

**HUBUNGAN ANEMIA PADA IBU HAMIL DENGAN
KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG
TAHUN 2014**

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh :

ALFREDA DEVINA SUSANTI

NIM : 70 2012 032



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2016**

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN ANEMIA PADA IBU HAMIL DENGAN
KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH
DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG
TAHUN 2014**

Dipersiapkan dan disusun oleh
ALFREDA DEVINA SUSANTI
NIM : 702012032

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal, 4 Februari 2016

Menyetujui,

dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc
Pembimbing Pertama

dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**



dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc

NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa:

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Palembang, 4 Februari 2016

Yang membuat pernyataan



Alfreda Devina Susanti

NIM: 702012032

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

"Dan apabila dikatakan: "Berdirilah kamu" maka berdirilah, niscaya Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat. Dan Allah maha mengetahui apa yang kamu kerjakan."
(Q.S Al-mujadilah 58: 11)

Alhamdulillah, puji dan syukur kepada Allah SWT yang senantiasa selalu memberikan kasih sayang, kesehatan dan karunia-Nya sehingga diberikan kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan skripsi ini.

Karya sederhana ini kupersembahkan kepada:

Kedua orang tua tercinta Ayah dan Mama, yang sangat berjasa dalam hidupku dan tak pernah lelah memberikan kasih sayang, semangat, serta dukungannya baik secara finansial maupun spiritual.

Adik-adikku tersayang alm. Dhimas Prabowo Susanto, Muhammad Rafi Susanto, dan Sasikirana Nijananda Susanti. Kalian adalah salah satu bagian dari semangat dan inspirasi terbesarku dalam menyelesaikan skripsi ini.

Dosen pembimbing terbaikku dr. HM. Ali Muchtar, M. Sc dan dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG, terima kasih atas ilmu dan kesabarannya dalam membantu menyempurnakan skripsi ini. Serta dosen penguji terbaikku Prof. Dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K), terima kasih atas masukan dan saran yang membangun untuk skripsi ini. Semoga selalu dalam lindungan Allah SWT dan diberikan balasan atas segala amal dan kebajikannya. Amin.

Sahabat-sahabat terkasih: umik Gaya, Yerni, Nong, Indah, Nabila, Muty dan Eci. Thanks to be my second family here and fulfill a part story of my life. Keep success guys, always be princess!

Teman seperjuangan skripsi: Evi, kiki dan nidiah. This is a part of process which teach us how to survive in mini-thesis life, an incredible learning!

Teman-teman sejawat angkatan 2012 serta pihak-pihak yang membantu, tetap jalin silaturahmi dan sukses selalu duodecim!

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2016
ALFREDA DEVINA SUSANTI**

Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014

xiii + 69 halaman + 12 tabel + 7 gambar + 7 lampiran

ABSTRAK

Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin kurang dari 10 g/dl selama kehamilan atau nifas. Di Indonesia, prevalensi anemia pada ibu hamil menurut SKRT tahun 2001 masih cukup tinggi yaitu 40,1%. Selain itu, anemia juga meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan yaitu bayi berat lahir rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei analitik dengan desain *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melahirkan di bangsal kebidanan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari-Desember 2014 sebesar 1678. Sampel dalam penelitian ini sebesar 358, diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Data yang diperoleh dianalisis dengan uji *chi-square*. Hasil penelitian ini menunjukkan prevalensi anemia pada ibu hamil di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 adalah 22,6% (n=81), sedangkan untuk prevalensi bayi berat lahir rendah adalah 29,6% (n=106). Dari uji *chi-square* didapatkan $p=0,027$ ($p < 0,05$) dan $PR=1,792$ (95% $CI=1,066-3,010$). Ada hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014. Anemia pada ibu hamil merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah.

Referensi : 42 (2002-2013)

Kata Kunci : Ibu hamil, Anemia, Bayi berat lahir rendah

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FACULTY OF MEDICINE**

**MINI THESIS, JANUARY 2016
ALFREDA DEVINA SUSANTI**

The Correlation of Anemia in Pregnant Woman with the Incidence of Low Birth Weight Infant at Hospital of Muhammadiyah Palembang in 2014.

xiii + 69 pages + 12 tables + 7 pictures + 7 attachments

ABSTRACT

Anemia in pregnant woman is the mother condition with a hemoglobin level less than 10 g/dl during pregnancy or puerperium. In Indonesia, the prevalence of anemia in pregnant woman according to SKRT in 2001 was still quite high about 40%. In addition, anemia also increased the risk of complication in pregnancy and labor such as low birth weight infant. The purpose of research is to determine the correlation of anemia in pregnant woman with the incidence of low birth weight infant at hospital of Muhammadiyah Palembang in 2014. It is analytic-survey with cross sectional design. The population are all of pregnant womans who have labor in obstetric ward at hospital of Muhammadiyah Palembang period January-December 2014 numbered 1678. The sample are 358, taken by using consecutive sampling technique. Data analyzed by chi-square test. The result of this research has shown that the prevalence of anemia in pregnant woman at hospital of Muhammadiyah Palembang in 2014 is 22,6% (n=81), and the prevalence of low birth weight infant is 29,6% (n=106). The chi-square test found $p=0,027$ ($p<0,05$) and $PR=1,792$ (95% $CI=1,066-3,010$). There is a significant correlation between anemia in pregnant woman with the incidence of low birth weight infant at hospital of Muhammadiyah Palembang in 2014. Anemia in pregnant woman is a risk factor for the incidence of low birth weight infant.

Reference : 42 (2002-2013)

Keywords : Pregnant woman, Anemia, Low birth weight infant

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “ Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014” sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, peneliti banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran. Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan kehidupan dengan sejujunya keimanan
2. Kedua orang tua yang selalu memberi dukungan baik materil maupun spiritual
3. Dekan dan staff Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
4. dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc selaku pembimbing I
5. dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG selaku pembimbing II
6. Prof. dr. H. Syakroni Daud Rusydi, Sp. OG (K) selaku penguji

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 4 Februari 2016



Alfreda Devina Susanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	iv
ABSTRAK.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Manfaat bagi Masyarakat	4
1.4.3 Manfaat bagi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang	4
1.4.4 Manfaat bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anemia pada Ibu Hamil	
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Etiologi	11

2.1.3	Gejala Klinis.....	15
2.1.4	Patofisiologi.....	15
2.1.5	Klasifikasi.....	16
2.1.6	Diagnosis	20
2.1.7	Penatalaksanaan.....	20
2.1.8	Komplikasi	21
2.2	Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)	
2.2.1	Definisi	21
2.2.2	Etiologi	22
2.2.3	Klasifikasi.....	23
2.2.4	Penatalaksanaan.....	24
2.3	Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan BBLR.....	25
2.4	Kerangka Teori.....	26
2.5	Hipotesis	
2.5.1	Hipotesis null.....	26
2.5.2	Hipotesis alternatif	26
 BAB III METODE PENELITIAN		
3.1	Jenis Penelitian.....	27
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian	
3.2.1	Waktu penelitian.....	27
3.2.2	Tempat Penelitian	27
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	
3.3.1	Populasi	27
3.3.2	Sampel	27
3.3.3	Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	28
3.3.4	Cara Pengambilan Sampel.....	28
3.4	Variabel Penelitian	
3.4.1	Variabel Bebas (<i>Independent Variable</i>).....	29
3.4.2	Variabel Terikat (<i>Dependent Variable</i>).....	29
3.5	Definisi Operasional	29

3.6 Cara Pengumpulan Data.....	31
3.7 Cara Pengolahan Analisis Data.....	32
3.8 Alur Penelitian	34

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil penelitian	
4.1.2 Analisis Univariat	35
4.1.2 Analisis Bivariat	42
4.2 Pembahasan	
4.2.1 Karakteristik Responden.....	43
4.2.2 Kejadian Anemia pada Ibu Hamil yang melahirkan.....	45
4.2.3 Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah	46
4.2.4 Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	47

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Saran.....	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BIODATA

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penenelitian	6
3.1 Karakteristik Responden	33
3.2 Hubungan Anemia pada Ibu Hamil yang melahirkan dengan BBLR.....	33
4.1 Distribusi Usia Ibu	35
4.2 Distribusi Paritas Ibu	36
4.3 Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu	37
4.4 Distribusi Anemia pada Ibu hamil yang melahirkan.....	38
4.5 Distribusi Usia Ibu Hamil yang melahirkan dengan Anemia.....	39
4.6 Distribusi Paritas Ibu Hamil yang melahirkan dengan Anemia	40
4.7 Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu Hamil yang melahirkan dengan Anemia	40
4.8 Distribusi Bayi Berat Lahir Rendah	41
4.9 Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah.....	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	26
3.1 Diagram Alur Penelitian.....	34
4.1 Distribusi Frekuensi Usia Ibu.....	36
4.2 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu	37
4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu.....	38
4.4 Distribusi Frekuensi Anemia pada Ibu hamil yang melahirkan	39
4.5 Distribusi Frekuensi Bayi Berat Lahir Rendah	41

DAFTAR LAMPIRAN

Gambar	Halaman
Lampiran 1 Data Rekam Medik	51
Lampiran 2 Hasil Analitik Statistik SPSS.....	61
Lampiran 3 Kartu Aktivitas Bimbingan Skripsi	65
Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian	66
Lampiran 5 Absen Penelitian Skripsi di bagian Rekam Medik Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	67
Lampiran 6 Berita Acara Selesai Pengambilan Data Penelitian	68
Lampiran 7 Surat Keterangan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.....	69

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kehamilan memicu berbagai perubahan fisiologis yang sering mempersulit diagnosis penyakit-penyakit hematologis dan penilaian terhadap pengobatannya. Hal ini terutama terjadi pada anemia. Salah satu perubahan yang paling bermakna adalah peningkatan volume darah dengan penambahan volume plasma yang lebih besar sehingga hematokrit secara normal menurun (Cunningham, 2012).

Anemia merupakan masalah medik yang paling sering dijumpai di klinik di seluruh dunia sebagai masalah kesehatan utama bagi wanita usia subur, terutama di negara berkembang. Selain itu, anemia juga berdampak besar terhadap kesejahteraan sosial, ekonomi, dan kesehatan fisik (Sudoyo, 2009).

Secara global prevalensi anemia di seluruh dunia pada tahun 2011 sekitar 29% pada wanita yang tidak hamil dan 38% pada wanita hamil berusia antara 15-49 tahun, sedangkan untuk prevalensi anemia tertinggi berada di wilayah Asia bagian Selatan dan Afrika Barat (Stevens et al, 2013). Dan menurut WHO (2008), prevalensi anemia pada ibu hamil diperkirakan di Asia sebesar 48,2%, Afrika 57,1%, Amerika 24,1%, dan Eropa 25,1%.

Kekurangan gizi pada ibu hamil juga masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian khusus. Kurang asupan zat besi pada wanita khususnya ibu hamil dapat menyebabkan anemia yang akan menambah risiko perdarahan dan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Di Indonesia, prevalensi anemia pada ibu hamil menurut SKRT tahun 2001 masih cukup tinggi yaitu 40,1% (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37,1%, dengan proporsi yang hampir sama antara kawasan perkotaan sebesar 36,7% dan perdesaan sebesar 37,8%. Masih tingginya prevalensi anemia pada ibu hamil ini merupakan tantangan utama dalam meningkatkan kesehatan ibu dengan

berupaya menurunkan proporsi anemia pada ibu hamil (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Defisiensi besi merupakan penyebab utama anemia di dunia terutama sering dijumpai pada wanita usia subur (Price & Wilson, 2005). Anemia defisiensi besi dapat terjadi karena kurangnya asupan zat besi dari makanan, adanya gangguan absorpsi di usus, perdarahan akut maupun kronis, dan meningkatnya kebutuhan zat besi (Sudoyo, 2009).

Anemia pada wanita usia subur dapat menimbulkan kelelahan, badan lemah, penurunan kapasitas, dan penurunan kemampuan atau produktivitas kerja (Price & Wilson, 2005). Anemia pada ibu hamil dapat memberikan dampak baik pada ibu maupun bayi yang akan dilahirkan. Anemia meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, yaitu risiko kematian maternal, angka prematuritas, bayi berat lahir rendah (BBLR), dan angka kematian perinatal. Selain itu, perdarahan *antepartum* dan *postpartum* lebih sering dijumpai pada wanita yang anemis dan lebih sering berakibat fatal, sebab wanita anemis tidak dapat mentolerir kehilangan darah. WHO menyatakan bahwa 40% kematian ibu-ibu di negara berkembang berkaitan dengan anemia pada kehamilan (Nina Herlina dan Fauzia Djamilus, 2004).

