. Dengan pengelolaan yang optimal dan menggunakan alat-alat yang canggih, beberapa gangguan yang berhubungan dengan prematuritasnya dapat diobati dan gejala sisa yang mungkin diderita dikemudian hari dapat dicegah atau dikurangi. Faktor - faktor risiko yang mempengaruhi kejadian BBLR adalah faktor ibu adalah usia ibu, pendidikan, umur kehamilan, paritas, tinggi badan, antenatal care, status gizi ibu, kebiasaan merokok, kehamilan kembar, penyakit ibu. Faktor janin

hidramnion, kelainan kromosom, dan faktor lingkungan seperti tempat tinggal di dataran tinggi, radiasi zat kimia.<sup>2</sup>

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Diana (2011) di RSUD Koja Jakarta dari bulan Januari-Juni 2011 dari 1.244 persalinan dengan berat badan lahir normal sebanyak 1.027 (28,56%) dan BBLR sebanyak 217 (17,44%).<sup>3</sup>

Sementara di Kota Bogor AKB mencapai 26,23/1000 kelahiran hidup (Kadinkes Propinsi Jawa Barat). Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor angka kematian neonatus di Kabupaten Bogor pada tahun 2010 berjumlah 99/1.000 kelahiran hidup yang disebabkan oleh BBLR, asfiksia dan tetanus neonaturum.<sup>4</sup>

Di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor pada tahun 2011 terdapat 66 kasus BBLR atau 10,74% dari 612 bayi yang lahir dan pada tahun 2012 terdapat 73 kasus BBLR atau 11,88% dari 614 bayi seluruhnya yang lahir. Dari data di atas menjadi dasar ketertarikan peneliti untuk melakukan penelitian tentang hubungan status gizi ibu, usia kehamilan dan KPD dengan kejadian bayi berat lahir rendah di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013.

Bayi dengan berat lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram, berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya bayi berat lahir rendah dibedakan dalam : Bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500 - 2500 gram, bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), yaitu dengan berat lahir 1000 -1500 gram, bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER), yaitu dengan berat lahir <1000 gram. Bayi berat lahir rendah mungkin prematur (kurang bulan), mungkin juga cukup bulan (dismatur).<sup>5</sup>

BBLR didefinisikan sebagai bayi berat lahir kurang dari 2500 gram dan telah dimodifikasi untuk menguraikan bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) yang beratnya 1500 gram atau kurang dan bayi yang luar biasa rendah atau berat lahir ekstrem rendah, dengan berat 1000 gram atau kurang. WHO membuat pengertian bahwa semua bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram disebut dengan bayi berat lahir rendah (BBLR).<sup>6</sup>

Selain itu gizi ibu hamil menentukan berat bayi yang dilahirkan, maka pemantauan gizi ibu hamil sangat penting dilakukan. Ada beberapa cara yang digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil yaitu penambahan berat badan selama hamil, LILA (lingkar lengan atas), dan keadaan HB saat

hamil. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin.<sup>7</sup>

Dari hasil pengamatan ada hubungan yang kuat antara keadaan gizi ibu sebelum hamil dengan berat bayi yang dilahirkan, sedangkan berat bayi lahir merupakan indikasi yang potensial untuk status kesehatan bayi nantinya. Bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram mempunyai kesempatan tinggi secara statistik untuk mendapatkan penyakit atau meninggal pada awal kehidupannya. Pada tubuh ibu yang kurang gizi tidak dapat membentuk plasenta yang sehat, yang cukup menyimpan zat-zat gizi untuk janin selama pertumbuhannya. Maka gizi ibu yang kurang baik perlu diperbaiki keadaan gizinya atau yang obesitas menjadi mendekati normal, yang dilakukan sebelum hamil. Sehingga mereka mempunyai kesempatan lebih besar untuk mendapatkan bayi yang sehat, serta untuk mempertahankan kesehatannya sendiri.<sup>8</sup>

Status gizi kurang pada ibu hamil dapat disebabkan oleh masalah gizi yang dialaminya. Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia gizi. KEK pada saat hamil akan menghambat pertumbuhan janin sehingga menimbulkan risiko BBLR.<sup>9</sup>

Usia kehamilan adalah jumlah minggu lengkap dari haid pertama menstruasi terakhir sampai anak lahir. Kehamilan yang kurang dari 37 minggu merupakan penyebab utama terjadinya bayi berat lahir rendah. Semakin pendek usia kehamilan maka pertumbuhan janin semakin belum sempurna, baik itu organ reproduksi dan organ pernafasan oleh karena itu ia mengalami kesulitan untuk hidup di luar kandungan.<sup>10</sup>

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan. Bayi berat lahir rendah dipengaruhi oleh beberapa faktor, tidak semua variabel akan diteliti karena keterbatasan tetapi dipilih beberapa variabel dikemukakan dalam suatu kerangka konsep seperti yang dijelaskan meliputi kejadian bayi berat lahir rendah sebagai variabel dependen dan status gizi ibu, usia kehamilan dan ketuban pecah dini sebagai variabel independen.

Dari pembahasan di atas maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status gizi ibu, usia kehamilan, dan KPD dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Puskesmas UPF Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013.

## Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini bersifat deskriptif analitik. Deskriptif analitik adalah analisis dimana kesimpulan yang didapat hanya diberlakukan pada data tersebut, tanpa melakukan generalisasi pada lingkup data yang lebih luas. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu pendekatan dimana pengumpulan data dilaksanakan dalam waktu yang bersamaan pada satu saat atau satu periode tertentu dan pengamatan subyek studi hanya dilakukan satu kali selama satu penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan di UPF Puskesmas Puraseda Bogor. Data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data sekunder yang bersumber dari kartu status rekam medik ibu yang bersalin, sedangkan pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 30 Desember tahun 2013.

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan dalam mengukur variabel yang diteliti agar pekerjaan lebih mudah dan hasilnya lebih baik sehingga lebih mudah diolah. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data sekunder. Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada dan data sekunder dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti Biro Pusat Statistik (BPS), buku, laporan, jurnal, dan lain-lain. Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari rekam medik ibu yang bersalin tahun 2013 di UPF Puskesmas Puraseda Bogor.

Populasi adalah merupakan keseluruhan objek atau subjek yang berbeda pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian, atau keseluruhan dalam ruang lingkup yang akan diteliti.<sup>11</sup> Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang bersalin di UPF Puskesmas Puraseda Bogor Tahun 2013 yang berjumlah 542 orang.

Sampel adalah bagian dari sebuah populasi yang dianggap dapat mewakili dari populasi tersebut. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 230 orang.

Dalam penelitian ini menggunakan teknik probability sampling yaitu pengambilan sampel secara random dimana setiap subjek dalam populasi mendapat peluang yang sama untuk dipilih sebagai anggota sampel. Metode pengambilan sampel menggunakan metode simple random sampling yang merupakan metode yang paling sederhana dengan cara sampel diambil secara acak tanpa

memperhatikan strata yang ada dalam populasi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti.<sup>12</sup> Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah Ibu yang bersalin di UPF Puskesmas Puraseda tahun 2013 dan bayi dengan berat lahir <2500 dan >2500 di UPF Puskesmas Puraseda tahun 2013.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena sebab-sebab tertentu. Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini adalah ibu yang melahirkan di UPF Puskesmas Puraseda dengan data-data rekam medik yang tidak lengkap

Untuk uji validitas instrument dalam penelitian ini tidak digunakan karena data yang diambil adalah data sekunder. Langkah pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan cara membuat surat permohonan izin pengambilan data dan izin penelitian pada UPF Puskesmas Puraseda kabupaten Bogor yang dikeluarkan oleh kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia maju untuk mengajukan izin penelitian di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor dalam mengadakan penelitian. Mengadakan pengkajian data yang relevan yang dapat mendukung penelitian ini di UPF Puskesmas Puraseda. Setelah data rekam medik yang diperlukan dalam penelitian ini terkumpul dilakukan pengolahan data dan analisis data.

Dalam penelitian ini instrumen yang berupa formulir isian check list di isi langsung sesuai kartu status rekam medik ibu yang melahirkan di UPF Puskesmas Puraseda pada 2013.

Pengolahan data dilakukan setelah pengumpulan data dan selanjutnya data akan di atur dengan menggunakan komputerisasi. Hasilnya meliputi Analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Analisis univariat dilakukan untuk melihat frekuensi dari variabel dependen dan variabel independen. Dibuat tabel distribusi frekuensi dari semua variabel yang terdapat dalam penelitian ini. Analisis ini merupakan bahan dasar untuk analisis selanjutnya.

Data yang diperoleh akan diperiksa secara univariat, yaitu untuk menggambarkan karakteristik sampel penelitian, dimana kategori jawaban responden ditampilkan dalam

bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

Dalam penelitian ini menggunakan uji kai kuadrat karena data yang digunakan dalam bentuk data kategorik. Dalam penelitian kesehatan sering kali peneliti perlu melakukan analisis hubungan variabel kategorik dengan variabel kategorik. Analisis ini bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi dua atau lebih kelompok sampel, dalam hal ini uji yang cocok digunakan adalah uji kai kuadrat (*Chi Square*).

Analisis bivariat bertujuan untuk menguji hipotesis yang diajukan dari setiap variabel. Analisis bivariat berfungsi untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan analisis uji *chi square*. Melalui uji statistik *chi square* akan diperoleh nilai *p value* dimana dalam penelitian ini digunakan adalah 95% dan level signifikan 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Penelitian antara dua variabel dikatakan berhubungan jika mempunyai nilai *p value* 0,05 artinya terdapat hubungan yang bermakna secara statistik atau  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, berarti ada hubungan antara status gizi, usia kehamilan dan ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR. Jika *p value* > 0,05 artinya tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik atau  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, berarti tidak ada hubungan antara status gizi, usia kehamilan dan ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR.

Penyajian data menggunakan narasi (kalimat) atau memberikan keterangan secara tulisan dan tabular yaitu memberikan keterangan berbentuk angka.

## Hasil

**Tabel 1**  
**Analisis Univariat Bayi dengan BBLR dan Tidak BBLR, Status Gizi, Usia Kehamilan dan Ketuban Pecah Dini.**

Variabel	Frekuensi Persentase	
	(f)	(%)
<b>Bayi</b>		
BBLR	48	20,9
Tidak BBLR	182	79,1
<b>Gizi Ibu</b>		
Gizi Baik	179	77,2
Gizi Kurang	51	22,2
<b>Usia Kehamilan</b>		
Preterm	44	19,1
Aterm	186	80,1
<b>Ketuban Pecah Dini</b>		
KPD	36	15,7
Tidak KPD	194	84,3

Sumber: Data Rekam Medik di Puskesmas tahun 2013.

