

Hubungan Paritas Dengan BBLR

by Mamiek Wahyuningsih

Submission date: 15-Sep-2022 04:10PM (UTC+0300)

Submission ID: 1900418197

File name: Mamiek_Wahyuningsih.docx (444.99K)

Word count: 7043

Character count: 43436

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sebagai bagian dari pembangunan nasional, pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. ⁸ Tingginya derajat kesehatan suatu negara dapat ditentukan oleh angka kematian bayi (AKB) yang dipengaruhi oleh berat badan lahir rendah (BBLR) dan paritas. Paritas adalah jumlah anak hidup yang dilahirkan seorang wanita selama masa reproduksinya (Depkes RI, 2017).

Menurut WHO (2017) BBLR merupakan penyebab utama kematian bayi di dunia. BBLR menyebabkan 60-80% kematian neonatus. BBLR mempengaruhi 20 juta bayi per tahun, atau 15,5% dari kelahiran global. Angka kejadian BBLR di negara berkembang dapat mencapai 43% sedang di negara maju hanya mencapai 10,8%, kelahiran prematur ini menjadi penyumbang kematian tertinggi pada bayi merujuk pada WHO tahun 2013. Dari data tersebut didapat perbandingan antara negara berkembang dan negara maju 4:1.9 Angka kematian BBLR ¹⁴ 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi berat lahir normal. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2,1%-17,2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5%. ¹³ Jumlah neonatus yang meninggal yang disebabkan oleh berat lahir rendah

sebanyak 32.342 kelahiran atau sebanyak 29% dari jumlah seluruh kematian neonatus. Insidensi BBLR di rumah sakit di Indonesia berkisar 20%, hal tersebut berbanding lurus dengan distribusi penyebab kematian bayi karena BBLR di Indonesia yang meningkat dari 24% pada tahun 2017 menjadi 25% per kelahiran hidup pada tahun. Dari laporan Kabupaten/Kota tahun 2014, diketahui bahwa Jawa Timur memiliki 17.561 bayi BBLR (2,9% dari 601.136 kelahiran hidup) dan BBLR menyebabkan 38,3% kematian Neonatal. Tingginya prevalensi berat badan lahir rendah pada paritas pertama mungkin berhubungan dengan kurangnya pengalaman dan pemahaman ibu tentang perawatan prenatal, seperti nutrisi. Gizi yang tidak adekuat menyebabkan penurunan berat badan selama kehamilan, yang berdampak pada bayi pada ibu dengan paritas tinggi (lebih dari 4) dengan menurunkan fungsi reproduksi.

Banyak hal yang mempengaruhi BBLR. Kelahiran prematur paling banyak menyebabkan BBLR. Usia, paritas, dan karakteristik lainnya bersifat keibuan. BBLR juga disebabkan oleh faktor plasenta seperti penyakit pembuluh darah dan kehamilan kembar/multipel (Arief K, 2014). BBLR dan kematian perinatal meningkat dengan paritas ibu, terutama di atas 3. Paritas yang terlalu banyak mengganggu aktivitas pembuluh darah uterus. Kehamilan ganda merusak dinding pembuluh darah rahim. Hal ini dapat meningkatkan atonia uteri dan berdampak pada pemberian makan janin di masa depan. Hal ini dapat menyebabkan masalah pertumbuhan dan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (Winkjosastro, 2016). Berat badan lahir rendah (BBLR) lebih mungkin terjadi pada wanita dengan paritas tinggi dibandingkan dengan ibu dengan paritas rendah karena jaringan parut dari

kehamilan dan persalinan sebelumnya menyebabkan koneksi plasenta yang buruk dan transfer nutrisi dari ibu ke bayi (Muslihatun, 2015).

Berdasarkan studi dan fenomena saat ini, risiko kematian BBLR adalah empat kali lipat dari bayi yang lahir di atas 2500 gram. Mengingat bahaya berat badan lahir rendah, bidan dapat menghimbau ibu hamil untuk mengikuti program KB, menjaga jarak kelahiran, dan mencegah gaya hidup tidak sehat. Karena paritas merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya BBLR, maka peneliti tertarik mengambil judul “Hubungan Paritas Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana keterkaitan paritas dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berdasarkan studi empiris 5 tahun terakhir?

1.3 Tujuan

Mengidentifikasi hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berdasarkan studi empiris 5 tahun terakhir



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Paritas

2.1.1 Definisi

Paritas menunjukkan jumlah kehamilan terdahulu yang telah mencapai batas viabilitas dan telah dilahirkan, tanpa mengingat jumlah anaknya. Kelahiran kembar tiga hanya dihitung satu paritas (Oxorn, 2015).

Paritas adalah angka kelahiran seorang wanita (BKKBN, 2016). Menurut Prawirohardjo (2016) Paritas bisa berupa primipara, multipara, atau grandemultipara.

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin 28 minggu (JNPK-KR., 2015). Manuaba (2015), mendefinisikan paritas sebagai memiliki bayi cukup bulan.

2.1.2 Klasifikasi

1. Primipara

¹² Wanita yang pernah melahirkan satu kali dengan janin yang telah mencapai batas viabilitas, tanpa mengingat janinnya hidup atau mati pada waktu lahir.

2. Multipara

Adalah seorang wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan yang berakhir pada saat janin telah mencapai batas viabilitas.

3. Grandemultipara

Adalah wanita yang telah melahirkan janin aterm lebih dari lima kali.

(Oxorn, 2015).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Paritas

Faktor yang mempengaruhi paritas (Friedman, 2015) yaitu :

1. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu elemen yang mempengaruhi paritas. Kemampuan ibu untuk berpikir logis meningkat seiring dengan tingkat pendidikannya. Ibu yang berpendidikan lebih tinggi akan percaya bahwa 2 anak adalah optimal.

2. Pekerjaan

Pekerjaan menandakan status sosial. Pekerjaan jembatan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan mencari pengobatan kesehatan. Beberapa orang berpikir bahwa peringkat pekerjaan seseorang yang tinggi berarti mereka dapat menghidupi banyak anak.

3. Keadaan Ekonomi

Pendapatan keluarga yang tinggi mendorong para ibu untuk memiliki lebih banyak anak karena keluarga merasa aman.

4. Latar Belakang Budaya

Budaya universal mencakup aspek-aspek yang ada di semua peradaban, seperti bahasa dan perbendaharaan dasar, interaksi sosial, konvensi, dan penilaian umum. Tanpa disadari, budaya mempengaruhi pandangan mengenai berbagai situasi.

Budaya mewarnai opini anggota masyarakat karena membentuk pengalaman mereka sebagai anggota kelompok yang mereka sayangi. Hanya keyakinan yang kuat yang dapat mengurangi pengaruh budaya terhadap sikap individu.

Asumsi budaya bahwa lebih banyak anak sama dengan paritas efek kekayaan yang lebih besar.

5. Pengetahuan

Perilaku melibatkan pengetahuan. Pengetahuan mengarah pada perilaku yang bertahan lebih lama. Jika seorang wanita mengetahui jumlah anak yang optimal, dia akan bertindak sesuai dengan itu.

(Manuaba, 2015).

2.2 Konsep BBLR

2.2.1 Berat Badan lahir

Bayi normal memiliki berat 2500-4000 gram saat cukup bulan (37-42 minggu). Berat badan lahir adalah berat badan bayi baru lahir yang ditimbang 1 jam setelah lahir. Bayi berat lahir rendah (BBLR) memiliki berat badan 2500 gram, bayi berat lahir normal memiliki berat badan 2500-4000 gram, dan bayi dengan berat badan berlebih

memiliki berat badan > 4000 gram. Menurut usia kehamilan, bayi diklasifikasikan menjadi 3 kelompok: bayi prematur memiliki masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari), bayi cukup bulan memiliki masa kehamilan dari 37 minggu hingga 30 minggu, dan bayi cukup bulan memiliki masa kehamilan dari 30 minggu sampai 37 minggu (Saifudin, 2015).