Bayi berat lahir rendah/BBLR (kurang dari 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. Bayi berat lahir rendah (BBLR) dibedakan dalam 2 kategori yaitu : BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *intrauterine growth retardation* (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang. Di negara berkembang banyak BBLR dengan IUGR karena ibu berstatus gizi buruk, Anemia, Malaria, dan menderita Penyakit Menular Seksual (PMS) sebelum konsepsi atau pada saat hamil (Dinkes Prov Sumsel, 2012).

Masalah utama penyebab kematian bayi dan balita adalah pada masa neonatus (bayi baru lahir umur 0-28 hari). Menurut hasil Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa 78,5% dari kematian neonatal terjadi pada umur 0-6 hari. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi

berat lahir rendah dan infeksi. Hasil Riskesdas tahun 2013 menyatakan bahwa persentase balita (0-59 bulan) dengan BBLR sebesar 10,2%. Persentase BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah (16,8%) dan terendah di Sumatera Utara (7,2%). Masalah pada bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) terutama pada prematur terjadi karena ketidakmatangan sistem organ pada bayi tersebut. Bayi berat lahir rendah mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi dan mudah terserang komplikasi. Masalah pada BBLR yang sering terjadi adalah gangguan pada sistem pernafasan, susunan saraf pusat, kardiovaskular, hematologi, gastro intestinal, ginjal, termoregulasi (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan uraian di atas, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan bayi berat lahir rendah (BBLR). Oleh karena itu, penulis melakukan penelitian dengan judul “ **Hubungan anemia pada Ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.**”

1.2. Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik usia ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.
2. Untuk mengetahui karakteristik paritas ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

3. Untuk mengetahui karakteristik tingkat pendidikan ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.
4. Untuk mengetahui prevalensi kejadian anemia pada ibu hamil di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.
5. Untuk mengetahui prevalensi kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.
6. Untuk mempelajari hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk:

1.4.1. Peneliti

Peneliti dapat menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman belajar riset tentang anemia pada ibu hamil dan bayi berat lahir rendah, serta dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh dari bangku kuliah untuk penelitian yang akan datang.

1.4.2. Masyarakat

Masyarakat dapat menambah pengetahuan terutama pada ibu hamil tentang perlunya mengetahui dan meningkatkan informasi mengenai anemia pada ibu hamil dan bayi berat lahir rendah.

1.4.3. Institusi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

1. Sebagai dokumentasi hasil pembelajaran riset dan dapat dijadikan kepustakaan di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
2. Sebagai informasi tambahan yang dapat digunakan nantinya.

1.4.4. Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang prevalensi anemia pada ibu hamil dan bayi berat lahir rendah pada pihak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang sehingga dapat dijadikan bahan kajian untuk perencanaan dan evaluasi program Kesehatan Ibu dan Anak dalam upaya menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ibu maupun anak.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama Peneliti	Tahun	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Anggi Setiawan, Nur Indrawaty Lipoeto, Amirah Zatil Izzah	2013	Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Bayi Lahir di Kota Pariaman	<i>Analitik Cross Sectional</i>	Ditemukan rata-rata kadar hemoglobin ibu hamil trimester III adalah 11.16 (SD 0,82) gr/dl dan ditemukan ibu hamil yang mengalami anemia sebesar 31,25%. Rata-rata berat bayi lahir pada penelitian adalah 3.103 (SD 405) gram dan ditemukan bayi yang mempunyai berat lahir rendah sebesar 3,1%. Penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan kadar hemoglobin ibu hamil trimester III dengan berat bayi lahir di kota Pariaman ($p>0,05$).

Estining-tyas	2010	Hubungan antara Anemia dalam Kehamilan dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta	<i>Analitik Case Control</i>	<p>Penelitian dilakukan terhadap 30 kasus dan 30 kontrol. Sejumlah 19 kasus (31,7%) mengalami anemia, diantaranya 15 kasus (78,9%) melahirkan bayi BBLR dan 4 kasus (21,1%) melahirkan bayi tidak BBLR. Dan terdapat 41 kasus ibu hamil tidak anemia, diantaranya 15 kasus (36,6%) melahirkan bayi BBLR dan 26 kasus (63,4%) melahirkan bayi tidak BBLR. Terdapat hubungan signifikan antara anemia dalam kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD dr. Moewardi Surakarta ($p=0,002$) serta ada asosiasi positif antara faktor risiko ($OR=6,5$). Hal ini berarti anemia dalam kehamilan meningkatkan kejadian BBLR.</p>
---------------	------	---	------------------------------	--

Ratih Suci 2013 Wijaya	Hubungan Anemia pada Ibu hamil dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi periode 19 April 2013-31 Mei 2013	Deskriptif- Analitik <i>Cross sectional</i>	Angka kejadian anemia pada ibu hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi Periode 19 April-31 Mei 2013 adalah 56 (57,7%). Angka kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD Raden Mattaher Jambi Periode 19 april- 31 Mei 2013 adalah 12 (12,4%). Dari hasil analisis Chi Square menunjukkan adanya hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah. P-value ($p=$ <i>0,026</i>) dan <i>Odds Rasio</i> (OR) = 9,778.
---------------------------	---	---	--

Aisyah Tarya Utari Putri	2014	Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan Kejadian BBLR di RSUD Samarinda tahun 2013	<i>Analitik</i> <i>Case</i> <i>Control</i>	Usia ibu yang paling banyak adalah usia 25-29 tahun (31,5%) dengan paritas ibu yang tersering adalah pada paritas 1 (48,1%) sedangkan menurut jenjang pendidikan adalah tingkat pendidikan SMA (50%). Anemia dapat menyebabkan peningkatan kejadian BBLR, terlihat dari nilai <i>Odds ratio</i> (OR) = 4,08. Angka kejadian anemia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tahun 2013 sebesar 9,7% dan anemia merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
--------------------------------	------	--	--	---

Sumber: Estiningtyas, 2010; Setiawan dkk, 2013; Wijaya, 2013; Putri, 2014

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anemia pada Ibu hamil

2.1.1 Definisi

Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin di bawah 11 g/dl pada trimester I dan III atau kadar hemoglobin < 10,5 g/dl pada trimester II (Depkes RI, 2009).

Pengukuran-pengukuran hematologis terinci pernah dilakukan pada wanita hamil. Anemia didefinisikan sebagai konsentrasi hemoglobin kurang dari 12 g/dl pada wanita tidak hamil dan kurang dari 10 g/dl selama kehamilan atau nifas. *Centers For Disease Control and Prevention* (1998) mendefinisikan anemia pada wanita hamil yang mendapat suplemen besi dengan menggunakan batas/patokan (*cutoff*) persentil kurang dari 11 g/dl pada trimester pertama dan ketiga, dan kurang dari 10,5 g/dl pada trimester kedua (Cunningham, 2012).

Selama hamil volume darah meningkat 50% dari 4 ke 6 L, volume plasma meningkat sedikit menyebabkan penurunan konsentrasi Hb dan nilai hematokrit. Penurunan ini lebih kecil pada ibu hamil yang mengkonsumsi zat besi. Kenaikan volume darah berfungsi untuk memenuhi kebutuhan perfusi dari uteroplasenta. Ketidakseimbangan antara kecepatan penambahan plasma dan penambahan eritrosit ke dalam sirkulasi ibu biasanya memuncak pada trimester kedua (Smith et al., 2010).

Penurunan ringan kadar hemoglobin selama kehamilan disebabkan oleh ekspansi volume plasma yang relatif lebih besar dibandingkan dengan peningkatan volume sel darah merah. Disproporsi antara kecepatan penambahan plasma dan eritrosit ke dalam sirkulasi ibu paling

besar selama trimester kedua. Menjelang akhir kehamilan, ekspansi plasma pada hakikatnya berhenti, sementara massa hemoglobin terus bertambah. Setelah kelahiran, kadar hemoglobin berfluktuasi dan kemudian meningkat serta biasanya melebihi kadar tak hamil. Kecepatan dan besar peningkatan pada awal masa nifas ditentukan oleh jumlah hemoglobin yang ditambahkan selama kehamilan dan jumlah darah yang hilang sewaktu proses kelahiran yang dimodifikasi oleh penurunan normal volume plasma pascapartum (Cunningham, 2012).

2.1.2 Etiologi

1. Umur Ibu

Salah satu keadaan kehamilan yang dapat berisiko tinggi adalah umur ibu hamil yaitu < 20 tahun dan > 35 tahun. Pada usia < 20 tahun kebutuhan zat besi meningkat ditunjang dengan keadaan hamil yang lebih membutuhkan zat gizi terutama zat besi maka kemungkinan untuk menderita anemia pada kehamilan cukup tinggi. Demikian pula pada usia > 35 tahun kondisi fisiknya sudah menurun, daya tahan tubuh terhadap berbagai serangan penyakit tidak lagi optimal dan rentan terhadap komplikasi penyakit (Depkes RI, 2003).

Menurut Amiruddin (2004), bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun yaitu 74,1% menderita anemia dan ibu hamil yang berumur 20-35 tahun yaitu 50,5% menderita anemia. Wanita yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, mempunyai risiko yang tinggi untuk hamil, karena akan membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu hamil maupun janinnya, berisiko mengalami pendarahan dan dapat menyebabkan ibu mengalami anemia.

2. Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati. Seorang ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia pada kehamilan berikutnya apabila tidak memperhatikan kebutuhan nutrisi. Karena selama hamil zat-zat gizi akan terbagi untuk ibu dan untuk janin yang dikandungnya. Menurut Herlina (2006), Ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai risiko 1,454 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibanding dengan paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

3. Jarak kehamilan

Jarak kelahiran yang terlalu dekat dapat menyebabkan terjadinya anemia. Hal ini dikarenakan kondisi ibu masih belum pulih dan pemenuhan kebutuhan zat gizi belum optimal, sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandung (Wiknjosastro, 2005; Mochtar, 2004). Jarak kelahiran mempunyai risiko 1,146 kali lebih besar terhadap kejadian anemia (Amirrudin dan Wahyuddin, 2004).

Menurut Amirrudin (2004) proporsi kematian terbanyak terjadi pada ibu dengan prioritas 1-3 anak dan jika dilihat menurut jarak kehamilan ternyata jarak kurang dari 2 tahun menunjukkan proporsi kematian maternal lebih banyak. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu mempunyai waktu singkat untuk memulihkan kondisi rahimnya agar bisa kembali ke kondisi sebelumnya. Pada ibu hamil dengan jarak yang terlalu dekat berisiko terjadi anemia dalam kehamilan karena cadangan zat besi ibu hamil belum pulih. Akhirnya berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

4. Kurang Energi Kronis (KEK)

Sekitar 41% (2 juta) ibu hamil menderita kekurangan gizi. Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan bio-sosial dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, umur, paritas, dan sebagainya.

Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kurang Energi Kronis (KEK) Wanita Usia Subur (WUS). Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) dapat digunakan untuk tujuan penapisan status gizi Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LILA < 23,5 cm. Deteksi KEK dengan ukuran LILA yang rendah mencerminkan kekurangan energi dan protein dalam *intake* makanan sehari-hari yang biasanya diiringi juga dengan kekurangan zat gizi lain, diantaranya besi. Dapat diasumsikan bahwa ibu hamil yang menderita KEK berpeluang untuk menderita anemia (Darlina, 2003).

5. Pola Makan Ibu

Pola makan adalah pola konsumsi makan sehari-hari yang sesuai dengan kebutuhan gizi setiap individu untuk hidup sehat dan produktif. Untuk dapat mencapai keseimbangan gizi maka setiap orang harus mengkonsumsi minimal 1 jenis bahan makanan dari tiap golongan bahan makanan yaitu karbohidrat, protein hewani dan nabati, sayuran, buah, serta susu (Bobak, 2005). Seringnya ibu hamil mengkonsumsi makanan yang mengandung zat yang menghambat penyerapan zat besi seperti teh, kopi, kalsium (Kusumah, 2009). Wanita hamil cenderung terkena anemia pada triwulan III karena pada masa ini janin menimbun cadangan zat besi untuk dirinya sendiri

sebagai persediaan bulan pertama setelah lahir (Sin sin, 2008). Pada penelitian Djamilus dan Herlina (2008) menunjukkan adanya kecenderungan bahwa semakin kurang baik pola makan, maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

6. Kepatuhan Konsumsi Tablet Besi

Ibu hamil yang kurang patuh mengkonsumsi tablet Fe mempunyai risiko 2,429 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibanding yang patuh konsumsi tablet Fe (Jamilus dan Herlina, 2008). Kepatuhan mengkonsumsi tablet Fe diukur dari ketepatan jumlah tablet yang dikonsumsi, ketepatan cara mengkonsumsi tablet Fe, frekuensi konsumsi perhari. Suplementasi besi atau pemberian tablet Fe merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah dan menanggulangi anemia, khususnya anemia kekurangan besi. Suplementasi besi merupakan cara efektif karena kandungan besinya yang dilengkapi asam folat yang sekaligus dapat mencegah anemia karena kekurangan asam folat (Depkes RI, 2009).