Analisis univariat adalah cara menganalisis dengan mendeskriptifkan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel.

Berdasarkan tabel 1 “Analisis Univariat Bayi dengan BBLR dan Tidak BBLR, Status Gizi, Usia Kehamilan dan Ketuban Pecah Dini”. Diperoleh analisa univariat hasil distribusi frekuensi pada ibu yang bersalin di UPF Puskesmas Puraseda Bogor tahun 2013 dari 230 orang ibu yang bersalin dapat disimpulkan bayi dengan berat lahir rendah berjumlah 48 orang atau 20,9% sedangkan ibu yang bersalin dengan berat lahir bayi normal atau tidak BBLR berjumlah 182 orang atau 79,1%.

Bayi dengan berat lahir rendah adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram), berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya bayi berat lahir rendah dibedakan dalam :Bayi berat lahir rendah (BBLR) berat lahir 1500 - 2500 gram, bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), yaitu dengan berat lahir 1000 -1500 gram, bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER), yaitu dengan berat lahir < 1000 gram. Bayi berat lahir rendah mungkin prematur (kurang bulan), mungkin juga cukup bulan (dismatur)

Berdasarkan tabel 1 di atas analisa univariat hasil distribusi frekuensi untuk status gizi ibu yang bersalin di UPF Puskesmas Puraseda Bogor tahun 2013 dari 230 ibu bersalin dapat disimpulkan bahwa ibu dengan gizi baik berjumlah 179 orang atau 77,8% dan ibu dengan status gizi baik berjumlah 51 orang atau 22,2%.

Status gizi ibu pada waktu pembuahan dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Selain itu gizi ibu hamil menentukan berat bayi yang dilahirkan, maka pemantauan gizi ibu hamil sangatlah penting dilakukan. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain pertambahan berat badan selama hamil, LILA (lingkar lengan atas), dan keadaan HB saat hamil. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin.

Konsumsi makanan yang seimbang sangat penting bagi tubuh ibu untuk menjamin masukan energi yang cukup bagi pertumbuhan janin yang adekuat, tanpa mengambil jaringan

tubuh ibu untuk mempertahankan kehamilannya. Ibu yang menderita KEK dengan konsumsi terbatas atau kurang biasanya selama hamil mengalami peningkatan berat badan yang sedikit dan melahirkan bayi dengan BBLR serta memburuknya status gizi ibu. Kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu selama hamil. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak di kemudian hari dan kemungkinan premature. kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin yang dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan, lahir dengan BBLR).

Dari hasil pengamatan ada hubungan yang kuat antara keadaan gizi ibu sebelum hamil dengan berat bayi yang dilahirkan, sedangkan berat bayi lahir merupakan indikasi yang potensial untuk status kesehatan bayi nantinya Bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram mempunyai kesempatan tinggi secara statistik untuk mendapatkan penyakit atau meninggal pada awal kehidupannya. Pada tubuh ibu yang kurang gizi tidak dapat membentuk plasenta yang sehat, yang cukup menyimpan zat-zat gizi untuk janin selama pertumbuhannya. Maka gizi ibu yang kurang baik perlu diperbaiki keadaan gizinya atau yang obesitas menjadi mendekati normal, yang dilakukan sebelum hamil. Sehingga mereka mempunyai kesempatan lebih besar untuk mendapatkan bayi yang sehat, serta untuk mempertahankan kesehatannya sendiri.<sup>13</sup>

Berdasarkan tabel 1 diatas analisa univariat hasil distribusi frekuensi untuk usia kehamilan ibu yang bersalin di UPF Puskesmas Puraseda Bogor tahun 2013 dari sampel 230 orang bersalin dapat disimpulkan bahwa ibu yang bersalin dengan usia kehamilan preterm berjumlah 44 orang atau 19,1% dan ibu yang bersalin dengan usia kehamilan aterm berjumlah 186 orang atau 80,9%.

Usia kehamilan adalah jumlah minggu lengkap dari haid pertama menstruasi terakhir sampai anak lahir. Berat badan bayi semakin bertambah sesuai dengan usia kehamilan. Faktor usia kehamilan mempengaruhi kejadian BBLR karena semakin pendek masa kehamilan semakin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat tubuhnya sehingga akan turut mempengaruhi berat badan bayi. Sehingga

dapat dikatakan bahwa umur kehamilan mempengaruhi kejadian BBLR.

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur (cukup bulan), bila lebih dari 43 minggu disebut keamilan postmatur, kehamilan 28-36 minggu disebut kehamilan premature, dan kehamilan 37-42 minggu disebut aterm. Semakin muda usia kehamilan makin jelas tanda-tanda imaturitas. Karakteristik untuk bayi premature adalah berat lahir sama dengan atau kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkaran dada kurang dari 30 cm, lingkaran kepala kurang dari 33 cm, umur kehamilan kurang dari 37 minggu. Kehamilan yang kurang dari 37 minggu merupakan penyebab utama terjadinya BBLR. Semakin pendek usia kehamilan maka pertumbuhan janin semakin belum sempurna, baik itu organ reproduksi dan organ pernafasan oleh karena itu ia mengalami kesulitan untuk hidup di luar uterus ibunya.