2.2.2 Definisi BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) memiliki berat ¹ kurang dari 2500 gram saat melahirkan. Menurut Kongres “European Perinatal Medicine II” di London (1970), dikategorikan menjadi tiga, yaitu bayi prematur yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari), bayi cukup bulan yaitu bayi dengan masa gestasi. periode mulai 37 minggu. minggu sampai dengan 42 minggu (259-293 hari), dan bayi prematur yaitu bayi dengan masa kehamilan 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih) (Muslihatun, 2015).

WHO menyebut semua bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari atau sama dengan 2500 gram bayi berat lahir rendah karena morbiditas dan mortalitas neonatus bergantung pada maturitas bayi. ³ Bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah ¹ memiliki berat badan kurang dari atau sama dengan 2500 gram (Pantiawati, 2015).

2.2.3 Etiologi BBLR

Kelahiran prematur paling banyak menyebabkan BBLR. Usia, paritas, dan karakteristik lainnya bersifat keibuan. BBLR juga

disebabkan oleh faktor plasenta seperti penyakit pembuluh darah dan kehamilan kembar/multiple (Pantiawati, 2015).

Penyebab BBLR antara lain:

1. Faktor ibu

a. Toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma, nefritis akut, dan diabetes mellitus

b. Usia ibu < 16 dan > 35 tahun

Ibu yang terlalu muda biasanya kurang berkembang secara fisik, emosional, dan pendidikan. Ibu berusia 20 tahun lebih banyak melahirkan BBLR. Kondisi tubuh dan kesehatan ibu lanjut usia mulai menurun, yang dapat berdampak pada janin dalam kandungan dan menghasilkan berat badan lahir rendah.

c. Multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat

Jumlah anak lebih dari 4 dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin sehingga dapat mengakibatkan BBLR dan perdarahan saat melahirkan karena keadaan rahim biasanya sudah lemah. Keadaan social antara lain golongan sosial ekonomi rendah dan perkawinan yang tidak sah

d. Sebab lain yaitu Ibu yang perokok, peminum alcohol dan pecandu narkotika

Wanita perokok 1,5-9,9 kali lebih mungkin melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan bukan perokok. Ibu dan janin terpengaruh. Paparan asap rokok pada hari ke 0 (konsepsi), 1 dan 2 kebuntingan memperlambat

pertumbuhan embrio pada mencit. Berat badan bayi turun Tiga kali sehari selama 10 menit, tikus menghirup asap rokok. Radikal bebas dalam asap rokok merusak endotel dan menurunkan vasodilatasi. Nikotin menyempitkan pembuluh darah. Semuanya menyebabkan hipertensi. Hipertensi menurunkan nutrisi dan oksigen janin. Kerusakan akibat radikal bebas menyebabkan PPOK. hipoksia janin PPOK. Radikal bebas mempengaruhi metabolisme asam folat. Gangguan folat mempengaruhi perkembangan janin dan ekspresi gen. Hipertensi, PPOK, dan defisiensi asam folat menyebabkan berat badan lahir rendah dan anomali prenatal.

FAS menghambat pertumbuhan janin dan perkembangan otak pada ibu hamil yang menggunakan alkohol. Saat hamil, alkohol dapat mencapai janin melalui plasenta. Janin tidak dapat menghilangkan alkohol, oleh karena itu ia menumpuk (Proverawati, A dan Cahyo, 2015).

2. Faktor janin

a. Hidramnion

Polihidramnion atau hidramnion merupakan cairan ketuban paling banyak pada minggu ke-38 (1030 cc), pada akhir kehamilan (790 cc), dan pada minggu ke-43 (240 cc). Produksi dan drainase menggantikan semua cairan ketuban dalam waktu 2 jam setelah melahirkan. Polihidramnion di atas 2000 cc. Ini mempengaruhi plasenta, menyebabkan anemia janin dan

kematian bayi intrauterin. BBLR, sindrom kegagalan pernapasan, dan asfiksia dapat terjadi jika janin dihindarkan.

b. Kehamilan ganda

¹⁶ Kehamilan ganda terjadi ketika dua atau lebih sel telur dikeluarkan dan dibuahi atau ketika satu sel telur yang dibuahi membelah sebelum waktunya untuk menghasilkan dua embrio pada tahap massa sel dalam atau lebih awal. (2012) Taufan Kehamilan ganda dapat memiliki janin dengan berat 50-1000 gram. Karena kedua plasenta janin memiliki distribusi darah yang berbeda (Wiknjosastro, 2012).

Kehamilan ganda menghasilkan berat badan lahir rendah karena ketegangan rahim yang berlebihan. Kehamilan ganda menyebabkan distensi uterus yang parah dan persalinan prematur.

c. Kelainan kromosom

Kelainan kongenital adalah cacat lahir yang berkembang pada sel telur yang telah dibuahi. BBLR atau janin kecil sering terjadi pada cacat bawaan. 20% bayi baru lahir abnormal bawaan BBLR meninggal pada minggu pertama (Wikjosastro, 2014).

² 3. Faktor lingkungan

a. Tempat tinggal

b. Radiasi

c. Zat racun

(Pantiawati, 2015).

2.2.4 Klasifikasi

Kategorisasi **BBLR** menggunakan Skor Ballard berbasis Dubowitz. Prosedur ini tidak bergantung pada ketenangan dan istirahat bayi, sehingga dapat digunakan dalam beberapa jam pertama kehidupan. Ballard menggabungkan penilaian kematangan neuromuskular dan fisik. Tes kematangan neuromuskular dan fisik dinilai. Dengan menggunakan tabel nilai maturitas, periode kehamilan ditemukan dengan menambahkan skor maturitas neuromuskular dan fisik. Hasil penjumlahan tersebut dicocokkan dengan tabel nilai maturitas untuk mendapatkan umur kehamilan dalam minggu. Menggunakan grafik, kami memeriksa titik persimpangan antara usia kehamilan dan berat lahir bayi untuk menentukan apakah bayi besar untuk usia kehamilan atau kecil, kehamilan.

Penilaian aktivitas neuromuskular:

1. Posture : Postur terlentang dievaluasi
2. Square window : Periksa melenturkan tangan bayi antara ibu jari dan jari telunjuk untuk mengukur sudut antara emirensi hipotenar dan lengan bawah.
3. Arm recoil : Lenturkan lengan bawah selama 5 detik, lalu regangkan dan lepaskan untuk mengukur recoil.
4. Poplitea angle : Ukur sudut poplitea dengan bayi terlentang, paha dipegang sehingga lutut rata, dan tungkai bawah diluruskan.

5. Scarf sign : postur terlentang, pegang salah satu lengan bayi dan usahakan untuk mencapai leher belakang bahu yang lain, angkat dan gerakkan siku bayi di atas dadanya dan periksa seberapa jauh ia bergeser. Semakin muda bayi, semakin mudah untuk memindahkan sikunya melintasi garis tengah ke sisi lain.
6. Heal to hear : postur terlentang, menggeser telinga bayi dari sisi yang sama, memperhatikan jarak dan ekstensi lutut.

(Varney, 2016).

BBLR dikelompokkan menjadi:

1. Menurut harapan hidup:
 - a. BBLR : 1500 – 2500 gram
 - b. BBLSR : 1000 – 1500 gram
 - c. BBLER : <1000 gram (Arief K, 2014).
2. Menurut masa gestasi
 - a. NKB SMK : BBL sesuai dengan masa kehamilan.
 - b. NKB KMK : BBL kurang dari normal usia kehamilan.
 - c. NCB KMK : cukup bulan dengan BBL kurang normal.