Banyak hal yang membuat ibu hamil tidak patuh mengkonsumsi zat besi yang terdapat dalam tablet tambah darah yang diprogramkan pemerintah. Salah satunya adalah gangguan saluran pencernaan dapat berupa mual dan muntah. Sehingga hal ini perlu mendapatkan perhatian khusus terutama dari pemberi pelayanan kesehatan misalnya bidan dan dokter (Depkes RI, 2003).

7. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang untuk menyerap informasi-informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya tingkat pendidikan wanita sangat mempengaruhi kesehatannya (Depkes RI, 2004).

2.1.3 Gejala Klinis

Ibu hamil dengan keluhan lemah, pucat, mudah pingsan, dengan tekanan darah dalam batas normal, perlu dicurigai anemia defisiensi besi. Dan secara klinis dapat dilihat tubuh yang pucat dan tampak lemah (malnutrisi). Guna memastikan seorang ibu menderita anemia atau tidak, maka dikerjakan pemeriksaan kadar Hemoglobin dan pemeriksaan darah tepi. Pemeriksaan Hemoglobin dengan spektrofotometri merupakan standar (Wiknjosastro, 2005).

Proses kekurangan zat besi sampai menjadi anemia melalui beberapa tahap yaitu awalnya terjadi penurunan simpanan cadangan zat besi dalam bentuk ferritin di hati, saat konsumsi zat besi dari makanan tidak cukup, ferritin inilah yang diambil. Daya serap zat besi dari makanan sangat rendah, zat besi pada pangan hewan lebih tinggi penyerapannya yaitu 20-30% sedangkan dari sumber nabati 1-6%. Bila terjadi anemia, kerja jantung akan dipacu lebih cepat untuk memenuhi kebutuhan O_2 ke semua organ tubuh, akibatnya penderita sering berdebar dan jantung cepat lelah. Gejala lain adalah lemas, cepat lelah, letih, mata berkunang kunang, mengantuk, selaput lendir, kelopak mata, dan kuku pucat (Sin sin, 2008).

2.1.4 Patofisiologi

Anemia lebih sering ditemukan dalam kehamilan karena selama kehamilan keperluan akan zat makanan bertambah dengan adanya perubahan dalam darah dan sumsum tulang. Pertambahan volume darah selama kehamilan disebut dengan hipervolemia. Akan tetapi bertambahnya plasma darah sehingga terjadi pengenceran darah. Pertambahan berbanding sebagai berikut: plasma darah 30%, sel darah merah 80% dan hemoglobin 19% (Wiknjosastro, 2005).

Pengenceran darah dianggap sebagai penyesuaian fisiologis dalam kehamilan dan bermanfaat bagi ibu karena pengenceran itu meringankan beban kerja jantung yang harus bekerja lebih berat selama masa kehamilan

yang disebabkan peningkatan *cardiac output* akibat hipervolemia. Kerja jantung akan menjadi ringan apabila viskositas darah rendah. Resistensi perifer juga berkurang sehingga tekanan darah naik, dan pada perdarahan selama persalinan banyaknya unsur zat besi lebih sedikit hilang dibandingkan apabila darah itu tetap kental (Manuaba, 2007).

Hemodilusi ini menyebabkan pseudoanemia atau anemia fisiologis. Hemodilusi dimulai pada trimester pertama kehamilan yaitu pada minggu 12-20 dan hemodilusi maksimal terjadi pada umur kehamilan 20-36 minggu. Akibat hemodilusi saja kadar hemoglobin darah ibu dapat menurun sampai 10 g/dl, umumnya kondisi ini karena turunya cadangan zat besi (Sarimawar, 2003).

2.1.5 Klasifikasi

1. Anemia Defisiensi Besi

Secara morfologis, keadaan ini diklasifikasikan sebagai anemia mikrositik hipokromik dengan penurunan kuantitatif sintesis hemoglobin. Defisiensi besi merupakan penyebab anemia di dunia dan terutama sering dijumpai pada perempuan usia subur, disebabkan oleh kehilangan darah sewaktu menstruasi dan peningkatan kebutuhan besi selama kehamilan. Penyebab-penyebab lain defisiensi besi adalah (1) asupan besi yang tidak cukup, misal pada bayi-bayi yang hanya diberi diet susu saja selama 12-24 bulan dan pada individu-individu tertentu yang vegetarian, (2) Gangguan absorpsi setelah gastrektomi, (3) Kehilangan darah menetap, seperti pada perdarahan saluran cerna lambat akibat polip, neoplasma, gastritis, varises esophagus, ingesti aspirin, dan hemoroid (Price & Wilson, 2005).

Tiap militer darah mengandung 0,5 mg besi. Kehilangan besi umumnya sedikit sekali, dari 0,5 sampai 1 mg/hari. Namun, yang mengalami menstruasi kehilangan tambahan sebanyak 15 sampai 28 mg/bulan. Walaupun kehilangan darah karena menstruasi berhenti

selama kehamilan, kebutuhan besi harian meningkat untuk mencukupi permintaan karena meningkatnya volume darah ibu dan pembentukan plasenta, tali pusat, dan janin, serta mengimbangi darah yang hilang selama kelahiran (Price & Wilson, 2005).

Selain tanda-tanda dan gejala-gejala yang terjadi pada anemia, individu dengan defisiensi besi yang berat (besi plasma kurang dari 40 mg/dl, hemoglobin 6-7 g/dl) memiliki rambut yang rapuh dan halus serta kuku tipis, rata, mudah patah dan mungkin berbentuk sendok (koilonikia). Selain itu, atrofi papilla lidah mengakibatkan lidah mengakibatkan lidah tampak pucat, licin, mengkilat berwarna berwarna merah-daging, dan meradang serta sakit. Dapat juga terjadi stomatitis angularis, pecah-pecah disertai kemerahan dan nyeri di sudut mulut (Price & Wilson, 2005).

2. Anemia Aplastik

Anemia aplastik merupakan suatu gangguan yang mengancam jiwa pada sel induk di sumsum tulang yang sel-sel darahnya diproduksi dalam jumlah yang tidak mencukupi. Individu dengan anemia aplastik mengalami pansitopenia (kekurangan semua jenis sel-sel darah). Secara morfologis, sel darah merah terlihat normositik dan normokromik, jumlah retikulosit rendah atau tidak ada, dan biopsi sumsum tulang menunjukkan keadaan yang disebut “pungsi kering” dengan hipoplasia nyata dan penggantian dengan jaringan lemak. Pada sumsum tulang tidak dijumpai sel-sel abnormal. Anemia aplastik idiopatik diyakini mediasi secara imunologis, dengan T limfosit pasien menekan sel-sel induk hematopoetik (Price & Wilson, 2005).

Penyebab-penyebab sekunder anemia aplastik meliputi lupus eritematosus sistematis yang berbasis autoimun, agen sitotoksik, antibiotik tertentu, berbagai obat (antikonvulsan, obat-obat tiroid, senyawa emas, dan fenilbutazon), serta zat-zat kimia (benzen, pelarut

organik, dan insektisida). Kompleks gejala anemia aplastik disebabkan oleh derajat pansitopenia. Tanda-tanda dan gejala-gejala meliputi anemia seperti kelelahan, kelemahan, dan nafas pendek saat latihan fisik (Price & Wilson, 2005).

Ada beberapa laporan mengenai anemia aplastik yang berkaitan dengan kehamilan, tetapi hubungan antara keduanya tidak jelas. Pada beberapa kasus, yang terjadi adalah eksaserbasi anemia aplastik yang telah ada sebelumnya oleh kehamilan dan hanya membaik setelah terminasi kehamilan. Pada kasus-kasus lainnya, aplasia terjadi selama kehamilan dan dapat kambuh pada kehamilan berikutnya. Terminasi kehamilan atau persalinan dapat memperbaiki fungsi sumsum tulang, tetapi penyakit dapat memburuk bahkan menjadi fatal setelah persalinan. Terapi meliputi terminasi kehamilan elektif, terapi suportif, immunosupresi, atau transplantasi sumsum tulang setelah persalinan (Prawirohardjo, 2013).

3. Anemia Hipoplastik

Anemia hipoplastik dalam kehamilan terjadi karena sumsum tulang tidak mampu membuat sel-sel darah. Penyebab anemia hipoplastik hingga kini belum diketahui dengan pasti, kecuali yang disebabkan oleh sepsis, sinar rontgen, racun dan obat-obatan (Prawirohardjo, 2013).

4. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik (sel darah merah besar) diklasifikasikan secara morfologis sebagai anemia makrositik normokromik. Anemia megaloblastik sering disebabkan oleh defisiensi vitamin B₁₂ dan asam folat yang mengakibatkan gangguan sintesis DNA, disertai kegagalan maturasi dan pembelahan inti. Defisiensi-defisiensi ini dapat sekunder akibat malnutrisi, defisiensi asam folat, malabsorpsi, kekurangan faktor intrinsik (seperti pada anemia perniosa dan pasca-

gastrektomi), penyakit usus, dan keganasan serta sebagai akibat agens-agens kemoterapeutik. Anemia megaloblastik dalam kehamilan disebabkan karena defisiensi asam folik (*pteroylglutamic acid*), jarang sekali karena defisiensi vitamin B12 (*cyanocobalamin*) (Price & Wilson, 2005).

Kebutuhan minimal folat sehari-hari kira-kira 50 mg, dengan mudah diperoleh dari diet rata-rata. Sumber yang paling banyak adalah daging merah, seperti hati dan ginjal, serta sayuran berdaun hijau. Akan tetapi, menyiapkan makanan yang benar juga diperlukan untuk memastikan nutrisi yang adekuat. Folat diabsorpsi dari duodenum dan jejunum bagian atas, terikat lemah pada protein plasma, dan disimpan di hati. Pada keadaan tidak adanya asupan folat, cadangan folat biasanya akan habis kira-kira dalam waktu 4 bulan. Selain gejala-gejala anemia yang telah dijelaskan, pasien-pasien anemia megaloblastik yang sekunder akibat defisiensi asam folat dapat terlihat malnutrisi dan mengalami glositis berat (lidah meradang dan nyeri), diare, dan kehilangan nafsu makan. Kadar folat serum juga menurun yaitu kurang dari 4 mg/ml (Price & Wilson, 2005).

Pada kehamilan, kebutuhan folat meningkat lima sampai sepuluh kali lipat karena transfer folat dari ibu ke janin yang menyebabkan dilepasnya cadangan folat maternal. Peningkatan lebih besar dapat terjadi karena kehamilan multipel, diet yang buruk, infeksi, adanya anemia hemolitik atau pengobatan antikonvulsi. Kadar estrogen dan progesteron yang tinggi selama kehamilan tampaknya memiliki efek penghambatan terhadap absorpsi folat. Defisiensi asam folat oleh karenanya sangat umum terjadi pada kehamilan dan merupakan penyebab utama anemia megaloblastik pada kehamilan (Prawirohardjo, 2013).

5. Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dari pembuatannya. Wanita dengan anemia hemolitik sukar menjadi hamil. Apabila ia hamil, maka anemianya biasanya menjadi lebih berat. Sebaliknya mungkin pula bahwa kehamilan menyebabkan krisis hemolitik pada wanita yang sebelumnya tidak menderita anemia. Gejala utama adalah anemia dengan kelainan-kelainan gambaran darah, kelelahan, kelemahan, serta gejala komplikasi bila terjadi kelainan pada organ-organ vital (Wiknjosastro, 2005).

2.1.6 Diagnosis

Menurut *World Health Organization* (WHO) anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar Hb < 11 g/dl. Untuk menegakkan diagnosis anemia pada ibu hamil dapat dilakukan dengan pemeriksaan dan pengawasan haemoglobin dengan menggunakan alat sahli. Menurut Manuaba (2002) hasil pemeriksaan hemoglobin dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut :

- a. Hb \geq 11 g/dl disebut tidak anemia.
- b. Hb 9-10, 9 g/dl disebut anemia ringan.
- c. Hb 7-8, 9 g/dl disebut anemia sedang.
- d. Hb \leq 7 g/dl disebut anemia berat (Depkes, 2009).