Berdasarkan tabel 1 diatas analisa univariat hasil distribusi frekuensi ketuban pecah dini pada ibu bersalin di UPF Puskesmas Puraseda Bogor tahun 2013 dari 230 ibu yang bersalin didapatkan hasil bahwa ibu yang bersalin dengan ketuban pecah dini berjumlah 36 orang atau 15,7% sedangkan ibu yang bersalin dengan tidak terjadi ketuban pecah dini berjumlah 194 orang atau 84,3%.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum tanda-tanda persalinan. Insidens ketuban pecah dini masih cukup tinggi  $\pm$  10% persalinan didahului oleh ketuban pecah dini. Hal ini dapat meningkatkan komplikasi kehamilan pada ibu maupun bayi, terutama infeksi.<sup>14</sup>

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan berlangsung dan terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun kehamilan aterm.

Pecahnya selaput ketuban disebabkan karena selaput ketuban tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Juga dapat disebabkan ketegangan rahim berlebihan yang disebabkan kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi yang menyebabkan sehingga memudahkan ketuban pecah.

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum proses persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Salah satu komplikasi ketuban pecah dini adalah meningkatnya resiko persalinan premature dan melahirkan bayi berat lahir rendah. Ketuban pecah dini merupakan penyebab premature dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. ketuban pecah dini merupakan sumber persalinan prematuritas, infeksi dalam rahim. Oleh karena itu tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan yang rinci sehingga dapat menurunkan kejadian persalinan prematuris dan infeksi dalam rahim.

Ketuban pecah dini sering kali menimbulkan konsekuensi seperti morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi terutama kematian perinatal yang cukup tinggi.

Ketuban pecah dini juga menyebabkan oligohidromnion yang akan menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia dan hipoksia pada janin dan membuat nutrisi pada janin berkurang serta pertumbuhan terganggu.

**Tabel 2 Hubungan gizi ibu hamil, usia kehamilan ibu dan KPD dengan kejadian BBLR**

Variabel	BAYI						OR	P value
	BBLR		Tidak BBLR		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<b>Gizi Ibu</b>								
Baik	7	3,9	172	96,1	179	100	0,010	0,000
Kurang Baik	41	80,4	10	19,6	51	100		
<b>Usia Kehamilan Ibu</b>								
Preterm	36	81,8	8	18,2	44	100	65,250	0,000
Aterm	12	6,5	174	93,5	174	100		
<b>Ketuban Pecah Dini</b>								
KPD	28	77,8	8	22,2	36	100	30,450	0,000
Tidak KPD	20	10,3	174	89,7	194	100		

Sumber: Hasil olah komputerisasi 2014.

Analisa bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah untuk menghubungkan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan alpha 0,05 atau 5%. Berdasarkan hasil analisis tabel 2 menunjukkan status gizi ibu, usia kehamilan ibu dan ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR. Dari tabel 2 dikatakan bahwa dari 48 bayi dengan BBLR, 7 BBLR (3,9%) yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi ibu baik dan 41 BBLR (80,4%) yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi kurang sedangkan dari 182 Bayi yang tidak BBLR, 172 (96,1) bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi baik dan 10 (19,6) bayi dilahirkan oleh ibu dengan status gizi yang kurang.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara status gizi ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah. Hasil statistik diperoleh nilai OR 0,010, maka dapat disimpulkan bahwa status gizi ibu mempunyai peluang 0,1 kali terhadap kejadian BBLR.

Berdasarkan hasil analisis tabel 2 untuk hasil bivariat antara usia kehamilan ibu dengan kejadian BBLR menunjukkan bahwa dari 48 bayi, 36 orang bayi (81,8%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan preterm dan 12 orang bayi (6,5%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan aterm sedangkan dari 182 bayi, 8 orang bayi (18,2%) tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan preterm dan 174 orang bayi (93,5%) Tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan kehamilan aterm.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara usia kehamilan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah. Hasil statistik diperoleh nilai OR 65,250, maka dapat disimpulkan bahwa ibu dengan usia kehamilan preterm mempunyai peluang 65,3 kali terhadap kejadian bayi berat lahir rendah dibandingkan dengan usia kehamilan aterm.

Berdasarkan hasil analisis tabel 2 untuk hasil bivariat antara ketuban pecah dini dengan kejadian bayi berat lahir rendah menunjukkan bahwa dari 48 bayi, 28 orang bayi (77,8%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan ketuban pecah dini dan 20 orang bayi (10,3%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan tidak terjadi ketuban pecah dini sedangkan dari 182 bayi, 8 orang bayi (22,2%) tidak BBLR dilahirkan

oleh ibu dengan ketuban pecah dini dan 174 orang bayi (89,7%) Tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan tidak terjadi ketuban pecah dini.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR. Hasil statistik diperoleh nilai OR 30,540, maka dapat disimpulkan bahwa ibu yang melahirkan dengan kejadian ketuban pecah dini mempunyai peluang 30,5 kali terhadap kejadian BBLR dibandingkan ibu yang melahirkan tidak dengan kejadian ketuban pecah dini.