Prematuritas murni adalah bayi baru lahir yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK).

WHO mendefinisikan bayi baru lahir prematur sebagai mereka yang lahir sebelum 37 minggu (dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir). Bayi baru lahir berusia 37 minggu

prematuur, berapa pun beratnya. Sebagian besar bayi baru lahir prematur memiliki berat di bawah 2500 gram.

Gejala klinis sangat bervariasi menurut usia kehamilan saat lahir. Semakin besar perbedaan antara bayi prematur dan bayi cukup bulan, semakin dini mereka lahir.

(Arief K, 2014).

Tanda dan gejala bayi premature:

- a. usia kehamilan 37 minggu
- b. Di bawah 2500 gram
- c. 46cm atau kurang
- d. Kuku panjang tidak mencapai jari.
- e. Garis rambut dahi tidak jelas.
- f. Lingkar kepala 33 cm atau kurang
- g. Lingkar dada 30 cm atau kurang
- h. Banyak rambut lanugo yang tersisa.
- i. Ketebalan lemak subkutan
- j. Tulang rawan daun telinga belum sepenuhnya berkembang, jadi tidak teraba.
- k. Tumit halus, tumit
- l. Bayi laki-laki memiliki alat kelamin yang lebih ringan dan tidak ada skrotum rugae. Testis belum turun. Bayi perempuan memiliki klitoris yang menonjol dan labia minora yang terbuka.
- m. Tonus otot lemah, sehingga gerakan bayi lemah.

- n. Fungsi saraf yang belum matang menyebabkan refleks hisap, menelan, dan batuk yang buruk.
- o. Kurangnya perkembangan otot dan lemak telah menghambat pertumbuhan kelenjar susu.
- p. Verniks caseosa kurang (Pantiawati, 2015).

2.2.5 Masalah-masalah BBLR

Penyakit pada bayi baru lahir prematur berhubungan dengan ketidakmatangan fungsi organ mereka. Itu tergantung pada usia kehamilan bayi. Organ lebih belum matang pada awal kehamilan. Akibat anatomi dan fisiologi yang kurang berkembang, bayi baru lahir prematur sering mengalami masalah. Ini harus diharapkan dan dikendalikan di era neonatal.

1. Hipotermia

Di dalam kandungan, suhu bayi adalah 36o hingga 37o C. Segera setelah melahirkan, bayi baru lahir harus berada di lingkungan yang lebih sejuk. Perbedaan suhu mempengaruhi kehilangan panas bayi. Hipotermia dapat berkembang karena pertumbuhan otot yang tidak memadai, lemak subkutan minimal, sistem saraf yang belum matang, dan luas permukaan tubuh yang tinggi dibandingkan dengan berat badan.

2. Sindrom gawat nafas

Bayi baru lahir prematur mungkin mengalami kesulitan bernapas karena produksi membran hialin surfaktan paru yang tidak mencukupi, yang mengurangi ketegangan dinding alveolar.

Pada 35 minggu, perkembangan surfaktan paru mencapai puncaknya.

Defisit surfaktan menyebabkan alveolus kolaps pada akhir setiap ekspirasi, membutuhkan tekanan intratoraks negatif yang lebih besar dan upaya inspirasi yang kuat untuk napas berikutnya.

3. Hipoglikemia

Dalam 12 jam pertama kehidupan, 50% bayi dewasa mungkin mengalami hipoglikemia. Glukosa menyediakan energi janin. Terputusnya plasenta dan janin menghentikan pengiriman glukosa ke janin. Bayi cukup bulan dapat mempertahankan gula darah 50-60 mg/dL selama 72 jam, tetapi bayi berat lahir rendah memiliki 40 mg/dL. Karena glikogen rendah. Hipoglikemia adalah 20 mg/dL atau kurang.

4. Perdarahan intracranial

Bayi baru lahir prematur memiliki pembuluh darah lemah yang cepat pecah. Trauma lahir, DICo, atau trombositopenia idiopatik dapat menyebabkan perdarahan intrakranial. Pada minggu pertama kehidupan, matriks germinal epididial yang kaya vaskular mudah berdarah.

5. Rentan terhadap infeksi

Pada minggu terakhir kehamilan, ibu dan janin bertukar protein imunologis. Bayi baru lahir prematur rentan terhadap penyakit karena mereka kekurangan imunitas humoral dan seluler.

Kulit dan selaput lendir tidak memiliki perlindungan bayi cukup bulan.

6. Hiperbilirubinemia

Ketidakmatangan hati dapat menyebabkan hal ini. Tanpa glucurinyl transferase, bilirubin indirek tidak dapat diubah menjadi bilirubin direk, dan kadar albumin darah tidak dapat mengangkut bilirubin dari jaringan ke hati. Bayi baru lahir prematur harus memiliki 10 mg/dL bilirubin. Hiperbilirubinemia pada bayi prematur dapat menyebabkan kernikterus ireversibel jika tidak ditangani.

7. ¹ Kerusakan integritas kulit

¹ Lemak subkutan sedikit. Kulit muda dan rapuh. Kurangnya sensitivitas dapat menyebabkan cedera kulit, terutama di daerah yang tertekan. Plester dapat membakar atau mengangkat kulit bayi.

(Pantiawati, 2015).

2.2.6 Dismaturitas

¹ Bayi dengan berat badan kurang menurut usia kehamilannya disebut bayi kecil menurut usia kehamilan (KMK). Ini berarti bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin, yang menyebabkan sirkulasi yang buruk dan efisiensi plasenta.

1. Faktor janin menyebabkan masalah pertumbuhan intrauterin.

a. Faktor janin

Infeksi janin kronis, disautonomia keluarga, keterbelakangan, kehamilan berulang, aplasia pankreas.

b. Faktor plasenta

Berat plasenta rendah, plasenta berongga, penurunan luas permukaan, vili placentitis, korio angiona, plasenta terlepas, sindrom transfusi kembar.

c. Faktor ibu

Toksemia, hipertensi, penyakit ginjal, hipoksemia (sinusitis, penyakit paru), malnutrisi, anemia sel sabit, ketergantungan (narkoba, alkohol, rokok) (Pantiawati, 2015).

2. Gejala klinis

Dismatur dapat berkembang menjadi prematur, aterm, dan strem, oleh karena itu gejalanya bervariasi. Bayi prematur dismatur memiliki gejala prematur gabungan keterbelakangan pertumbuhan dan menyusut. Bayi baru lahir aterm dan postmatur mengerut. Gejala insufisiensi plasenta tergantung pada berat badan bayi dan lamanya defisiensi; retardasi pertumbuhan dapat berkembang (kronis).

Defisit dalam rahim menyebabkan ketidaknyamanan janin, yang dibagi menjadi tiga kelompok:

- a. Gawat janin akut. Folikulitis Gangguan tersebut menyebabkan ketidaknyamanan prenatal, bukan keterbelakangan atau pengecilan perkembangan.
- b. Gawat janin subkutan dengan penyusutan tetapi tidak ada retardasi pertumbuhan.
- c. Gawat janin kronik. gawat janin Jelas perkembangannya lambat (Pantiawati, 2015).

1
3. Stadium bayi dismatur

- a. Stadium pertama. Tipis dan panjang, dengan kulit longgar dan kering, tetapi tidak ada noda mekonium.
- b. Stadium kedua. Kulit plasenta dan umbilikus berwarna kehijauan, menandakan kala I. Anoksia intrauterin menyebabkan mekonium dalam amnion mengendap di kulit, umbilikus, dan plasenta.
- c. Stadium ketiga. Kulit, kuku, dan tali pusar yang menguning merupakan indikator anoksia intrauterin kala II (Pantiawati, 2015).