2.1.7 Penatalaksanaan

Pencegahan anemia pada ibu hamil antara lain :

1. Mengonsumsi pangan lebih banyak dan beragam, contoh sayuran warna hijau, kacang – kacangan, protein hewani, terutama hati.
2. Mengonsumsi makanan yang kaya akan vitamin C seperti jeruk, tomat, mangga dan lain–lain yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi.

Suplemen zat besi memang diperlukan untuk kondisi tertentu, wanita hamil dan anemia berat. Manfaat zat besi selama kehamilan bukan untuk meningkatkan atau menjaga konsentrasi hemoglobin ibu, atau untuk mencegah kekurangan zat besi pada ibu. Ibu yang mengalami kekurangan zat besi pada awal kehamilan dan tidak mendapatkan suplemen memerlukan sekitar 2 tahun untuk mengisi kembali simpanan zat besi dari sumber-sumber makanan sehingga suplemen zat besi direkomendasikan sebagai dasar yang rutin (Depkes, 2008).

2.1.8 Komplikasi

Risiko pada masa antenatal: berat badan kurang, plasenta previa, eklamsia, ketuban pecah dini, anemia pada masa intranatal dapat terjadi tenaga untuk mengedan lemah, perdarahan intranatal, syok, dan masa pascanatal dapat terjadi subinvolusi (Manuaba, 2010).

Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada neonatus: prematur, *apgar score* rendah, gawat janin. Bahaya pada Trimester II dan trimester III, anemia dapat menyebabkan terjadinya partus prematurus, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis, mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu (Mansjoer A., 2008).

2.2 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

2.2.1 Definisi

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram. (Staf Pengajar FKUI, 2007) Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti istilah prematuritas dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi yang berat kurang dari 2500 gram pada waktu lahir bayi prematur (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

2.2.2 Etiologi

Penyebab terbanyak terjadinya bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, dan lain-lain. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR (IDAI, 2004).

Adapun penyebab bayi berat lahir rendah sebagai berikut:

1. Faktor Ibu

a. Penyakit

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kehamilan misalnya toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis. Penyakit lainnya seperti malaria, anemia, sifilis, infeksi TORCH, dan lain-lain.

b. Komplikasi pada Kehamilan

Komplikasi yang terjadi pada kehamilan ibu seperti perdarahan antepartum, pre-eklamsia berat, eklamsia, dan kelahiran preterm.

c. Usia Ibu

Angka kejadian BBLR tertinggi ditemukan pada bayi yang dilahirkan oleh ibu-ibu dengan usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun.

d. Faktor Kebiasaan Ibu

Faktor kebiasaan ibu juga berpengaruh seperti ibu perokok, ibu pecandu alkohol dan ibu pengguna narkotika.

2. Faktor Janin

Prematur, hidramion, kehamilan kembar/ganda (gemelli), kelainan kromosom umumnya mengakibatkan lahir bayi BBLR.

3. Faktor Lingkungan

Yang dapat berpengaruh antara lain: tempat tinggal di daratan tinggi, radiasi, sosio-ekonomi dan paparan zat-zat racun (Sitohang, 2004).

4. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor yang berperan dalam menentukan status kesehatan seseorang adalah tingkat sosial ekonomi (FKM UI, 2007). Sosial ekonomi merupakan gambaran tingkat kehidupan seseorang dalam masyarakat yang ditentukan dengan variabel pendapatan, pendidikan dan pekerjaan, karena ini dapat mempengaruhi aspek kehidupan termasuk pemeliharaan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

5. Faktor Pendidikan

Tingkat pendidikan khususnya tingkat pendidikan ibu mempengaruhi derajat kesehatan karena unsur pendidikan ibu dapat berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak. Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari (Depkes RI, 2004).

2.2.3 Klasifikasi

Bayi BBLR dapat diklasifikasikan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan lahir rendah. Menurut Sarwono Prawihardjo (2007), diklasifikasikan berat badan waktu lahir, yaitu:

1. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi yang lahir dengan berat lahir 1.500 - 2.500 gram.
2. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR), yaitu bayi yang lahir dengan berat lahir < 1.500 gram.
3. Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER), yaitu bayi yang lahir dengan berat lahir < 1.000 gram.

Menurut Pantiawati (2010), bayi dengan berat badan lahir rendah dapat dibagi menjadi 2 golongan:

1. Prematuritas murni adalah bayi dengan masa kehamilan/gestasi kurang dari 37 minggu dengan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan atau disebut neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK).
2. Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilannya, yaitu berat badan dibawah persentil pada kurva pertumbuhan intra uterin, biasanya disebut dengan bayi kecil untuk masa kehamilannya (KMK).

2.2.4 Penatalaksanaan

Menurut Rukiyah, dkk (2010) perawatan pada bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah:

1. Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuh bayi harus dipertahankan dengan ketat.
2. Mencegah infeksi dengan ketat. BBLR sangat rentan dengan infeksi, memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi (ASI). Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi dilakukan dengan cermat.
4. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan dilakukan dengan ketat.
5. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih, pertahankan suhu tubuh tetap hangat.
6. Kepala bayi ditutup topi, beri oksigen bila perlu.
7. Tali pusat dalam keadaan bersih.
8. Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

2.3 Hubungan Anemia pada ibu hamil dengan Berat Bayi Lahir Rendah

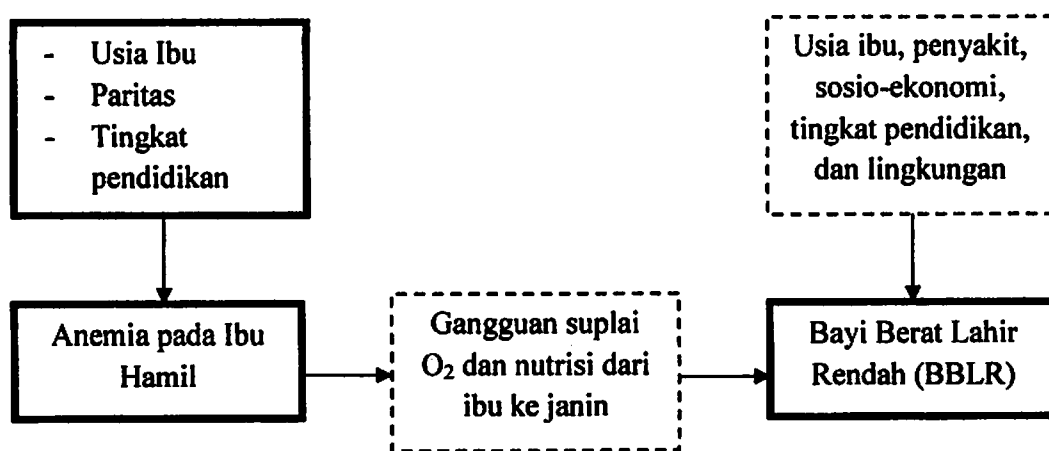
Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah menurun atau menurunnya hemoglobin, sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu dan janin menjadi berkurang (Depkes RI, 2009). Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu maupun janin yang dikandung. Terhadap janin meningkatkan risiko kelahiran berat badan lahir rendah. Pertumbuhan janin dipengaruhi oleh karena gangguan suplai O₂ dari plasenta ke janin. Terganggunya fungsi plasenta pada anemia kehamilan akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan janin intra uterin dan kelahiran berat badan lahir rendah (Wiknjosastro, 2005).

Pertumbuhan janin tergantung pada nutrisi yang baik dari ibu ke janin, oleh karena itu dibutuhkan perfusi uterus yang baik sehingga akan berpengaruh terhadap kelahiran berat badan bayi. Selama kehamilan rahim, plasenta dan janin memerlukan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Smith et al., 2010). Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari ibu ke plasenta dan janin, yang mempengaruhi fungsi plasenta. Fungsi plasenta yang menurun dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin (Cunningham et al., 2012). Ibu hamil dengan anemia sangat berhubungan dengan berat badan lahir. Hasil penelitian Hilli (2009) menyatakan adanya hubungan yang linier antara anemia ibu hamil dengan berat badan bayi lahir. Berat badan bayi lahir rendah ditemukan pada ibu hamil dengan anemia berat, sementara berat badan lahir masih dalam batas normal pada ibu hamil dengan anemia ringan dan anemia sedang meskipun lebih rendah dibandingkan dari ibu hamil tidak anemia.

Penelitian oleh Simanjuntak (2009) yang meneliti hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian BBLR didapatkan 86 (53%) anemia dari 162 kasus, dan yang melahirkan bayi dengan BBLR 36,0%. Hasil penelitian Karasahin et al. (2006) juga menunjukkan bahwa ibu hamil dengan anemia, empat kali lebih

berisiko melahirkan bayi prematur dan 1,9 kali berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

2.4 Kerangka Teori



Keterangan gambar 2.1 :

- = Bagian yang tidak diteliti
- = Bagian yang diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori
Sumber : (Cunningham et al., 2012)

2.5 Hipotesis

2.5.1 Ho (Hipotesa null)

Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR).

2.5.2 Ha (Hipotesa alternatif)

Terdapat hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei analitik dengan desain *cross sectional*.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2015.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Jl. Jenderal Ahmad Yani 13 Ulu, Palembang.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang melahirkan di bangsal kebidanan Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari sampai dengan Desember 2014.

3.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah Ibu hamil yang melahirkan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi di bangsal kebidanan tahun 2014.

Estimasi besar sampel ditentukan berdasarkan nilai α yang ditetapkan sebesar 95% sehingga $Z_{\alpha}=1,96$. Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37,1% maka didapatkan nilai $p=0,37$ dengan tingkat ketepatan absolut yang dikendaki sebesar 5% $d=0,05$ sehingga besar sampel yang diperlukan untuk penelitian ini dapat ditentukan dengan rumus *Sneider dan Cochran* (Sastroasmoro, 2011).

Rumus :

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 pQ}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,37 \times (1-0,37)}{0,05^2}$$

$$n = 358,19 \text{ subjek} \sim 358 \text{ subjek}$$

Keterangan:

- N = Besar sampel
 Za = Nilai Z pada derajat kemaknaan (biasanya 95%=1,96)
 P = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi. Bila tidak diketahui populasinya, ditetapkan 50% (0,50)
 Q = 1 – p (estimasi diantara varian)
 D = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan.

Dari perhitungan diatas, didapatkan jumlah sampel yang diperlukan adalah 358 orang.

3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

1. Ibu hamil cukup bulan (37-42 minggu).
2. Ibu melahirkan bayi tunggal hidup.
3. Data rekam medik yang lengkap.

B. Kriteria Eksklusi

1. Ibu hamil yang melahirkan dengan penyakit seperti preeklamsia-eklamsia, perdarahan antepartum, penyakit ginjal, penyakit jantung, penyakit tiroid dan diabetes mellitus.
2. Ibu hamil yang melahirkan bayi ganda/gemelli.

3.3.4 Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pada *consecutive sampling*, semua subjek yang datang secara berurutan dan memenuhi

kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 2011).

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Independen

Variabel independen (variabel bebas) pada penelitian ini adalah Ibu hamil yang melahirkan dengan anemia.

3.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) pada penelitian ini adalah bayi berat lahir rendah.

3.5 Definisi Operasional

3.5.1 Anemia pada ibu hamil

A. Definisi

Anemia pada ibu hamil adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin yang kurang dari 10 g/dl.

B. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa rekam medik

C. Cara ukur

Cara ukur variabel berupa pengamatan / observasi

D. Hasil ukur

1. Positif / ibu hamil yang melahirkan dengan anemia
2. Negatif / ibu hamil yang melahirkan tanpa anemia

E. Skala

Nominal

3.5.2 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

A. Definisi

Bayi berat lahir rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram.

B. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa rekam medik

C. Cara ukur

Cara ukur berupa pengamatan / observasi

D. Hasil ukur

1. BBLR : < 2.500 gram
2. Tidak BBLR : ≥ 2500 gram

E. Skala ukur

Nominal

3.5.3 Usia Ibu

A. Definisi

Umur biologis ibu terhitung mulai saat dilahirkan sampai pengambilan data di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

B. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa rekam medik

C. Cara ukur

Cara ukur berupa pengamatan / observasi

D. Hasil ukur

1. Usia < 20
2. Usia 20-35
3. Usia > 35

E. Skala ukur

Ordinal

3.5.4 Paritas

A. Definisi

Jumlah anak yang telah dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir hidup maupun lahir mati.

B. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa rekam medik

C. Cara ukur

Cara ukur berupa pengamatan / observasi

D. Hasil ukur

1. Primipara (Paritas 1)
2. Multipara (Paritas 2-4)
3. Grandemultipara (Paritas ≥ 5)

E. Skala Ukur

Ordinal

3.5.5 Tingkat Pendidikan**A. Definisi**

Tahapan pendidikan yang telah diselesaikan dan dibuktikan dengan ijazah terakhir yang dimiliki.

B. Alat ukur

Alat ukur variabel berupa rekam medik

C. Cara ukur

Cara ukur berupa pengamatan / observasi

D. Hasil ukur

1. Pendidikan rendah (Tidak sekolah, SD)
2. Pendidikan sedang (SMP, SMA)
3. Pendidikan tinggi (Perguruan tinggi)

F. Skala ukur

Ordinal

3.6 Cara Pengumpulan Data**3.6.1 Data Sekunder**

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari bagian Rekam Medik di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Cara pengolahan Data

Langkah-langkah dalam pengolahan data sebagai berikut:

1. *Editing* adalah setiap lembar dari rekam medik diperiksa untuk memastikan bahwa setiap data yang diperlukan untuk penelitian telah terpenuhi.
2. *Coding* adalah pemberian kode pada setiap data yang diperoleh dari rekam medik untuk mempermudah proses pengolahan data.
3. *Processing* adalah melakukan pemindahan atau memasukkan data dari rekam medik ke dalam komputer untuk diproses menggunakan *software* statistik SPSS versi 22.0.
4. *Cleaning* adalah proses yang dilakukan setelah data masuk ke komputer, data akan diperiksa apakah ada kesalahan atau tidak.
5. *Tabulating*, pada tahap ini data dari rekam medik yang didapat dikelompokkan dengan teliti dan teratur lalu dihitung dan dijumlahkan, kemudian dituliskan dalam bentuk tabel.

3.7.2 Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis dengan uji *Chi-square*. Analisis data dilakukan dengan dua tahap yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

1. Analisis univariat yaitu mendeskripsikan variasi seluruh variabel yang digunakan dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi.
2. Analisis bivariat yaitu menentukan ada/tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.

Tabel 3.1 Karakteristik Responden

Usia	Jumlah	Presentase
< 20 tahun		
20-35		
> 35 tahun		
Total		

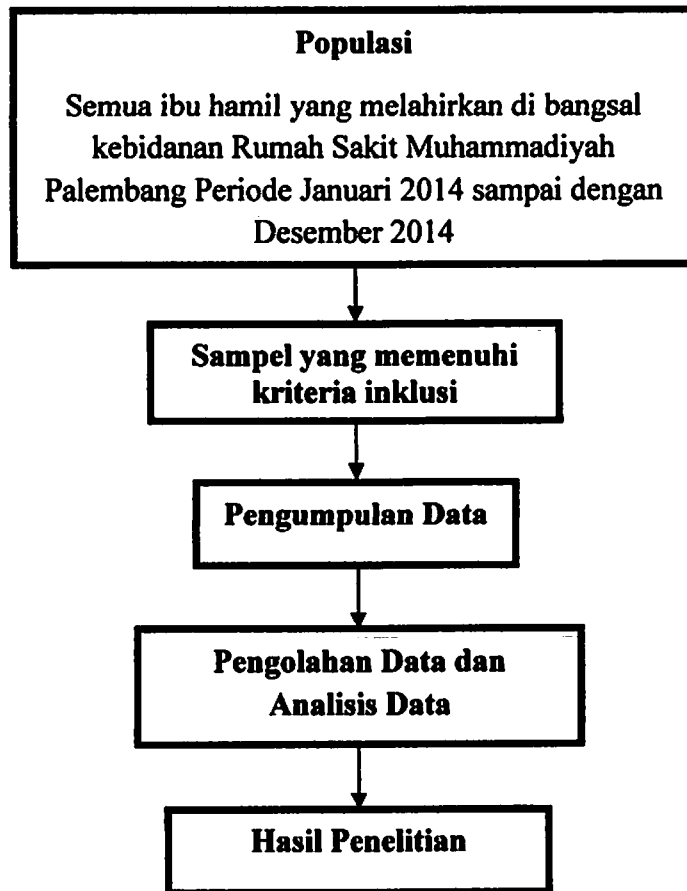
Paritas	Jumlah	Presentase
Primipara		
Multipara		
Grandemultipara		
Total		

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Presentase
Rendah		
Sedang		
Tinggi		
Total		

Tabel 3.2 Hubungan anemia pada Ibu hamil yang melahirkan dengan bayi berat lahir rendah (BBLR)

Ibu	Bayi		Total
	BBLR	Tidak BBLR	
Anemia	a	b	a + b
Tidak anemia	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada bulan Oktober-Desember 2015, didapatkan populasi ibu hamil yang melahirkan pada tahun 2014 sebanyak 1678 orang. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 358 dan diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*.

4.1.1 Analisis Univariat

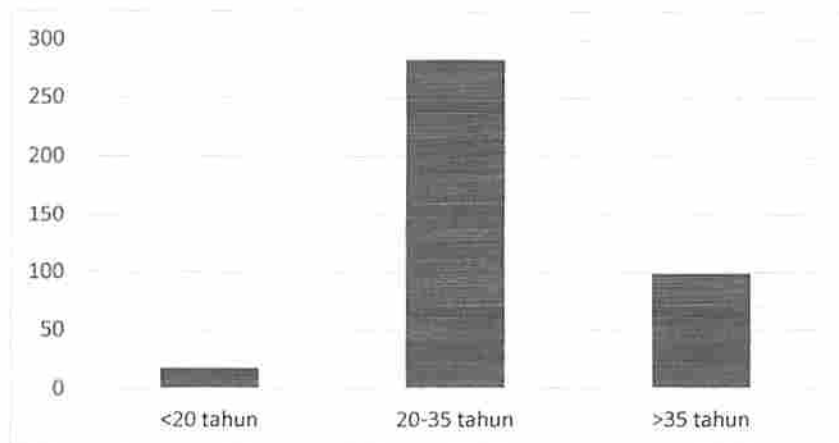
Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel, baik variabel *dependent* maupun variabel *independent*. Distribusi frekuensi ini meliputi usia ibu, paritas ibu dan tingkat pendidikan ibu, kejadian anemia pada ibu hamil yang melahirkan, kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR).

A. Usia Ibu

Pada penelitian ini, usia ibu dibagi menjadi 3 kategori yaitu, < 20 tahun, 20-35 tahun, dan > 35 tahun. Distribusi usia ibu dapat dilihat pada tabel 4.1 dan grafik 4.1.

Tabel 4.1
Distribusi Usia Ibu

Usia ibu	Frekuensi	Presentasi (%)
< 20 tahun	18	5
20-35 tahun	283	79,1
> 35 tahun	57	15,9
Total	358	100,0



Grafik 4.1 Distribusi frekuensi usia ibu

Berdasarkan tabel dan grafik diatas menunjukkan bahwa dari 358 ibu hamil yang melahirkan, terdapat 5% ibu yang melahirkan pada kelompok usia < 20 tahun, 79,1% pada kelompok usia 20-35 tahun, dan 15,9% pada kelompok usia > 35 tahun.

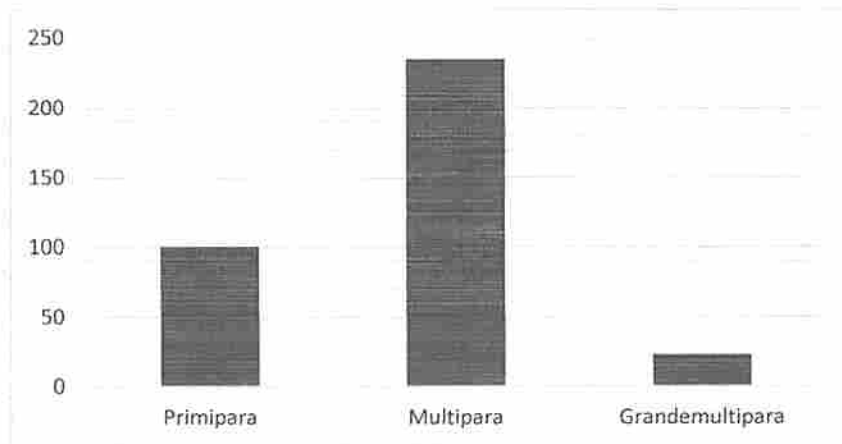
B. Paritas Ibu

Dalam penelitian ini, paritas ibu dibagi menjadi 3 kategori yaitu primipara, multipara dan grandemultipara. Distribusi paritas ibu dapat dilihat pada tabel 4.2 dan grafik 4.2.

Tabel 4.2

Distribusi Paritas Ibu

Paritas	Frekuensi	Presentasi (%)
Primipara	100	27,9
Multipara	235	65,6
Grandemultipara	23	6,4
Total	358	100,0



Grafik 4.2 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu

Berdasarkan tabel dan grafik diatas menunjukkan bahwa dari 358 ibu hamil yang melahirkan, didapatkan sebesar 27,9% ibu primipara, 65,6% ibu multipara, dan 6,4% ibu grandemultipara.

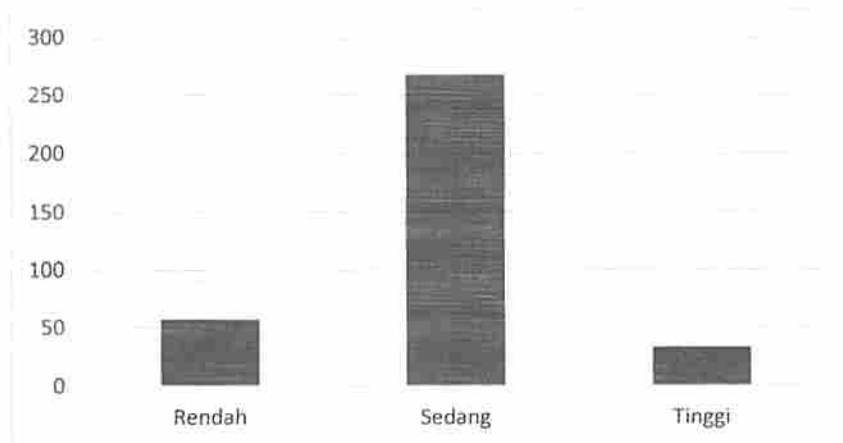
C. Tingkat Pendidikan Ibu

Dalam penelitian ini, tingkat pendidikan ibu dibagi menjadi 3 kategori yaitu rendah (Tidak sekolah, SD), sedang (SMP, SMA), dan tinggi (D3, S1). Distribusi tingkat pendidikan ibu dapat dilihat pada tabel 4.3 dan grafik 4.3.

Tabel 4.3

Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentasi (%)
Rendah	57	15,9
Sedang	268	74,9
Tinggi	33	9,2
Total	358	100,0



Grafik 4.3 Distribusi frekuensi tingkat pendidikan ibu

Berdasarkan tabel dan grafik diatas menunjukkan bahwa dari 358 ibu hamil yang melahirkan, terdapat 15,9% ibu berpendidikan rendah, 74,9% ibu berpendidikan sedang, dan 9,2% ibu berpendidikan tinggi.

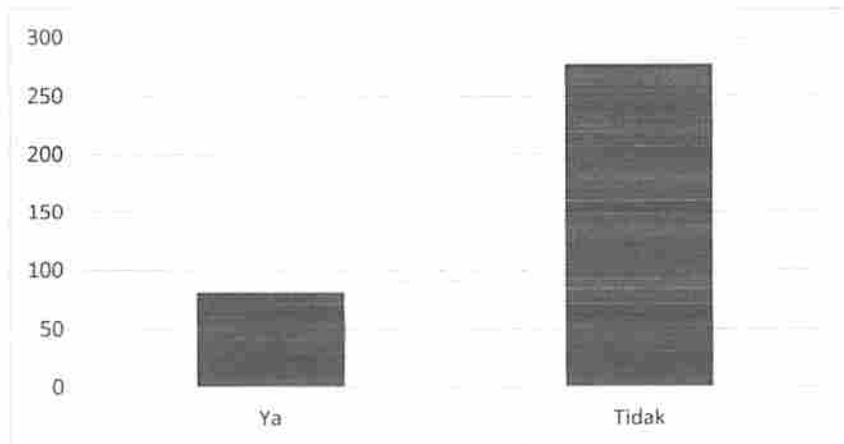
D. Anemia pada ibu hamil yang melahirkan

Dalam penelitian ini, jika nilai Hb < 10 g/dL maka didiagnosis sebagai anemia dan jika nilai ≥ 10 g/dL maka tidak terdiagnosis sebagai anemia Hasil penilaian anemia pada ibu hamil yang melahirkan dapat dilihat pada tabel 4.4 dan grafik 4.4.