### Diskusi

Pada pembahasan ini peneliti hanya terbatas untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen dan dependen. Penelitian ini hanya dilakukan di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan.

Berdasarkan tabel 2 tentang Analisa Hubungan Status Gizi Ibu Terhadap Kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor Tahun 2013, disebutkan bahwa dari 48 bayi dengan BBLR, 7 BBLR (3,9%) yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi ibu baik dan 41 BBLR (80,4%) yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi kurang sedangkan dari 182 Bayi yang tidak BBLR, 172 (96,1) bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan status gizi baik dan 10 (19,6) bayi dilahirkan oleh ibu dengan status gizi yang kurang.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR. Hasil statistik diperoleh nilai OR 0,010, maka dapat disimpulkan bahwa status gizi ibu mempunyai peluang 0,1 kali terhadap kejadian BBLR.

Hasil penelitian yang didapatkan sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Sri Rahayu<sup>15</sup> didapatkan nilai  $p=0,000$  OR 4,27 yang artinya ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR. Dan penelitian oleh Hanifah<sup>16</sup> didapatkan nilai  $p=0,000$  dan OR 0,591 yang artinya juga ada hubungan antara Status gizi ibu dengan kejadian BBLR

Hal ini sejalan dengan teori lubis yang mengatakan Status gizi ibu hamil sangat



mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa kehamilan maka kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Dengan kata lain kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu selama hamil.<sup>17</sup>

Status gizi ibu pada waktu pembuahan dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Selain itu gizi ibu hamil menentukan berat bayi yang dilahirkan, maka pemantauan gizi ibu hamil sangatlah penting dilakukan. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10-12 kg, dimana trimester I pertambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg dan trimester III sekitar 6 kg, LILA (lingkar lengan atas), dan keadaan HB saat hamil. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin.

Sebagai ukuran sekaligus pengawasan bagi kecukupan gizi ibu hamil bisa dilihat dari kenaikan berat badannya. Ibu yang kurus dan selama kehamilan disertai penambahan berat badan yang rendah atau turun sampai 10 kg, mempunyai risiko paling tinggi untuk melahirkan bayi dengan BBLR. Sehingga ibu hamil harus mengalami kenaikan berat badan berkisar 11-12 Kg atau 20% dari berat badan sebelum hamil. Seorang ibu yang sedang hamil mengalami kenaikan berat badan sebanyak 10 sampai 12 kg.

Pada trimester I kenaikan berat badan seorang ibu tidak mencapai 1 kg, namun setelah mencapai trimester II penambahan berat badan semakin banyak yaitu 3 kg dan pada trimester III sebanyak 6 kg. Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin, plasenta dan air ketuban. Kenaikan berat badan yang ideal untuk ibu yang gemuk yaitu antara 7 kg - 12 kg untuk ibu yang tidak gemuk jika berat badan ibu tidak normal maka akan memungkinkan terjadinya keguguran, lahir premature, bayi berat lahir rendah, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran dan perdarahan setelah persalinan.

Dari hasil pengamatan ada hubungan yang kuat antara keadaan gizi ibu sebelum hamil dengan berat bayi yang dilahirkan, sedangkan berat bayi lahir merupakan indikasi yang potensial untuk status kesehatan bayi nantinya. Bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram mempunyai kesempatan tinggi

secara statistik untuk mendapatkan penyakit atau meninggal pada awal kehidupannya. Pada tubuh ibu yang kurang gizi tidak dapat membentuk plasenta yang sehat, yang cukup menyimpan zat-zat gizi untuk janin selama pertumbuhannya. Maka gizi ibu yang kurang baik perlu diperbaiki keadaan gizinya atau yang obesitas menjadi mendekati normal, yang dilakukan sebelum hamil. Sehingga mereka mempunyai kesempatan lebih besar untuk mendapatkan bayi yang sehat, serta untuk mempertahankan kesehatannya sendiri.

Status gizi ibu selama hamil dapat ditentukan dengan memantau pertambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LLA) dan mengukur kadar hemoglobin. Bertambahnya umur kehamilan yang disertai dengan pertambahan berat badan yang sesuai. Pertambahan berat badan ibu yang tidak normal dapat menyebabkan terjadinya keguguran, prematur, BBLR, gangguan pada rahim dan perdarahan setelah melahirkan. Status gizi kurang pada ibu hamil dapat disebabkan oleh masalah gizi yang dialaminya. Masalah gizi yang sering dihadapi ibu hamil yaitu Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia gizi. KEK pada saat hamil akan menghambat pertumbuhan janin sehingga menimbulkan risiko BBLR

Jenis pengukuran antropometri yang digunakan untuk mengukur resiko KEK pada Wanita Usia Subur (WUS) adalah Lingkar Lengan Atas (LILA). Sasaran WUS adalah wanita pada usia 15 sampai 45 tahun yang terdiri dari remaja, ibu hamil, ibu menyusui dan Pasangan Usia Subur (PUS). Ambang batas LILA WUS dengan resiko KEK adalah 23,5 cm. Apabila LILA kurang dari 23,5 cm artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan bayi dengan BBLR.<sup>18</sup>