1
4. Masalah bayi dismatur

a. Sindrom aspirasi mekonium

Hipoksia intrauterin menyebabkan janin terengah-engah. Mekonium juga akan bergabung dengan cairan ketuban. Cairan ketuban yang dihirup dengan mekonium memasuki paru-paru janin. Mekonium dalam sistem pernapasan bayi menyebabkan masalah pernapasan terkait kelahiran.

b. Hipoglikemia sistematik

Alasannya tidak diketahui, namun mungkin disebabkan oleh simpanan glikogen rendah pada bayi baru lahir dismatur. Hipoglikemia didiagnosis ketika neonatus dengan berat badan lahir rendah memiliki kadar gula darah di bawah 20mg/dl.

c. Penyakit membrane hialin

Karena perkembangan surfaktan paru yang tidak memadai, penyakit ini mempengaruhi bayi baru lahir prematur yang lahir sebelum 35 minggu.

d. Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia mempengaruhi bayi baru lahir dismatur lebih dari mereka dengan berat badan normal. Bayi baru lahir dismatur memiliki hati yang lebih kecil karena perkembangan yang buruk.

e. Asfiksia neonatorum

Bayi dewasa lebih rentan mengalami asfiksia neonatorum (Pantiawati, 2015).

2.2.7 Penatalaksanaan

Asuhan bayi BBLR meliputi pembersihan jalan napas, pemotongan dan perawatan tali pusat, pencucian badan bayi, pemberian obat mata, menjaga suhu tubuh dengan membungkus bayi dengan selimut hangat, dan menidurkan bayi dalam inkubator buatan dengan lampu pemanas. Kehilangan panas radiasi dan konveksi berkurang. Tubuh bayi harus selalu kering untuk menghindari

kehilangan panas melalui penguapan. Beri makan bayi. Jika hisapan lemah, bayi diberi makan perlahan. Jangan menyusu? Gunakan sendok atau pipet. Pasang sonde lambung/NGT jika tidak ada respon menghisap/menelan. Ajarkan orang tua cara membersihkan jalan napas bayi, mengatur suhu, menghindari infeksi, dan memberikan perawatan dan makanan sehari-hari (Muslihatun, 2015).

2

1. Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Bayi baru lahir prematur kehilangan panas tubuh dengan cepat karena pusat pengaturan panas mereka tidak bekerja dengan benar, metabolisme mereka buruk, dan permukaan tubuh mereka sangat besar. Bayi baru lahir prematur harus disimpan dalam inkubator untuk menghangatkan rahim. Jika Anda tidak memiliki inkubator, bayi prematur dapat dibungkus dengan kain di samping botol air panas atau dirawat menggunakan teknik kanguru.

Inkubator merawat bayi dengan berat badan lahir rendah. Inkubator modern mencakup kontrol suhu dan kelembaban, perangkat oksigen yang dapat disesuaikan, dan teknologi lain untuk meminimalkan kontaminasi selama pembersihan. BBLR dan bayi baru lahir yang sakit hidup lebih baik pada atau mendekati suhu netral. Dengan mengatur suhu permukaan, kelembaban relatif, dan aliran udara, suhu tubuh bayi dapat dijaga dalam parameter yang dapat diterima. Bahkan bayi baru lahir telanjang dapat mempertahankan suhu tubuh 36,5-37°C dengan suhu inkubator yang optimal. Tergantung pada ukuran dan

perkembangan bayi. Bayi baru lahir prematur mungkin memerlukan inkubator dan kaca plexiglass tahan panas, tutup kepala, atau pakaian.

Sebuah "jendela" atau "lengan" dapat digunakan untuk pengobatan. Inkubator dipanaskan hingga 29,40C untuk 1,7 kg bayi baru lahir dan 32,20C untuk bayi kecil sebelum memasukkan bayi ke dalam. Bayi baru lahir dirawat telanjang, yang memungkinkan pernapasan, gerakan, dan pengawasan pernapasan yang tepat. Kelembaban 40-60% membantu mengatur suhu tubuh.

Pemberian oksigen untuk mengurangi hipoksia dan sirkulasi yang buruk harus menghindari hiperoksia, yang dapat menyebabkan fibroplasia retrolental dan pulmonal. Jika memungkinkan, konsentrasi oksigen yang stabil dan sama diberikan menggunakan tudung, perangkat CPAP, atau tabung endotrakeal. Pemantauan terus menerus tekanan oksigen arteri (pO₂) pada bayi baru lahir yang diobati dengan oksigen diperlukan untuk mencegah hipoksia dan hiperoksia. Jika tidak ada inkubator, ubah suhu dan kelembapan menggunakan sinar panas, selimut, lampu penghangat, bantal penghangat, dan botol air hangat. Masker atau tabung intubasi mungkin diperlukan untuk memberikan oksigen. Bayi beberapa hari atau minggu harus dikeluarkan dari inkubator jika tidak ada perubahan suhu, warna kulit, aktivitas, atau efek terburuk (Varney, 2016).

2. Pengaturan dan Pengawasan Intake Nutrisi

Pengaturan dan pemantauan asupan gizi menentukan pilihan susu, rute pemberian, dan waktu pemberian pada bayi baru lahir BBLR.

Jika bayi dapat mengisap, ASI adalah yang terbaik. ASI adalah yang paling vital, oleh karena itu diberikan terlebih dahulu. Bayi yang tidak cukup mengisap dapat memperoleh ASI. Jika elemen penghisap tidak ada, susu dapat diekstraksi dan dikonsumsi menggunakan sendok atau probe perut. 200cc/kg BB/hari diberikan pertama kali. Jika ASI tidak tersedia atau tidak mencukupi, susu formula yang sebanding atau formula BBLR dapat digunakan.

Memberi makan bayi BBLR membutuhkan tindakan ekstra untuk menghindari regurgitasi dan menelan udara. Bayi dalam inkubator dengan sedikit sentuhan harus dibalik di sisi kanan mereka. Bayi yang lebih besar dapat diberi makan pangkuan.

Makanan diberikan melalui Naso Gastric Tube kepada bayi BBLR yang lebih kecil, kurang aktif dalam menghisap, dan sianosis saat minum dari botol atau menghisap ibunya (NGT). Jadwal makan bayi BBLR diubah. Bayi baru lahir dengan berat badan rendah diberi makan setiap jam.

Perut kecil dan enzim pencernaan yang belum berkembang mengganggu saluran pencernaan bayi prematur. Pertumbuhan membutuhkan 3 sampai 5 g/kgBB protein dan 110 g/kgBB kalori.

Setelah mengisap cairan lambung selama 3 jam, bayi diberi makan. Refleks menghisap lemah, oleh karena itu berikan sedikit cairan sesering mungkin (Varney, 2016).

3. Pencegahan Infeksi

Infeksi disebabkan oleh bakteri yang masuk ke dalam tubuh. Bayi BBLR rentan terhadap infeksi. Infeksi nosokomial sering terjadi. Kadar imunoglobulin serum yang buruk, aktivitas bakterisida neutrofil, dampak sitotoksik limfosit yang rendah, dan fungsi imunologis yang tidak berpengalaman menyebabkan kerentanan infeksi pada bayi baru lahir BBLR.

Penyakit lokal bayi menyebar dengan cepat. Perubahan perilaku bayi Anda dapat mengindikasikan penyakit umum, jadi waspadalah. Malas menghisap, gelisah, lesu, suhu tubuh tinggi, frekuensi pernapasan tinggi, muntah, diare, dan penurunan berat badan secara tiba-tiba.