Tabel 4.4

Distribusi anemia pada ibu hamil yang melahirkan

Anemia	Frekuensi	Presentasi (%)
Ya	81	22,6
Tidak	277	77,4
Total	358	100,0



Grafik 4.4 Distribusi frekuensi anemia pada ibu hamil yang melahirkan

Berdasarkan tabel dan grafik diatas menunjukkan bahwa terdapat 22,6% ibu hamil yang melahirkan dengan anemia dan terdapat 77,4% ibu hamil yang melahirkan, tidak mengalami anemia. Berdasarkan presentase ini, kasus ibu hamil yang melahirkan dengan anemia lebih sedikit dibandingkan yang tidak mengalami anemia di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Tabel 4.5

Distribusi usia ibu hamil yang melahirkan dengan anemia

Usia ibu	Frekuensi	Presentasi (%)
< 20 tahun	7	8,6
20-35 tahun	66	81,5
> 35 tahun	8	9,9
Total	81	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa dari 81 ibu hamil yang melahirkan dengan anemia, terdapat 8,6% pada kelompok usia < 20 tahun, 81,5% pada kelompok usia 20-35 tahun, dan 9,9% pada kelompok usia > 35 tahun.

Tabel 4.6**Distribusi paritas ibu hamil yang melahirkan dengan anemia**

Paritas	Frekuensi	Presentasi (%)
Primipara	23	28,4
Multipara	54	66,7
Grandemultipara	4	4,9
Total	81	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa dari 81 ibu hamil yang melahirkan dengan anemia, didapatkan 28,4% pada ibu primipara, 66,7% pada ibu multipara, dan 4,9% pada ibu grandemultipara.

Tabel 4.7**Distribusi tingkat pendidikan ibu hamil yang melahirkan dengan anemia**

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentasi (%)
Rendah	4	4,9
Sedang	69	85,2
Tinggi	8	9,9
Total	81	100,0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa dari 81 ibu hamil yang melahirkan dengan anemia, didapatkan 4,9% ibu dengan tingkat pendidikan rendah, 85,2% ibu dengan tingkat pendidikan sedang, dan 9,9% ibu dengan tingkat pendidikan tinggi.

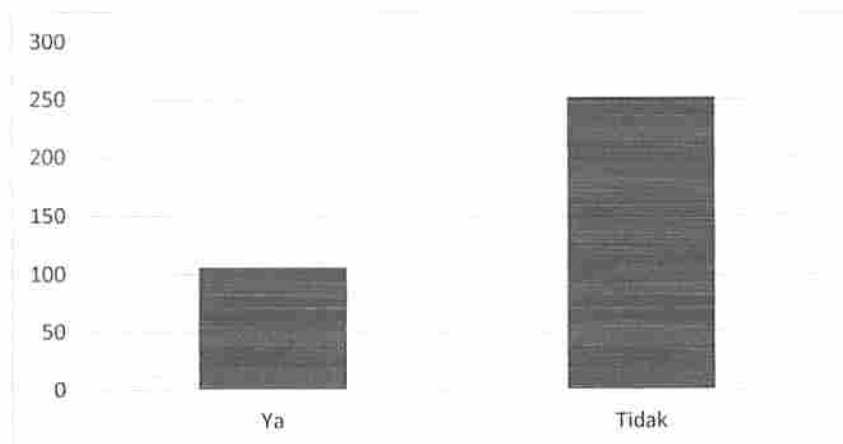
E. Bayi Berat Lahir Rendah

Pada penelitian ini jika berat bayi < 2500 gram maka didiagnosis sebagai bayi berat lahir rendah dan jika berat bayi ≥ 2500 gram maka tidak terdiagnosis sebagai bayi berat lahir rendah. Hasil penilaian bayi berat lahir rendah dapat dilihat pada tabel 4.8 dan grafik 4.8.

Tabel 4.8

Distribusi Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi Berat Lahir Rendah	Frekuensi	Presentasi (%)
Ya	106	29,6
Tidak	252	70,4
Total	358	100,0



Grafik 4.8 Distribusi frekuensi bayi berat lahir rendah

Berdasarkan tabel dan grafik diatas menunjukkan bahwa terdapat 29,6% bayi dengan berat lahir rendah dan 70,4% bayi yang tidak mengalami berat lahir rendah. Berdasarkan presentase ini, bayi dengan berat lahir rendah lebih sedikit dibandingkan bayi yang tidak mengalami berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*. Hubungan antara variabel tersebut meliputi, hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah.

Hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Hasil analisis bivariat hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini.

Tabel 4.9

Hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah

Anemia	BBLR						OR (95% CI)
	Ya		Tidak		Jumlah		
	N	%	N	%	N	%	
Ya	32	39,5	49	60,5	81	100	1,792
Tidak	74	26,7	203	73,3	277	100	(1,066-
Jumlah	106	29,6	252	70,4	358	100	3,010)

$p= 0,027$

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa persentase bayi berat lahir rendah pada ibu yang mengalami anemia lebih besar (39,5%) dibanding bayi berat lahir rendah pada ibu yang tidak mengalami anemia (26,7%).

Dari hasil analisis hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah dengan uji *chi-square* diperoleh nilai untuk *p value* sebesar $0,027 < \alpha (0,05)$. Secara statistik dapat dikatakan H_0 dalam penelitian ini ditolak, artinya terdapat hubungan yang

bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Dari uji *Pravalence Rate* (PR) sebesar 1,792, menunjukkan bahwa anemia pada ibu hamil yang melahirkan berisiko 1,792 atau 1,7 kali lebih besar bayinya mengalami berat lahir rendah daripada ibu yang tidak anemia. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ibu yang mengalami anemia merupakan faktor risiko terhadap kejadian bayi berat lahir rendah karena nilai PR lebih dari satu.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden

A. Usia

Berdasarkan hasil analisis univariat, dari 358 ibu hamil yang melahirkan, didapatkan ibu hamil yang melahirkan pada usia < 20 tahun sebanyak 18 responden (5%), pada usia 20-35 tahun sebanyak 283 responden (79,1%), dan pada usia > 35 tahun sebanyak 57 responden (15,9%). Dari hasil tersebut, didapatkan responden lebih banyak berusia antara 20-35 tahun dengan presentase lebih besar dibandingkan umur < 20 dan > 35 tahun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Simanjuntak (2009) menyatakan bahwa usia terbanyak ibu hamil yang melahirkan di Badan Pengelola Rumah Sakit Umum (BPRSU) Rantauprapat berada pada kelompok umur 20-35 tahun sebanyak 133 orang (82,1%).

B. Paritas

Berdasarkan hasil analisis univariat, dari 358 ibu hamil yang melahirkan, didapatkan ibu hamil yang melahirkan dengan primipara sebanyak 100 responden (27,9%), multipara sebanyak 235 responden (65,6%) dan grandemultipara sebanyak 23 responden (6,4%). Dari

hasil tersebut, didapatkan responden dengan multipara lebih banyak dibandingkan primipara dan grandemultipara.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Putri (2014) di RSUD Samarinda tahun 2013 yang menyatakan bahwa distribusi tertinggi paritas didapatkan pada ibu primipara sebesar 48,1%.

Ibu yang sering melahirkan mempunyai risiko mengalami anemia. Menurut Herlina (2006), ibu hamil dengan paritas tinggi mempunyai risiko 1,454 kali lebih besar untuk mengalami anemia dibanding paritas rendah. Adanya kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran (paritas), maka semakin tinggi angka kejadian anemia.

C. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil analisis univariat, dari 358 ibu hamil yang melahirkan, didapatkan tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah, SD) pada ibu hamil yang melahirkan sebanyak 57 responden (15,9%), tingkat pendidikan sedang (SMP, SMA) sebanyak 268 responden (74,9%), dan tingkat pendidikan tinggi (D3, S1) sebanyak 33 responden (9,2%). Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa responden yang berpendidikan sedang (SMP, SMA) persentasenya lebih besar jika dibandingkan dengan ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan tinggi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Putri (2014) di RSUD Samarinda tahun 2013 yang menyatakan bahwa distribusi tertinggi didapatkan pada ibu dengan tingkat pendidikan SMA sebesar 50%.

Tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap kesehatannya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memudahkan ibu untuk menyerap informasi tentang pencegahan anemia pada ibu hamil dan

mengimplementasikannya dalam perilaku serta gaya hidup sehari-hari (Depkes RI, 2004).

4.2.2 Kejadian anemia pada ibu hamil yang melahirkan

Hasil penelitian menemukan bahwa angka kejadian anemia pada ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 adalah 81 (22,6%) dan didapatkan angka kejadian sebanyak 277 (77,4%) ibu yang tidak mengalami anemia dari 358 ibu hamil yang melahirkan. Berdasarkan presentase tersebut, prevalensi anemia pada ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang lebih kecil dibanding dengan ibu yang tidak anemia.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2013), dimana didapatkan angka kejadian anemia pada ibu hamil di RSUD Raden Mattaher Jambi dengan presentase yang lebih tinggi sebesar 57,7%.

Berdasarkan hasil analisis univariat, dari 81 ibu hamil yang melahirkan dengan anemia, didapatkan ibu hamil yang melahirkan dengan anemia pada usia < 20 tahun sebanyak 7 responden (8,6%), pada usia 20-35 tahun sebanyak 66 responden (81,5%), dan pada usia > 35 tahun sebanyak 8 responden (9,9%). Dari hasil tersebut, didapatkan responden lebih banyak berusia antara 20-35 tahun dengan presentase lebih besar dibandingkan umur < 20 dan > 35 tahun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Melisa (2013), menyatakan bahwa proporsi anemia pada ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Kota Jambi terbanyak pada usia 20-35 tahun sebesar 79,4% .

Selain itu, didapatkan ibu hamil yang melahirkan dengan anemia pada ibu primipara sebanyak 23 responden (28,4%), pada ibu multipara sebanyak 54 responden (66,7%), dan pada ibu grandemultipara sebanyak 4 responden (4,9%). Dari hasil tersebut, didapatkan responden

lebih banyak pada ibu multipara dengan presentase lebih besar dibandingkan ibu primipara dan grandemultipara.

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Melisa (2013), menyatakan bahwa proporsi anemia pada ibu hamil berdasarkan paritas di wilayah kerja Puskesmas Kota Jambi terbanyak pada ibu multipara 63,2%.

Didapatkan juga ibu hamil yang melahirkan dengan anemia pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah sebanyak 4 responden (4,9%), ibu dengan tingkat pendidikan sedang sebanyak 69 responden (85,2%), dan pada ibu dengan tingkat pendidikan tinggi sebanyak 8 responden (9,9%). Dari hasil tersebut, didapatkan responden lebih banyak pada ibu dengan tingkat pendidikan sedang dibandingkan ibu dengan tingkat pendidikan rendah dan tinggi.

Hasil penelitian ini relatif sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Ridayanti (2012), menyatakan distribusi tingkat pendidikan pada ibu hamil dengan anemia tertinggi yaitu tingkat pendidikan menengah sebesar 49,2% di Puskesmas Banguntapan I Bantul.

4.2.3 Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah

Hasil penelitian menemukan bahwa angka kejadian bayi berat lahir rendah di di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 adalah 106 (29,6%) dan didapatkan angka kejadian sebanyak 252 (70,4%) bayi yang tidak mengalami berat lahir rendah dari 358 ibu hamil yang melahirkan. Berdasarkan presentase tersebut, prevalensi bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang lebih kecil dibanding dengan bayi yang tidak mengalami berat lahir rendah.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2013), dimana didapatkan angka kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD Raden Mattaher Jambi dengan presentase yang lebih rendah sebesar 12,4%.

4.2.4 Hubungan anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa persentase bayi berat lahir rendah pada ibu yang mengalami anemia lebih besar (39,5%) dibanding bayi berat lahir rendah pada ibu yang tidak mengalami anemia (26,7%). Berdasarkan hasil hubungan antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah dengan uji *chi-square* diperoleh nilai untuk *p value* sebesar $0,027 < \alpha (0,05)$. Secara statistik dapat dikatakan H_0 dalam penelitian ini ditolak dan H_a diterima, artinya terdapat hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wijaya (2013), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan anemia pada ibu hamil dengan bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi dengan nilai $p=0,026$.

Ibu hamil dengan anemia sangat berhubungan dengan berat badan lahir. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Hilli (2009) yang menyatakan adanya hubungan yang linier antara anemia ibu hamil dengan berat badan bayi lahir.