Konsumsi makanan yang seimbang sangat penting bagi tubuh ibu untuk menjamin masukan energi yang cukup bagi pertumbuhan janin yang adekuat, tanpa mengambil jaringan tubuh ibu untuk mempertahankan kehamilannya. ibu yang menderita KEK dengan konsumsi terbatas atau kurang, biasanya selama hamil mengalami peningkatan berat badan yang sedikit dan melahirkan bayi dengan BBLR serta memburuknya status gizi ibu. Kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan sangat dipengaruhi oleh keadaan gizi ibu selama hamil. KEK pada ibu hamil perlu diwaspadai kemungkinan ibu melahirkan bayi

berat lahir rendah, pertumbuhan dan perkembangan otak janin terhambat sehingga mempengaruhi kecerdasan anak di kemudian hari dan kemungkinan premature. Ibu hamil yang beresiko KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5. Menurut Hanim *et al* (1999) menyatakan bahwa LILA ibu hamil berkorelasi positif dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) ibu hamil, sehingga pengukuran IMT ibu hamil sama akuratnya dengan pengukuran LILA ibu hamil. Menurut Lubis (2003) kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin yang dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan, lahir dengan BBLR).<sup>19</sup>

Menurut peneliti bila gizi ibu kurang tercukupi saat kehamilan tentunya akan menyebabkan janinnya pun kurang gizi, tidak tercukupi gizi janin selama dalam kandungan, tidak ada asupan makanan yang memadai pertumbuhan janin menjadi terhambat sehingga bisa melahirkan bayi yang kurang berat lahirnya, maka sebaiknya ibu hamil harus mendapatkan perhatian khusus mengenai makanan yang dikonsumsi agar memperoleh makanan sehat dan bergizi yang dapat memenuhi kebutuhan gizinya yang digunakan untuk pertumbuhan janin yang dikandungnya

Berdasarkan hasil analisis tabel 2 tentang Analisa Hubungan Usia Kehamilan Ibu Terhadap Kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor Tahun 2013 untuk hasil bivariat antara usia kehamilan ibu terhadap kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013 diperoleh bahwa dari 48 bayi, 36 orang bayi (81,8%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan preterm dan 12 orang bayi (6,5%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan aterm sedangkan dari 182 bayi, 8 orang bayi (18,2%) tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan usia kehamilan preterm dan 174 orang bayi (93,5%) Tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan kehamilan aterm.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara usia kehamilan ibu dengan kejadian BBLR. Hasil statistik diperoleh nilai OR 65,250, maka dapat disimpulkan bahwa status usia kehamilan ibu mempunyai peluang 65,3 kali terhadap kejadian bayi berat lahir rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang telah dilakukan surtiati (2010)<sup>20</sup> didapatkan nilai  $p = 0,001$  yang artinya ada hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian BBLR. Dan penelitian Hartini (2010)<sup>21</sup> didapatkan nilai  $p = 0,018$  yang artinya ada hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian BBLR.

Usia kehamilan adalah jumlah minggu lengkap dari haid pertama menstruasi terakhir sampai anak lahir. Berat badan bayi semakin bertambah sesuai dengan usia kehamilan. Faktor usia kehamilan mempengaruhi kejadian BBLR karena semakin pendek masa kehamilan semakin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat tubuhnya sehingga akan turut mempengaruhi berat badan bayi. Sehingga dapat dikatakan bahwa umur kehamilan mempengaruhi kejadian bayi berat lahir rendah.

Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus adalah kira-kira 280 hari (40 minggu). Kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur (cukup bulan), bila lebih dari 43 minggu disebut keamilan postmatur, kehamilan 28-36 minggu disebut kehamilan premature, dan kehamilan 37-42 minggu disebut aterm. Semakin muda usia kehamilan makin jelas tanda-tanda imaturitas.

Karakteristik untuk bayi premature adalah berat lahir sama dengan atau kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, umur kehamilan kurang dari 37 minggu.<sup>22</sup>

Matur adalah pengeluaran buah kehamilan antara  $< 37$  minggu atau buah kehamilan belum matang dan pertumbuhan janin belum matang dan pada pertumbuhan janin atau organ pun belum terbentuk dengan sempurna. Sedangkan prematur adalah pengeluaran buah kehamilan  $> 37$  minggu, kehamilan sudah matang dan pertumbuhan janin dan organ pun sudah terbentuk. Pada awal kehamilan penambahan berat badan yang terjadi sebagian besar diperuntukkan bagi persiapan organ-organ tubuh ibu. Pada tahap selanjutnya penambahan berat badan lebih terpusat dari penambahan janin, sehingga semakin tua umur kehamilan, maka akan semakin berat badan bayi yang akan dilahirkan. Bayi yang dilahirkan sebelum umur 37 minggu merupakan bayi premature dan sering kali disertai dengan berat badan lahir rendah.

Kehamilan yang kurang dari 37 minggu merupakan penyebab utama terjadinya BBLR. Semakin pendek usia kehamilan maka pertumbuhan janin semakin belum sempurna.

Menurut penulis usia kehamilan semakin muda berarti semakin rendah berat badan bayi karena pertumbuhan organ-organ tubuhnya belum lengkap dengan sempurna. baik itu organ reproduksi dan organ pernafasan serta organ lainnya karena belum sempurnanya usia kehamilan yang menyebabkan berat bayi rendah saat dilahirkan.