Perawatan melindungi bayi BBLR dari infeksi. Bayi baru lahir BBLR harus menghindari interaksi dengan individu yang terinfeksi. Penanganan bayi baru lahir, perawatan tali pusat, mata, hidung, perawatan kulit, prosedur aseptik dan antiseptik, peralatan, isolasi pasien, pembatasan jumlah pasien, perencanaan kunjungan, menghindari perawatan yang lama, mencegah hipoksia, dan antibiotik yang sesuai memerlukan masker dan pakaian khusus. Bayi baru lahir prematur rentan terhadap infeksi karena sistem kekebalannya lemah, leukositnya belum matang, dan antibodinya

belum terbentuk sepenuhnya. Jadi, surveilans prenatal membantu menghindari kelahiran prematur/BBLR (Pantiawati, 2015).

4. Penimbangan Berat Badan

Perubahan berat badan mencerminkan nutrisi bayi dan sistem imunologi, oleh karena itu penimbangan yang cermat diperlukan.

5. Pemberian Oksigen

Kurangnya alveoli dan surfaktan menyebabkan ekspansi paru yang buruk pada bayi prematur BBLR. Konsentrasi O₂ yang tinggi dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan kebutaan dengan merusak jaringan retina bayi.

6. Pengawasan Jalan Nafas

Saluran udara meliputi hidung, tenggorokan, trakea, bronkiolus, dan saluran alveolar. Asfiksia, hipoksia, dan kematian terjadi akibat obstruksi jalan napas. Bayi baru lahir BBLR tidak dapat menyesuaikan diri dengan asfiksia lahir, sehingga mereka mungkin mengalami asfiksia perinatal.

Bayi BBLR tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup dari plasenta karena apnea dan insufisiensi surfaktan. Dalam kondisi ini, jalan napas harus dibersihkan setelah melahirkan (aspirasi lendir), dan pernapasan harus dirangsang dengan menggosok atau menjentikkan tumit. Jika gagal, ventilasi, intubasi endotrakeal, pijat jantung, dan pengiriman oksigen dilakukan. Hal

ini mencegah dan mengatasi asfiksia, menurunkan angka kematian bayi BBLR (Pantiawati, 2015).

2.2.8 Pencegahan

Pencegahan adalah kunci untuk bayi baru lahir BBLR

1. Mulai lebih awal dan tingkatkan pemeriksaan kehamilan hingga empat kali lipat. Ibu hamil yang dicurigai berisiko, terutama yang memiliki anak BBLR, harus diberitahu, dipantau, dan dikirim ke fasilitas yang lebih kompeten.
2. Pendidikan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin, indikator risiko selama kehamilan, dan perawatan diri selama kehamilan agar dapat menjaga kesehatannya dan janin yang dikandungnya tepat.
3. Ibu harus menjadwalkan kelahirannya pada usia reproduksi yang sehat (20-34 tahun)
4. Sektor lain harus membantu peningkatan pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga untuk meningkatkan pelayanan antenatal dan gizi ibu selama kehamilan (Pantiawati, 2015).

BAB 3 METODE

3.1 Strategi Pencarian

Penelitian ini merangkum berbagai penelitian sebelumnya untuk menyampaikan fakta-fakta terkait.

3.1.1 *Framework* atau Kerangka Kerja

Tinjauan pustaka ini menggunakan sistem kerja PICOS untuk mengevaluasi dan menyajikan temuan.

1. **Populasi**, ibu dan bayi.
2. **Intervensi**, manajemen kasus atau tatalaksana
3. **Comparison**, manajemen lain.
4. **Outcome**, hasil penelitian.
5. **Study Design**, desain jurnal.

3.1.2 *Keyword* atau Kata Kunci

Menggunakan kata kunci untuk memperluas atau mempersempit pencarian Anda akan membantu Anda menemukan artikel atau publikasi yang tepat. Kata kunci penelitian ini adalah ⁶ “*Parity*”, “*Low Birth Weight*”, “*Paritas*”, dan “*Berat badan lahir rendah*”.

3.1.3 *Database*

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari penulis sebelumnya, bukan observasi langsung. Menggunakan database,

sumber data sekunder seperti *Biomed*, *NCBI*, *Plos One* dan *Google Scholar*.

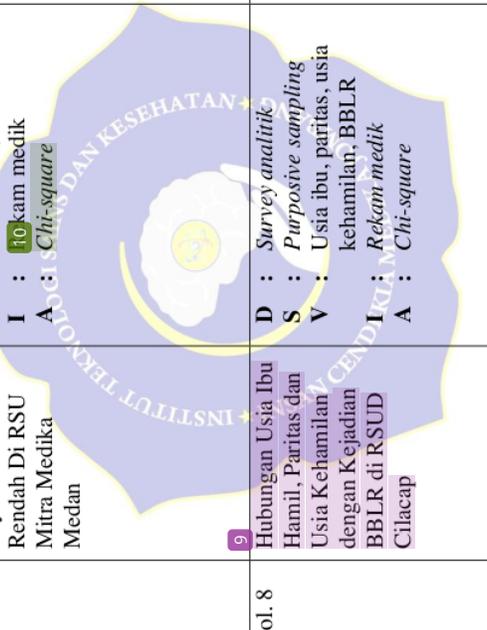
3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Tabel 3.1 Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Jurnal nasional dan internasional yang berhubungan dengan topik penelitian yakni masalah hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah	Jurnal nasional dan internasional selain topik penelitian masalah hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah
<i>Intervention</i>	Tidak ada intervensi	Konseling, faktor medikasi, health edukasi
<i>Comparison</i>	Tidak ada faktor pembandingan	Tidak ada faktor pembandingan
<i>Outcome</i>	Ada hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah	Tidak ada hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah
<i>Study Design</i>	<i>Mix methods study, cross-sectional study, case-control study, qualitative study, experimental study</i>	Buku, <i>Review Artikel</i> , <i>Conference abstrak</i>
Tahun Terbit	Artikel atau jurnal yang terbit tahun 2018 – 2022	Artikel atau jurnal yang terbit sebelum tahun 2018
Bahasa	Bahasa Inggris dan bahasa Indonesia	Selain bahasa Inggris dan bahasa Indonesia

3.2.1 Hasil pencarian

7
Tabel 3.2.2 Daftar artikel hasil pencarian

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
1.	Septemberna Br. Sembiring, Debby Pratiwi, Aprilian Sarumaha	2019	Vol. 2	Hubungan Usia, Paritas Dan Usia Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah Di RSU Mitra Medika Medan	<p>D : Cross sectional S : Total sampling V : Usia, Paritas, Usia Kehamilan, BBLR I : 10 kam medik A : Chi-square</p> 	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia ibu dengan bayi berat lahir rendah dengan uji chi kuadrat diperoleh p0,05 (0,000), paritas ibu dengan bayi berat lahir rendah dengan uji chi kuadrat diperoleh p0,05 (0,034), dan usia kehamilan dengan rendah berat badan lahir bayi dengan uji chi-square diperoleh p0,05 (0,015).</p>	<p>Google Scholar http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/ibk/article/view/4110/159</p>
2.	Evy Apriani, Ahmad Subandi, Ahmad Khusni Mubarok	2021	Vol. 8	Hubungan Usia Ibu Hamil, Paritas dan Usia Kehamilan dengan Kejadian BBLR di RSUD Cilacap	<p>D : Survey analitik S : Purposive sampling V : Usia ibu, paritas, usia kehamilan, BBLR I : Rekami medik A : Chi-square</p>	<p>Usia dan paritas tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan BBLR di RSUD Cilacap (usia pv = 0,656 dan paritas pv = 0,236), tetapi usia kehamilan memiliki pengaruh yang bermakna. (BBLR) di RSUD Cilacap (usia kehamilan pv = 0,000) dengan OR = 20,213 pada CI = (6,332-64,522) yang menunjukkan usia</p>	<p>Google Scholar https://ejournal.stikesalirsyadelp.ac.id/index.php/Tens/article/view/286/253</p>