Dari uji *Prevalence Rate* (PR) sebesar 1,792, menunjukkan bahwa ibu yang mengalami anemia mempunyai risiko 1,792 atau 1,7 kali lebih besar bayinya mengalami berat lahir rendah dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia.

Dalam penelitian Karasahin et al. (2006) juga melaporkan hasil yang sama bahwa ibu hamil dengan anemia 1,9 kali berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Hasil ini juga sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu maupun janin yang dikandung. Terhadap janin meningkatkan risiko kelahiran berat badan lahir rendah. Pertumbuhan janin dipengaruhi oleh karena

gangguan suplai O₂ dari plasenta ke janin. Terganggunya fungsi plasenta pada anemia kehamilan akan menyebabkan terganggunya pertumbuhan janin intra uterin dan kelahiran berat badan lahir rendah (Wiknjosastro, 2005).

Pertumbuhan janin tergantung pada nutrisi yang baik dari ibu ke janin, oleh karena itu dibutuhkan perfusi uterus yang baik sehingga akan berpengaruh terhadap kelahiran berat badan bayi. Selama kehamilan rahim, plasenta dan janin memerlukan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Smith et al., 2010).

Pada ibu hamil dengan anemia terjadi gangguan penyaluran oksigen dan zat makanan dari ibu ke plasenta dan janin, yang mempengaruhi fungsi plasenta. Fungsi plasenta yang menurun dapat mengakibatkan gangguan tumbuh kembang janin (Cunningham et al., 2012).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik usia ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 terbanyak pada usia 20-35 tahun sebesar 79,1%.
2. Karakteristik paritas ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 terbanyak pada ibu multipara sebesar 65,6%.
3. Karakteristik tingkat pendidikan ibu hamil yang melahirkan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 terbanyak pada ibu dengan tingkat pendidikan sedang sebesar 74,9%.
4. Prevalensi kejadian anemia pada ibu hamil di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 sebesar 22,6%. Terbanyak pada usia 20-35 tahun sebesar 81,5%, pada ibu multipara sebesar 66,7%, dan pada ibu dengan tingkat pendidikan sedang sebesar 85,2%.
5. Prevalensi kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 sebesar 29,6%.
6. Terdapat hubungan yang bermakna antara anemia pada ibu hamil dengan kejadian bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014, dengan nilai $p=0,027$.

5.2 Saran

Berikut ini adalah saran yang dapat diberikan:

5.2.1 Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

1. Sebaiknya pengisian dan penyimpanan rekam medik menggunakan sistem komputerisasi agar isi rekam medik sebagai data sekunder lebih tersimpan, rapi, dan mudah dibaca sehingga dapat digunakan dalam penelitian.
2. Diperlukan adanya tambahan penyuluhan kesehatan tentang anemia pada ibu hamil.
3. Perlu meningkatkan kerja sama dengan puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar Ibu dan Anak.

5.2.2 Bagi Masyarakat

1. Sebaiknya ibu hamil meningkatkan konsumsi zat besi seperti sayuran warna hijau, kacang-kacangan, protein hewani, terutama hati. Dan dianjurkan juga kepada ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan yang kaya akan vitamin C seperti jeruk, tomat, mangga dan lain-lain yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi.
2. Bagi ibu hamil sebaiknya rutin melakukan pemeriksaan *Ante Natal Care* ke pelayanan kesehatan setempat.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Pada penelitian selanjutnya, perlu ditambahkan variabel lain tentang karakteristik anemia pada ibu hamil, meliputi tempat tinggal, sosial ekonomi dan pekerjaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin A, Wahyuddin. 2004. Jurnal Med Nusantara: Studi Kasus Kontrol Faktor Biomedis Terhadap Kejadian Anemia Ibu Hamil di Puskesmas Bantimurung. Hal. 71-75. ([Http://ridwanamiruddin.me/](http://ridwanamiruddin.me/), Diakses 1 September 2015).
- Bobak, L. 2005. Buku Ajar Keperawatan Maternitas, Edisi 4. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Cunningham F.G. 2012. Obstetri Williams. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 1138.
- Darlina dan Hardiansyah. 2003. Faktor Resiko Anemia pada Ibu Hamil di Kota Bogor. Media Gizi dan Keluarga.Vol.2 No.1. Hal. 34-41.
- Depkes RI. 2003. Anemia Gizi Pada WUS. ([Http://www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id), Diakses 27 Agustus 2015).
- Depkes RI. 2004. Profil Kesehatan Indonesia 2004. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Depkes RI. 2008. Profil Kesehatan Indonesia. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Depkes RI. 2009. Profil Kesehatan Indonesia. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Dinas Kesehatan. 2012. Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2012. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, Palembang.
- FKM UI. 2007. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. PT. Rajagrafindo Persada, Jakarta, Indonesia.
- Herlina, Nina. 2006. Faktor-faktor Resiko Kejadian Anemia pada Ibu Hamil. ([Http://www.bppsdmk.depkes.go.id/](http://www.bppsdmk.depkes.go.id/), Diakses 30 Agustus 2015).
- Hilli A. L. 2009. The Effect of Maternal Anaemia on Cor Blood Haemoglobin & Newborn Birth Weight; 2010 Kabala Journal of Medical, 2. Hal. 8-9. ([Http://www.uobabylon.edu.iq/](http://www.uobabylon.edu.iq/), Diakses 28 Agustus 2015)
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). 2004. Bayi Berat Lahir Rendah. Dalam : Standar Pelayanan Medis Kesehatan Anak. Edisi I. Jakarta, Indonesia.
- Karasahin, E., Ceyhan, S. T., Goktolga, U., Keskin, U. & Baser, I. 2006. Maternal Anemia and Perinatal Outcome. Perinatal Journal, 15(3).

- Kementrian kesehatan RI. 2010. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kementrian Kesehatan. 2013. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kusumah, U. W. 2009. Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester II-III dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2009. ([Http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6456](http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6456), Diakses 28 Agustus 2015).
- Mansjoer, Arif, dkk. 2008. Kapita Selekta Kedokteran. Media Aesculapius, Jakarta, Indonesia.
- Manuaba. 2002. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan Keluarga Berencana. Edisi 2. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Manuaba. 2007. Pengantar Kuliah Obstetri. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Melisa, dkk. 2013. Faktor Risiko yang berhubungan dengan kejadian Anemia pada Ibu Hamil, Jambi, Indonesia.
- Mochtar, Rustam. 2005. Sinopsis Obstetri, Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Nina Herlina dan Fauzia Djamilus. 2004. Faktor Resiko Kejadian Anemia pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Bogor. ([Http://www.motekar.tk/](http://www.motekar.tk/), Diakses 28 Agustus 2015).
- Notoatmodjo S. 2003. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Pantiawati, I. 2010. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah. Nuha Medika, Yogyakarta, Indonesia.
- Prawirohardjo, S. 2013. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia. Hal. 774-779.
- Price & Wilson. 2005. Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Vol. 1. Edisi 6. EGC, Jakarta, Indonesia. Hal. 258-262.
- Putri, Aisyah Tarya Utari. 2014. Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan Kejadian BBLR di RSUD Samarinda tahun 2013, Samarinda, Indonesia.

- Ridayanti, dkk. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu Hamil dengan Kejadian Anemia pada Kehamilannya di Puskesmas Banguntapan I Bantul, Yogyakarta, Indonesia.
- Rukiyah, dkk. 2010. Asuhan Kebidanan/Kehamilan. Trans Info Media, Jakarta, Indonesia
- Sarimawar, Djaja, & Soeharsono Soemantri. 2003. Penyebab Kematian Bayi Baru Lahir (Neonatal) dan Sistem Pelayanan Kesehatan yang Berkaitan di Indonesia. Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001. Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 31, No.3. Hal. 155-165.
- Sastroasmoro dan Ismael. 2011. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi ke-4. Sagung Seto, Jakarta, Indonesia. Hal. 99 & 361.
- Simanjuntak, Nelly. 2009. Hubungan Anemia Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah di Badan Pengelola Rumah Sakit Umum Rantauprapat Kabupaten Labuhan Ratu Tahun 2008. ([Http://repository.usu.ac.id/](http://repository.usu.ac.id/), Diakses 28 Agustus 2015).
- Sinsin. 2008. Masa kehamilan dan Persalinan. PT Alex Media Komputindo, Jakarta, Indonesia.
- Sitohang, Nur Asnah. 2004. Asuhan Keperawatan Bayi Berat Lahir Rendah. ([Http://library.usu.ac.id/](http://library.usu.ac.id/), Diakses 28 Agustus 2015).
- Smith R John, et al. 2010. Management the Third Stage of Labor, Medscape reference. ([Http://emedicine.medscape.com/article/275304-overview](http://emedicine.medscape.com/article/275304-overview), Diakses 30 Agustus 2015).
- Staf Pengajar FKUI. 2007. Buku Kuliah 3 Ilmu Kesehatan Anak. Infomedika, Jakarta, Indonesia. Hal. 1051-1052.
- Stevens G, Finucane M, De-Regil L, Paciorek C, Flaxman S, Branca F et al. 2013. Nutrition Impact Model Study Group (Anaemia). Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data. Lancet Glob Health. 1:e16-e25.
- Sudoyo, dkk. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II. Edisi V. Interna Publishing, Jakarta, Indonesia. Hal. 1109 & 1130.
- Wijaya, Ratih Suci. 2013. Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi periode 19 April-31 Mei 2013, Jambi, Indonesia.

WHO. 2008. Worldwide Prevalence Of Anemia 1993-2005. WHO, Geneva, Switzerland.

Wiknjosastro, H. 2005. Ilmu Kebidanan. Edisi Ke-3. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Data Rekam Medik

No.	No. Rekam Medik	Usia (th)	Paritas	Tingkat Pendidikan	Hb Ibu (gr/dl)	BB Anak (kg)
1.	009 286	32	Primipara	D3	10,8	2600
2.	022 130	26	Multipara	SMP	10,1	3000
3.	035 759	20	Primipara	SMP	11	2800
4.	038 899	39	Multipara	SMA	9,9	2800
5.	040 327	33	Multipara	SMA	10,2	2600
6.	040 681	31	Multipara	SMA	10,9	2200
7.	048 698	22	Multipara	SMP	13,8	2500
8.	049 955	33	Multipara	SMP	12,4	2300
9.	083 673	35	Primipara	SMA	11,2	2700
10.	086 213	22	Primipara	SMA	11,1	2500
11.	108 671	39	Multipara	SMP	11,1	3000
12.	108 903	26	Multipara	SMA	9,8	2300
13.	118 110	24	Multipara	SMA	11,3	2200
14.	120 249	28	Multipara	SMA	9,9	2000
15.	128 144	31	Multipara	SMA	9,1	3400
16.	132 221	30	Multipara	SMA	10,7	3000
17.	140 102	31	Multipara	D3	10,6	3000
18.	144 445	33	Multipara	SMP	9,9	2300
19.	152 018	29	Primipara	S1	12,4	3500
20.	154 744	31	Multipara	SMA	13,9	2800
21.	180 244	23	Multipara	SMP	11,8	2500
22.	190 745	27	Multipara	S1	11,2	3100
23.	191 196	36	Multipara	SD	11,8	2800
24.	192 754	32	Multipara	SMP	10,6	2800
25.	195 050	35	Multipara	SD	12,1	3000
26.	197 096	21	Multipara	SMP	11,9	2400
27.	198 004	29	Multipara	SMA	11,2	3400
28.	203 392	21	Multipara	SMP	10,1	2500
29.	205 481	36	Multipara	SD	12	2900

30.	205 624	30	Multipara	SMA	10,2	3700
31.	206 383	19	Primipara	SMP	10,3	3500
32.	208 547	19	Primipara	SMP	10,3	3500
33.	208 678	27	Multipara	SMA	11,4	3100
34.	210 365	31	Multipara	SMA	12,9	2300
35.	210 871	31	Multipara	SMA	11,7	2700
36.	218 308	28	Multipara	SMA	11,4	1900
37.	218 804	25	Multipara	SMA	12,2	2900
38.	220 052	39	Grandemultipara	SMA	10,3	2400
39.	221 038	37	Multipara	SMP	10,8	3200
40.	227 533	24	Primipara	S1	10,6	2800
41.	228 429	33	Multipara	SMA	11,5	3100
42.	233 174	20	Multipara	S1	9,1	3000
43.	234 333	30	Multipara	SMA	10,9	2600
44.	236 291	32	Primipara	SMA	11	2700
45.	237 025	41	Grandemultipara	SD	13,5	2500
46.	237 731	36	Multipara	SMP	9,7	2300
47.	238 451	38	Multipara	SMA	10,5	3400
48.	239 569	29	Multipara	SMP	11,1	1800
49.	239 716	27	Primipara	D3	9,7	3200
50.	240 468	30	Multipara	SD	11	2600
51.	240 959	38	Grandemultipara	SD	10,6	2900
52.	241 286	30	Primipara	S1	10,4	2800
53.	241 288	26	Primipara	SMA	11,8	2700
54.	241 423	22	Primipara	SMA	13,7	2100
55.	241 437	30	Multipara	D3	10,8	2800
56.	241 449	38	Multipara	SMA	13,2	2600
57.	241 454	30	Grandemultipara	SMA	9,5	2900
58.	241 494	26	Multipara	SMP	12,4	2800
59.	241 688	25	Primipara	SMA	11,2	2800
60.	241 868	30	Multipara	SMA	11	2700
61.	241 930	24	Primipara	SMA	10,9	2400
62.	242 039	22	Multipara	SMP	7,3	2800
63.	242 126	25	Primipara	SMA	12,9	2300
64.	242 153	22	Multipara	SMP	12	2500
65.	242 155	27	Grandemultipara	SMA	9,9	1900
66.	242 222	30	Multipara	SMP	11,6	2500
67.	242 224	20	Primipara	SMA	9,5	2900