Berdasarkan hasil analisis tabel 2 tentang Analisa Hubungan Ketuban Pecah Dini Terhadap Kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor Tahun 2013 untuk hasil bivariat antara ketuban pecah dini terhadap kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013 diperoleh bahwa dari 48 bayi, 28 orang bayi (77,8%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan ketuban pecah dini dan 20 orang bayi (10,3%) BBLR dilahirkan oleh ibu dengan tidak terjadi ketuban pecah dini sedangkan dari 182 bayi dan 8 orang bayi (22,2%) tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan ketuban pecah dini dan 174 orang bayi (89,7%) Tidak BBLR dilahirkan oleh ibu dengan tidak terjadi ketuban pecah dini.

Hasil uji statistik *chi square* didapat nilai *P value* 0,000 berarti  $P < 0,05$ , sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara ketuban pecah dini dengan kejadian BBLR. Hasil statistik diperoleh nilai OR 30,540, maka dapat disimpulkan bahwa ketuban pecah dini mempunyai peluang 30,5 kali terhadap kejadian BBLR.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu yang telah dilakukan oleh Nugroho<sup>23</sup> didapatkan nilai  $p=0,0001$  yang artinya ada hubungan antara KPD dengan dengan kejadian BBLR.

Hal ini sejalan dengan teori bahwa Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum proses persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Salah satu komplikasi ketuban pecah dini adalah meningkatnya resiko persalinan premature dan melahirkan bayi berat lahir rendah. Ketuban pecah dini merupakan terbesar persalinan premature dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. Ketuban pecah dini

merupakan penyebab persalinan prematuritas. Infeksi dalam rahim terdapat ibu dan janin yang cukup besar dan potensial oleh karena tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan dan infeksi dalam rahim.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan berlangsung dan terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun kehamilan aterm.<sup>24</sup>

Pecahnya selaput ketuban disebabkan karena selaput ketuban tidak kuat akibat kurangnya jaringan ikat dan vaskularisasi. Akibatnya selaput ketuban yang berfungsi melindungi atau menjadi pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim pecah dan mengeluarkan air ketuban menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim yang memudahkan terjadinya infeksi asenden. Semakin lama periode laten maka semakin besar kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematur dan selanjutnya meningkatkan kejadian kesakitan dan kematian ibu dan bayi atau janin dalam rahim

Penyebab ketuban pecah dini antara lain ; serviks inkompeten, ketegangan rahim berlebihan yang disebabkan oleh kehamilan ganda, kelainan letak janin (letak sungsang, letak lintang), panggul yang sempit, kelainan bawaan dari selaput ketuban, infeksi yang menyebabkan terjadi proses biomekanik pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik sehingga memudahkan ketuban pecah.

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya ketuban sebelum proses persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan premature. Salah satu komplikasi ketuban pecah dini adalah meningkatnya resiko persalinan premature dan melahirkan bayi berat lahir rendah. Ketuban pecah dini merupakan penyebab premature dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. ketuban pecah dini merupakan sumber persalinan prematuritas, infeksi dalam rahim. Oleh karena itu tatalaksana ketuban pecah dini memerlukan tindakan yang rinci sehingga dapat menurunkan kejadian persalinan prematuris dan infeksi dalam rahim.

Ketuban pecah dini merupakan salah satu penyebab persalinan premature dengan berbagai akibatnya. Ketuban pecah dini adalah

pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan. Ketuban pecah dini sering kali menimbulkan konsekuensi seperti morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi terutama kematian perinatal yang cukup tinggi, janin yang dilahirkan akan mengalami asfiksia dan jika berlanjut akan mengalami kematian. Kematian perinatal yang cukup tinggi ini antara lain disebabkan karena kematian akibat kurang bulan dan kejadian infeksi yang meningkat karena partus tak maju, partus lama dan partus buatan yang sering dijumpai pada pengelolaan kasus KPD terutama pada pengelolaan konservatif.<sup>25</sup>

Menurut peneliti ketuban pecah dini dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah. Apalagi bila ketuban pecah dini terjadi pada umur kehamilan < 37 minggu karena pertumbuhan atau perkembangan janin belum matang dengan sempurna hal ini juga dapat meningkatkan komplikasi kehamilan pada ibu maupun bayi. Sehingga menyebabkan rendahnya berat bayi saat dilahirkan.

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang kejadian BBLR di UPF Puskesmas Puraseda Kabupaten Bogor tahun 2013 dapat disimpulkan bahwa berdasarkan uji statistik chi-square terdapat hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR, didapatkan nilai  $p = 0,000$  hal ini nilai  $p < 0,05$  dan nilai odd rasio sebesar 0,010 dengan IK 95% 0,004-0,028.

Berdasarkan uji statistik chi-square terdapat hubungan antara usia kehamilan dengan kejadian BBLR, didapatkan nilai  $p = 0,000$  hal ini nilai  $p < 0,05$  dan nilai odd rasio sebesar 65,250 dengan IK 95% 24,887-171,078.