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
3.	Fitri Handayani, Herlin Fitriani, Cahaya Indah Lestari	2019	Vol. 4	Hubungan Umur Ibu Dan Paritas Dengan Kejadian BBLR Di Wilayah Puskesmas Wates Kabupaten Kulon Progo	<p>D : Case control dengan pendekatan retrospektif</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : Umur, paritas, BBLR</p> <p>I : Kohort dan rekam medik</p> <p>A : Chi square</p>	<p>kehamilan⁹prematurn memiliki 20,213 kali kejadian BBLR dibandingkan dengan paritas risiko rendah.</p> <p>Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dan BBLR dengan p-value 0,310 (OR=0,519, CI=187-1,438) dan hubungan antara paritas dan BBLR dengan p-value 0,037 (OR=0,214, CI= 055-838).</p>	<p>Google Scholar</p> <p>https://journal.ummat.ac.id/index.php/MJ/article/view/808</p>
4.	Sofiana Nappu, Yusnita Julyami Akri, Suhartik	2021	Vol. 11	Hubungan Paritas Dan Usia Ibu Dengan Kejadian BBLR di RS Ben Meri Malang	<p>D : Survey analysis korelasi dengan pendekatan cross sectional</p> <p>S : Total sampling</p> <p>V : BBLR, paritas, s usia ibu</p> <p>I : Rekam medik</p> <p>A : Analisis regresi linear berganda</p>	<p>Variabel paritas (X1) memiliki nilai t-hitung sebesar 6,131 > t tabel 2,048, menunjukkan adanya hubungan yang subs⁴nsial dengan BBLR (Y). Variabel usia ibu (X2) memiliki t-hitung sebesar 5,097 > 2,048, menunjukkan adanya hubungan⁴ yang signifikan dengan BBLR (Y). Nilai F yang diturunkan sebesar 11,534 > dari nilai F 0,05 (3,35) menunjukkan bahwa paritas (X1) dan usia ibu</p>	<p>Google Scholar</p> <p>https://jurnal.umri.ac.id/index.php/biomed/article/view/2438</p>

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
5.	Dhiah Dwi Kusumawati, Rochary Septiyaningsih	2020	Vol. 3	Hubungan Paritas dengan Kejadian BBLR di RSUD Cilacap	<p>D : Case control S : Purposive sampling V : Paritas, BBLR, prematuritas I : Rekam medik A : Chi-square</p>	<p>42) berpengaruh terhadap kejadian BBLR (Y). Koefisien regresi (Rsquare) sebesar 0,648 menunjukkan bahwa variabel bebas berpengaruh terhadap kejadian BBLR sebesar 64,8%, 4) dangkan sisanya sebesar 35,2% dipengaruhi oleh faktor lain.</p> <p>Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara paritas dengan kejadian BBLR di RSUD Cilacap ($p = 0,002 < \alpha = 0,05$; OR = 4,182; CI 95% = 1,641-10,657).</p>	<p>Google Scholar http://ejournal.uji.ac.id/index.php/1M/article/view/641</p>
6.	Sitti Nur Intang	2020	Vol. 9	Hubungan antara Umur Ibu dan Paritas dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Umum Daerah Batara Siang Pangkep	<p>D : Penelitian survey dengan pendekatan cross sectional study S : Purposive sampling V : BBLR, umur, paritas I : Rekam medik A : Chi square</p>	<p>Dari 336 persalinan¹¹ terdapat 178 bayi BBLR dengan paritas 1>3 sebanyak 105 (58,9%) dan paritas 2-3 sebanyak 73 (41,0%) bayi normal 158 dengan p¹¹as 1>3 sebanyak 92 (58,2%) dan paritas 2¹⁶ sebanyak 66 (41,7%) Uji Chi-square menunjukkan tidak ada hubungan antara</p>	<p>Google Scholar https://journal.ikti9.id/CPHU/article/view/331</p>

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
7.	Winda Wahyuni, Nila Alfa Fauziah, Muhammad Romadhon	2021	Vol. 8	Hubungan Usia Ibu, Paritas Dan Kadar Hemoglobin Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatera Selatan	<p>D : Deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross sectional.</p> <p>S : purposive sampling</p> <p>V : usia ibu, paritas, kadar hemoglobin, kejadian BBLR</p> <p>I : Rekam medik</p> <p>A : Chi square</p>	<p>paritas ibu dengan berat badan lahir rendah ($p = 0,978$). (BBLR).</p> <p>Hasil menunjukkan hubungan antara usia ibu dan BBLR ($p = 0,006$), paritas dan BBLR ($p = 0,005$), dan kadar hemoglobin dan BBLR ($p = 0,006$).</p>	<p>Google Scholar</p> <p>https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/view/15297</p>
8.	Yujin Oh, Jisuk Bae	2019	Vol. 8	Impact of Changes in Maternal Age and Parity on the Distribution Trends in the Low Birth Weight and Very Low Birth Weight Rates in South Korea, 2005-2015	<p>D : Case control</p> <p>S : Total Sampling</p> <p>V : Infant, Low birth weight, Very low birth weight, Maternal age, Parity</p> <p>I : Book register</p> <p>A : Chi-square</p>	<p>Dari hasil penelitian didapatkan selama periode penelitian, total kenaikan tingkat LBW dan VLBW adalah 1,43% p dan 0,25% p, masing-masing. Di antara kelahiran tunggal, perubahan dalam AP-dis menyumbang 79% (0,34% p) dan 50% (0,06% p) dari total kenaikan tingkat LBW dan VLBW, masing-masing. Sementara itu, di antara beberapa kelahiran, perubahan ap-dis tidak berkontribusi pada peningkatan tingkat LBW dan VLBW, dengan 100%</p>	<p>NCBI</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459761/</p>

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
9.	Anna Merklinger-Gruchala, Grazyna Jasienska, Maria Kapiszewska	2019	Vol. 14	<i>Paternal investment and low birth weight – The mediating role of parity</i>	D : Cross sectional S : Total sampling V : Parity, low birth weight I : Medical record A : Chi square	Ibu multiparitas memiliki anak dengan berat badan lahir rendah (1,48; 95% CI 1,05-2,08), sedangkan ibu primipara tidak (1,19; 95% CI 0,89-1,59). Faktor Sinergi = 2,12; 95% CI 1,47-3,05, p0,001 antara paritas dan investasi ayah.	<i>Plos One</i> https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210715
10.	Ana Garces, Wilton Perez, Margo S. Harrison	2020	Vol. 17	<i>Association of parity with birthweight and neonatal death in five sites: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study</i>	D : Case control S : Total sampling V : Nulliparity, Birth weight, Neonatal death, Pregnancy outcomes, Global network I : Medical record A : Z-scores	Dari hasil penelitian didapatkan 15.121 wanita memenuhi syarat dan termasuk. Bayi dari wanita nulliparous memiliki BWs rata-rata yang lebih rendah (laki-laki: 2676 gr, betina: 2587 gr, total: 2634 gr) dan usia kehamilan disesuaikan berat untuk usia z-skor (laki-laki: - 0,73, perempuan: - 0,77, total: - 0,75.) daripada wanita dengan satu atau lebih kehamilan sebelumnya. Perbedaan terbesar adalah antara nol. dan satu	<i>Biomed</i> https://reproductivhealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01025-3

No	Author	Tahun	Volume	Judul	Metode	Hasil	Database
7						<p>kehamilan sebelumnya di antara bayi perempuan. Asosiasi paritas dengan BW dan z-skor tetap bahkan setelah penyesuaian untuk usia ibu, tinggi ibu, pendidikan ibu, kunjungan perawatan antenatal, gangguan hipertensi, dan status sosial ekonomi. Wanita nulliparous juga memiliki tingkat kematian neonatal 28 hari yang lebih tinggi < (27.7 per 1.000 kelahiran hidup) daripada wanita parous (17,2 dan 20.7 untuk paritas masing-masing 1-3 dan ≥ 4). Risiko kelahiran prematur Lebih tinggi di antara wanita dengan ≥ 4 kehamilan sebelumnya (15,5%) dibandingkan dengan 11,3% untuk kelompok nulliparous dan 11,8% untuk wanita dengan satu hingga tiga k⁷amilan sebelumnya ($p = 0,0072$).</p>	

BAB 4

HASIL DAN ANALISIS

4.1 Hasil *Literature Review*

Tabel 4.1 Karakteristik *literature review*

No	Kategori	Frekuensi	Prosentase
A. Tahun Publikasi			
1.	2019	4	40%
2.	2020	3	30%
3.	2021	3	30%
Jumlah		10	100%
B. Desain Penelitian			
1.	<i>Cross sectional</i>	5	50%
2.	<i>Case control</i>	4	40%
3.	<i>Survey analitik</i>	1	10%
Jumlah		10	100%
C. Sampling			
1.	<i>Total sampling</i>	6	60%
2.	<i>Purposive sampling</i>	4	40%
Jumlah		10	100%
D. Instrumen Penelitian			
1.	<i>Medical record/</i> rekam medis	8	80%
2.	Register	1	10%
3.	Kohort dan rekam medik	1	10%
Jumlah		10	100%
E. Analisis Statistik			
1.	<i>Chi-square</i>	8	80%
2.	<i>Analisis regresi linear</i>	1	10%
3.	<i>Z-scores</i>	1	10%
Jumlah		10	100%

Analisis tinjauan pustaka menemukan bahwa sekitar setengah dari literatur yang dipelajari diterbitkan pada tahun 2019, dengan 4 ulasan, dan pada tahun 2020 dan 2021, masing-masing memiliki 3 ulasan, mewakili 30% dari total. Desain berasal dari tinjauan literatur yang setengah cross-sectional (50%). Lebih dari setengah dari 6 literatur (60%) menggunakan total sample dan simple random sampling, dan sebagian besar literatur yang diteliti menggunakan rekam medis yaitu 8 literature review (80%), dan sebagian

besar literatur yang diambil dalam melakukan analisis Chi-square adalah 8 literatur (80%).

4.2 Analisis Literature Review

Tabel 4.2 Analisis literature review

Hasil Literatur Review	Sumber Empiris Utama
Paritas	
Hasil 10 studi yang dinilai menggunakan tanggapan berbasis paritas, menurut penelitian tersebut.	(Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019, Apriani, Subandi and Mubarak, 2021, Yujin Oh and Bae, 2019, Handayani, Fitriani and Lestari, 2019, Nappu, Akri and Suhartik, 2021, Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019, Kusumawati and Septiyaningsih, 2020, Intang, 2020, Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021).
Berat badan lahir rendah	
Hasil analisis dari 10 artikel yang direview menunjukkan bahwa penelitian dilakukan pada responden dengan berat badan lahir rendah	(Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019, Apriani, Subandi and Mubarak, 2021, Yujin Oh and Bae, 2019, Handayani, Fitriani and Lestari, 2019, Nappu, Akri and Suhartik, 2021, Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019, Kusumawati and Septiyaningsih, 2020, Intang, 2020, Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021).
Hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah	
Hasil analisis dari literatur review didapatkan bahwa ada hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah	(Handayani, Fitriani and Lestari, 2019; Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019; Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019; Yujin Oh and Bae, 2019; Garces <i>et al.</i> , 2020; Intang, 2020; Kusumawati and Septiyaningsih, 2020; Apriani, Subandi and Mubarak, 2021; Nappu, Akri and Suhartik, 2021; Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021).

Paritas 2 dan 3 menurunkan angka kematian ibu dan perinatal. Pada paritas 1 dan 4, kematian ibu dan bayi baru lahir BBLR lebih besar. Kelahiran pertama, keempat, dst. meningkatkan risiko kesehatan ibu dan anak. Kehamilan dan persalinan pertama kali meningkatkan risiko kesehatan seperti kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. Organ reproduksi ibu membutuhkan banyak energi untuk mempersiapkan kehamilan. Selama

kehamilan, energi tersebut memicu perkembangan janin dan persiapan rahim. ⁵ Salah satunya adalah menggunakan energi untuk meningkatkan kelenturan otot rahim sehingga bayi dapat berkembang dan mendapatkan nutrisi dengan mudah. Janin juga akan mencoba jalan lahir baru (Winkjosastro, 2016).

Hasil literatur review 10 artikel penelitian (Handayani, Fitriani and Lestari, 2019; Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019; Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019; Yujin Oh and Bae, 2019; Garces *et al.*, 2020; Intang, 2020; Kusumawati and Septiyaningsih, 2020; Apriani, Subandi and Mubarak, 2021; Nappu, Akri and Suhartik, 2021; Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021) didapatkan bahwa Berat lahir terkait dengan paritas. Sebuah survei terhadap 10 publikasi penelitian menemukan bahwa paritas menyebabkan BBLR. Kematian ibu terendah dengan anak kedua dan ketiga. Kelahiran pertama atau lebih dari tiga kali membahayakan ibu dan janin. Setelah tiga kali melahirkan, seorang wanita berisiko memiliki anak cacat atau berat badan lahir rendah. Lebih dari tiga kelahiran meningkatkan kematian ibu. ⁵ Peneliti juga beranggapan bahwa kehamilan pertama biasanya merupakan pengalaman pertama bagi ibu untuk hamil, sehingga ibu menjadi cemas dan memikirkan banyak hal tentang kehamilan dan persalinan. Hal ini menyebabkan ibu tidak dapat menjaga status gizinya dan janin yang dikandungnya, yang dapat berujung pada melahirkan bayi BBLR. Memiliki lebih dari tiga anak meningkatkan risiko kesehatan ibu hamil selama persalinan, yang dapat menimbulkan masalah bagi ibu dan bayi serta bayi baru lahir BBLR.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Paritas

Hasil literatur review 10 artikel penelitian (Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019, Apriani, Subandi and Mubarak, 2021, Yujin Oh and Bae, 2019, Handayani, Fitriani and Lestari, 2019, Nappu, Akri and Suhartik, 2021, Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019, Kusumawati and Septiyaningsih, 2020, Intang, 2020, Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021) didapatkan bahwa paritas mempengaruhi kejadian berat badan lahir rendah.

Paritas adalah kelahiran berusia 20 minggu, hidup atau mati. Paritas ibu adalah frekuensi kelahiran hidup atau mati, bukan aborsi. Paritas yang tinggi mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Kehamilan dan persalinan berulang merusak pembuluh darah di dinding rahim dan mengurangi daya lentur (elastisitas) jaringan yang sering teregang selama kehamilan, sehingga mengakibatkan persalinan dengan berat badan lahir rendah. Temuan penelitian ini mendukung anggapan bahwa memiliki lebih dari empat anak dapat menyebabkan kelainan perkembangan janin, mengakibatkan berat badan lahir rendah dan perdarahan selama persalinan karena rahim yang lemah. Ibu berusia 20 tahun lebih banyak melahirkan BBLR. Kondisi tubuh dan kesehatan ibu lanjut usia mulai menurun, yang dapat berdampak pada janin dalam kandungan dan menghasilkan berat badan lahir rendah (Saifudin, 2015). Winkjosastro (2016) menemukan bahwa paritas 1 dan >4 telah meningkatkan angka kematian ibu dan bayi. Lebih banyak

paritas, lebih banyak kematian. Kebanyakan ibu dengan paritas rendah tidak siap untuk hamil. Pada usia kurang dari 20 tahun, organ reproduksi belum berfungsi secara sempurna, rahim dan panggul ibu belum berkembang menjadi ukuran dewasa, sehingga kehamilan dan persalinan lebih rentan terhadap masalah. Pada usia lebih dari 35 tahun, proses degeneratif mulai mempengaruhi kesehatan reproduksi. Degenerasi menyebabkan sklerosis pada arteri kecil dan arteriol miometrium, menghasilkan aliran darah yang tidak teratur dan maksimal ke endometrium. Hal ini dapat mempengaruhi transportasi nutrisi dari ibu ke bayi dan mengganggu perkembangan janin (Prawirohardjo, 2016).