Berdasarkan uji statistik chi-square terdapat hubungan antara KPD dengan kejadian BBLR, didapatkan nilai  $p = 0,000$  hal ini nilai  $p < 0,05$  dan nilai odd rasio sebesar 30,450 dengan IK 95% 12,234-75,790.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti menyarankan kepada berbagai pihak:

Pelayanan kesehatan untuk Puskesmas sebaiknya melakukan peningkatan penyuluhan kesehatan yang lebih intensif lagi kepada ibu hamil tentang tentang gizi, pemeriksaan kehamilan yang baik, perawatan selama kehamilan agar mereka dapat merawat kehamilannya dengan baik sehingga gizi

selama kehamilan dapat tercukupi dan kehamilan yang sedang dijalani tetap terjaga dengan baik karena waktu pemeriksaan dengan baik dilaksanakan. memberikan pelayanan sebaik mungkin pada saat pemeriksaan antenatal care karena salah satu upaya pencegahan awal factor resiko kehamilan. Antenatal care untuk mendeteksi dini terjadinya resiko tinggi terhadap kehamilan dan persalinan juga dapat menurunkan angka kematian ibu dan memantau keadaan janin, sehingga kejadian persalinan dengan BBLR bisa diketahui dan dicegah.

Bagi peneliti selanjutnya dengan keterbatasan penelitian ini maka penelitian selanjutnya diharapkan dilakukan pada lingkup yang lebih luas atau variabel independen dan independen yang lebih banyak untuk mengetahui faktor yang paling dominan dalam pengaruhnya terhadap bayi berat lahir rendah serta tehnik pengambilan data dan analisa yang lebih akurat sehingga lebih sempurna dan lebih baik.

### Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI. *Materi Ajar Penurunan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2010.
2. Manuaba, Ida Bagus Gede. *Ilmu Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC; 2010.
3. Sumersy, Diana. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Badan Lahir Rendah Di RSUD KOJA Bulan Januari – Juni Tahun 2011*. Volume 555; 2011.
4. Profil Dinas Kesehatan Kota Bogor <http://www.dinkes2.bogorkab.go.id> diunduh pada tanggal 5 Desember 2013; 2010.
5. Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan Edisi III*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
6. Winkjosastro, Hanifa. *Ilmu Kebidanan edisi V*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2002.
7. Cunningham. *William Obsterti*. Edisi 22. Jakarta: EGC; 2006.
8. Proverawati, Atikah dan Cahyo Ismawati. *S. Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
9. Depkes RI. *Gizi Seimbang Menuju Hidup Sehat Bagi Bayi Ibu Hamil dan Ibu*

- Menyusui*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat Depkes RI; 2002.
10. Mulyawan, Handry. *Gambaran Kejadian BBLR DI 17 Kota di Indonesia tahun 2009*. <http://www.lontar.ui.ac.id> Diakss pada 20 desember 2013
  11. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta; 2010.
  12. Nursalam. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian IlmuKeperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2003.
  13. Soetjiningsih. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta : EGC; 1995.
  14. Budayasa. *Peranan Faktor Resiko Ketuban Pecah Dini Terhadap Insiden Sepsis Neonaturum Dini Pada Kehamilan Aterm*.[http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/08\\_151\\_pdf](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/08_151_pdf). Diakses pada 03 januari 2014; 2006.
  15. Rahayu, Sri. *Pengaruh Sosiol Demografi, Riwayat Persalinan, dan Status Gizi Ibu terhadap kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) (studi kasus di Rumah Sakit Sri Ratu Medan Tahun 2009)*. Volume 2. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/38391>; 2013.
  16. Lilik, Hanifah., *Hubungan Antara Status Gizi Ibu Hamil Dengan Berat Badan Bayi Lahir (Studi Kasus di RB. POKASI)*.” KTI D1V Kebidanan. Unisma : Surakarta. Diakses dari <http://eprints.uns.ac.id/7327/1/105812010200908271.pdf>; 2009.
  17. Lubis, Z. *Status Gizi Ibu Hamil Serta Pengaruhnya Terhadap Bayi Yang Dilahirkan*. Pengantar Falsafah Sains (PPS702) Program Pasca Sarjana S3 IPB November 2003. Bogor; 2003.
  18. Supariasa, I. D. N. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC; 2002.
  19. Mulyaningrum, Sri. *Gizi Ibu dalam Kehamilan*. Volume 6 <http://lontar.ui.ac.id/file=digital/124263-S-5638-Faktor-faktor%20yang-HA.pdf>. 10 Januari 2014; 2009.
  20. Surtiati, Eti. *Analisis Faktor Resiko yang berhubungan Dengan kejadian Berat Bayi Lahir Rendah dalam Konteks Perawatan Maternitas di RSUD PMI Bogor*. (Tesis). Pasca Sarjana. UI. Jakarta; 2010.
  21. Hartini, Sri. *Faktor-Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan BBLR di RSUD Djojonegoro Temanggung*. (SKRIPSI). Fak. Keperawatan UNIMUS Semarang. <http://digilib.unimus.ac.id>; 2010.
  22. Winkjosastro, hanifa. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2007
  23. Leonardo, Nugroho C. *Perbedaan Luaran Janin Pada Persalinan Preterm Usia Kehamilan 34-36 Minggu dengan dan Tanpa Ketuban Pecah Dini*.” Volume 1. No 1. (2011) <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico/.../181>. 20 Juni 2014; 2011.
  24. Saifuddin, abdul bari. *Buku acuan nasional buku pelayanan maternal dan neonatal*. Jakarta : yayasan bina pustaka sarwono prawirohardjo; 2007.
  25. Mochtar, Rustam. *Sinopsis Obstetri Edisi 2*. Jakarta: EGC; 2000.