Menurut peneliti paritas sebelum usia 20 adalah reproduksi fisik dan prematur psikologis. Primipara sering memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah. Wanita grandemultipara berusia di atas 35 tahun mengalami penurunan sistem reproduksi secara fisik dan fisiologis, mengakibatkan perlekatan plasenta yang buruk dan asupan makanan dan oksigen yang tidak memadai ke janin, menyebabkan berat badan lahir rendah.

5.2 Berat Badan Lahir Rendah

Hasil literatur review 10 artikel penelitian (Septemberna Br. Sembiring, 2018, Evy Apriani, 2018, Yujin Oh, 2018, Fitri Handayani, 2019, Sofiana Nappu, 2019, Anna Merklinger, 2019, Dhiah Dwi Kusumawati, 2020, Sitti Nur Intang, 2020, Ana Garces, 2020, Winda Wahyuni, 2021) didapatkan bahwa berat badan lahir rendah dipengaruhi paritas.

Menurut (Intang, 2020), remaja dan ibu di atas 40 tahun paling banyak memiliki anak dengan berat badan lahir rendah. Ibu yang belum dewasa

biasanya terlalu muda. Bahkan jika sudah dialami oleh wanita usia lanjut, kondisi fisik ¹⁰ dan kesehatannya sudah mulai menurun, yang dapat merusak janin dalam kandungan dan melahirkan BBLR. Menurut Abdul Bari, (2015), usia 20-35 tahun merupakan usia yang sehat bagi ibu untuk hamil. Kehamilan ⁶ di bawah 20 tahun atau di atas 30 tahun berisiko tinggi. Pada usia 20 tahun, kondisi ibu masih berkembang, sehingga asupan makanan lebih banyak dimanfaatkan sesuai dengan kebutuhannya. Kehamilan di atas 35 tahun meningkatkan risiko cacat bawaan dan kelahiran prematur karena organ reproduksi yang lebih sedikit. Berdasarkan penelitian dan teori yang telah diuraikan di atas, peneliti berpendapat bahwa usia dapat mempengaruhi ibu untuk melahirkan bayi BBLR karena pada saat itu usia ibu adalah 20 tahun, karena ibu masih kurang pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan, dan karena pendataan menunjukkan ibu yang melahirkan. Wanita berusia 18 dan 19 tahun itu masih remaja. Ibu berusia >35 tahun juga berisiko memiliki anak BBLR karena lebih rentan terhadap gangguan degeneratif dan kondisi fisik yang lebih buruk.

Menurut peneliti bayi berat lahir rendah tidak siap ⁶ untuk hidup di luar rahim. Bayi akan menyesuaikan diri dengan lambat, mengalami masalah pernapasan, ⁶ kehilangan panas tubuh, dan memiliki kadar gula yang rendah. Penanganan BBLR dan BBLR memerlukan perhatian yang terus menerus untuk mencegah kecacatan dan kematian. BBLR dan BBLR membutuhkan inkubator untuk menggantikan rahim ibu. Neo-PAP menyediakan oksigen. Amati kebutuhan nutrisi menggunakan pipet setiap 2 jam, prioritaskan menyusui daripada susu formula. Layanan Metode Kanguru (PMK)

membantu keluarga dengan bayi baru lahir BBLR untuk menjaga suhu tubuh dan nutrisi setelah keluar.

5.3 ³ Hubungan Paritas Dengan Berat Badan Lahir Rendah

Hasil literatur review 10 artikel penelitian (Handayani, Fitriani and Lestari, 2019; Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019; Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019; Yujin Oh and Bae, 2019; Garces *et al.*, 2020; Intang, 2020; Kusumawati and Septiyaningsih, 2020; Apriani, Subandi and Mubarak, 2021; Nappu, Akri and Suhartik, 2021; Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021) didapatkan bahwa ada hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah.

Kelahiran prematur paling banyak menyebabkan BBLR. Usia, paritas, dan karakteristik lainnya bersifat keibuan. Berat badan lahir rendah dapat disebabkan oleh faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/multiple, dan akan terjadinya partus preterm (Pantiawati, 2015). Hipertensi pada kehamilan terjadi sebelum, selama, atau setelah kehamilan. Hal ini menyebabkan masalah perkembangan janin intrauterin dan berat badan lahir rendah (Proverawati, A dan Cahyo, 2015). ¹⁶ BBLR dan kematian perinatal meningkat dengan paritas ibu, terutama setelah 3. Paritas yang terlalu banyak mengganggu aktivitas pembuluh darah uterus. Kehamilan ganda merusak dinding pembuluh darah rahim. Hal ini dapat meningkatkan atonia uteri dan berdampak pada pemberian makan janin di masa depan. Hal ini dapat menyebabkan masalah pertumbuhan dan bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah (Wikjosastro, 2014).

Menurut peneliti kehamilan pertama umumnya merupakan kehamilan pertama ibu, oleh karena itu dia khawatir dan khawatir tentang kehamilan dan proses persalinan. Kurangnya pengetahuan dan pengalaman ¹⁰ membuat ibu kurang mampu menjaga kondisi gizi dan janin yang dikandungnya, sehingga menyebabkan bayi baru lahir ³ dengan berat badan lahir rendah. Lebih dari tiga anak meningkatkan risiko kesehatan ibu hamil selama persalinan, menyebabkan masalah bagi ibu dan bayi. Paritas tinggi mengurangi fleksibilitas rahim, yang dapat menyebabkan perkembangan plasenta dan janin yang tidak tepat dan anak-anak dengan berat badan lahir rendah.



BAB 6

PENUTUP

Kesimpulan dari 10 jurnal (Sembiring, Pratiwi and Sarumaha, 2019, Apriani, Subandi and Mubarak, 2021, Yujin Oh and Bae, 2019, Handayani, Fitriani and Lestari, 2019, Nappu, Akri and Suhartik, 2021, Merklinger-Gruchala, Jasienska and Kapiszewska, 2019, Kusumawati and Septiyaningsih, 2020, Intang, 2020, Wahyuni, Fauziah and Romadhon, 2021) dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah.



Hubungan Paritas Dengan BBLR

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

18%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

5%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	ml.scribd.com Internet Source	2%
2	beranicoba-cobaberani.blogspot.com Internet Source	1%
3	repository.ucb.ac.id Internet Source	1%
4	jurnal.unitri.ac.id Internet Source	1%
5	ejournal.unsri.ac.id Internet Source	1%
6	journal.umg.ac.id Internet Source	1%
7	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	1%
8	journal.stikespemkabjombang.ac.id Internet Source	1%
9	academic-accelerator.com Internet Source	1%

10	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1 %
11	123dok.com Internet Source	1 %
12	www.slideshare.net Internet Source	1 %
13	yunyunda.blogspot.com Internet Source	1 %
14	ejournal.unesa.ac.id Internet Source	1 %
15	core.ac.uk Internet Source	1 %
16	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography Off