68.	242 273	38	Grandemultipara	SD	12,1	2100
69.	242 411	24	Primipara	SMA	10,2	2100
70.	242 526	43	Multipara	SMA	9,7	3500
71.	242 529	38	Multipara	SD	10,4	2800
72.	242 605	34	Multipara	SMA	13,2	2400
73.	242 657	32	Multipara	SD	10,6	2000
74.	242 878	29	Multipara	SD	10,6	2000
75.	242 940	18	Primipara	SMP	11	2600
76.	242 977	37	Multipara	SMA	10,8	2900
77.	243 188	21	Multipara	SMP	11,7	2900
78.	243 195	32	Multipara	SMP	11,1	2100
79.	243 203	30	Multipara	SD	10,3	2600
80.	243 205	21	Multipara	SMP	9,6	2500
81.	243 211	34	Multipara	SMA	8,1	3500
82.	243 400	36	Multipara	SMA	10,8	2000
83.	243 498	30	Multipara	SD	13,1	2400
84.	243 877	30	Multipara	D3	11,6	3000
85.	243 941	37	Multipara	SMA	12,5	3000
86.	243 991	38	Grandemultipara	SMP	11,7	2600
87.	244 150	26	Multipara	S1	8,3	3200
88.	244 183	26	Multipara	SMA	9,8	2900
89.	244 443	22	Primipara	SMP	11	3200
90.	244 524	32	Multipara	SMP	8,5	3000
91.	244 539	28	Multipara	SMP	9,7	3100
92.	244 654	25	Multipara	S1	8,5	3100
93.	244 748	22	Multipara	SMA	10,3	3300
94.	245 248	21	Primipara	SMP	7,4	3400
95.	245 483	24	Primipara	SMA	12,4	2500
96.	245 540	24	Multipara	SMA	6,8	2800
97.	245 824	27	Multipara	SMP	11,2	3200
98.	246 289	34	Multipara	SMA	12,2	3700
99.	246 290	27	Multipara	SD	12,9	2500
100.	246 753	26	Primipara	SD	11,1	3400
101.	246 960	23	Primipara	SD	11,9	2600
102.	247 540	38	Grandemultipara	SD	12,8	2600
103.	247 652	34	Multipara	SMA	10,5	1400
104.	247 947	28	Primipara	SMA	10,7	3000
105.	248 009	37	Multipara	SMP	11,9	2200

106.	248 019	30	Multipara	SD	11,4	3100
107.	249 014	27	Multipara	SMA	10,2	2500
108.	249 391	23	Primipara	SMP	10,6	2900
109.	249 434	28	Multipara	SMA	9,7	2300
110.	249 441	33	Multipara	SMP	13,1	2100
111.	249 498	29	Multipara	SMA	10	2500
112.	249 593	39	Grandemultipara	SD	12	2500
113.	249 667	39	Multipara	SMA	12,8	1900
114.	249 711	28	Multipara	SMP	11,6	2400
115.	249 893	32	Multipara	SMP	12,9	2800
116.	250 442	35	Multipara	SI	12	2500
117.	250 453	34	Multipara	SMA	10,5	3600
118.	250 663	41	Grandemultipara	SMP	12	3200
119.	250 718	32	Multipara	SMA	10,8	2900
120.	251 567	32	Multipara	SD	12,1	2800
121.	251 609	21	Primipara	SMA	10,2	3300
122.	251 613	36	Multipara	SMA	9	3100
123.	251 839	27	Multipara	SMA	12	2800
124.	252 264	32	Primipara	D3	11,5	2900
125.	252 385	28	Multipara	SMA	10	3800
126.	252 585	29	Multipara	SMA	11,9	2700
127.	252 873	36	Multipara	SMA	11,5	2400
128.	252 967	21	Multipara	SMA	9,9	2000
129.	253 537	29	Multipara	SMP	13,1	2700
130.	253 684	26	Primipara	D3	13,9	2600
131.	253 766	44	Grandemultipara	SD	10,2	3100
132.	253 783	31	Multipara	SMA	12,5	2600
133.	253 793	26	Primipara	SI	10,3	3000
134.	254 818	30	Multipara	SMA	11,7	2900
135.	255 645	37	Multipara	SI	14,7	2600
136.	255 671	21	Primipara	SMA	13	2600
137.	255 820	27	Primipara	SMA	10,7	2900
138.	256 310	30	Multipara	SD	12,3	2800
139.	256 414	25	Primipara	SD	14	2800
140.	256 495	24	Primipara	SI	10,4	2700
141.	256 513	31	Multipara	SMA	10,3	3200
142.	256 583	35	Multipara	SMA	10,6	3100
143.	256 683	38	Multipara	SMP	11,7	2900

144.	256 893	32	Multipara	SMP	9,6	3400
145.	257 098	26	Primipara	SMA	11,4	2600
146.	257 261	26	Primipara	SMP	11,9	2600
147.	257 374	34	Multipara	SMA	8,6	3300
148.	257 802	26	Primipara	SMA	9,5	2800
149.	257 857	27	Multipara	SMA	10,1	2700
150.	258 192	34	Multipara	D3	12,1	3200
151.	258 332	29	Multipara	SMA	10,8	3200
152.	258 407	28	Multipara	SMP	9,4	2300
153.	258 519	18	Primipara	SMP	12	3100
154.	258 564	29	Multipara	SMA	11,4	2500
155.	258 575	28	Primipara	SMA	9,9	2800
156.	258 618	32	Multipara	SD	12,4	3200
157.	258 776	19	Primipara	SMP	11,2	2500
158.	258 794	24	Primipara	SMP	8,5	2300
159.	258 968	26	Primipara	SMA	9,7	2500
160.	258 982	31	Multipara	SMA	11,5	2900
161.	259 028	26	Primipara	S1	11,4	2900
162.	259 193	26	Multipara	SD	10,8	2900
163.	259 398	29	Multipara	SD	10,7	3000
164.	259 418	32	Multipara	SMA	10,2	2900
165.	259 435	32	Multipara	SMA	10,8	3200
166.	259 621	26	Multipara	SMA	10,8	2500
167.	259 924	27	Multipara	SMA	11,5	2700
168.	259 992	29	Multipara	SMA	11,4	2800
169.	260 584	36	Multipara	SMA	11,5	2200
170.	260 179	23	Multipara	SMP	8,8	3000
171.	260 295	34	Multipara	SMA	11	3000
172.	260 396	34	Primipara	S1	10,9	2800
173.	260 417	40	Grandemultipara	SMA	10,2	3300
174.	260 418	22	Primipara	SMA	9,2	2500
175.	260 456	27	Multipara	S1	12,9	2400
176.	260 609	43	Multipara	S1	11,3	3200
177.	260 697	26	Multipara	SMA	10,2	3400
178.	260 832	19	Primipara	SMA	8,8	3100
179.	260 934	28	Primipara	SMA	10,3	3000
180.	261 001	23	Primipara	SMA	9,8	3200
182.	261 031	34	Multipara	SMA	11,4	2700

183.	261 165	34	Multipara	SMA	13	2800
184.	261 255	35	Multipara	D3	7,9	2500
185.	261 368	36	Multipara	SMA	11,6	2300
186.	261 446	26	Primipara	SMA	9,7	3500
187.	261 451	20	Primipara	SMA	11,5	3100
188.	261 626	24	Primipara	SMA	12,2	2400
189.	261 707	34	Multipara	SD	10,5	3600
190.	261 819	22	Primipara	SMP	11	3300
191.	261 855	20	Primipara	SMP	9,3	2500
192.	261 904	36	Multipara	SD	11,5	2400
193.	262 069	32	Grandemultipara	SD	10,3	2300
194.	262 164	25	Primipara	SMA	12,1	3100
195.	262 201	27	Multipara	SMP	12,7	2700
196.	262 216	28	Multipara	SMA	11,1	2900
197.	262 224	19	Primipara	SMP	10	2400
198.	262 301	18	Primipara	SMA	11,6	3300
199.	262 438	30	Multipara	SMA	10	3600
200.	262 544	21	Multipara	SMA	10	2500
201.	262 638	29	Multipara	SMA	11,2	3400
202.	262 696	28	Multipara	SMA	8,8	2500
203.	262 974	29	Multipara	D3	10,7	2700
204.	263 013	23	Multipara	SMP	13	3000
205.	263 084	36	Multipara	S1	10,9	2400
206.	263 170	28	Multipara	SMA	11,7	3400
207.	263 227	38	Primipara	S1	12,4	3000
208.	263 240	26	Multipara	SMA	8,5	3400
209.	263 343	36	Multipara	SMP	11,7	2600
210.	263 441	31	Multipara	D3	12,9	3300
211.	263 463	26	Primipara	SMA	8,7	2200
212.	263 690	36	Multipara	SMP	10,2	3100
213.	263 704	25	Primipara	SMA	10,6	2500
214.	263 731	26	Primipara	SMA	14,1	3100
215.	263 795	34	Multipara	SMP	10,4	2800
216.	263 827	28	Multipara	D3	11,3	2500
217.	264 041	27	Primipara	SMA	9,7	2600
218.	264 119	26	Multipara	SMP	11	3400
219.	264 222	38	Multipara	SMP	11,1	3000
220.	264 330	35	Multipara	SMP	10,1	3600

221.	264 385	40	Grandemultipara	SD	11	2900
222.	264 496	28	Multipara	SMA	10,8	2500
223.	264 785	23	Primipara	SMA	13,4	2500
224.	265 404	21	Primipara	SMP	11,9	2000
225.	265 444	36	Multipara	SMP	11,6	2200
226.	265 461	30	Multipara	SMA	11,7	2100
227.	265 480	29	Multipara	SMA	10,3	2100
228.	265 504	24	Primipara	SMA	8,5	2300
229.	265 752	27	Multipara	SMA	12,9	2400
230.	266 044	30	Multipara	SMP	10,6	4000
231.	266 240	35	Multipara	SMA	11,6	3500
232.	266 379	28	Multipara	SMA	10	3800
233.	266 458	25	Multipara	SMA	9,1	2500
234.	266 599	31	Multipara	SI	8,4	2600
235.	266 856	29	Multipara	SMP	12	2600
236.	267 475	26	Primipara	SMA	8,5	3300
237.	268 052	32	Multipara	SMA	9,2	3400
238.	268 149	34	Multipara	SMA	11,6	2200
239.	269 105	35	Multipara	SD	11,3	3000
240.	269 105	23	Multipara	SMP	11,4	3000
241.	269 294	31	Primipara	SMA	10,1	2400
242.	269 734	26	Multipara	SMP	9,6	2900
243.	270 283	25	Multipara	SMP	12,2	4000
244.	270 407	25	Primipara	SMA	9,7	2800
245.	270 442	31	Multipara	SMP	10,7	3100
246.	270 554	27	Multipara	D3	10,7	3200
247.	270 752	27	Multipara	SI	10,9	2600
248.	270 768	33	Multipara	SMA	9,1	3500
249.	270 816	29	Multipara	SD	10,5	4100
250.	270 979	27	Multipara	SD	12,4	2400
251.	271 071	28	Multipara	SMA	10,2	2800
252.	271 216	27	Primipara	SMA	9	3000
253.	271 611	30	Multipara	SMA	12	2700
254.	271 764	36	Multipara	SD	11,6	2300
255.	272 165	32	Multipara	SMP	12,2	3000
256.	272 224	38	Grandemultipara	SMP	9,3	2800
257.	272 750	35	Multipara	SD	10,1	3600
258.	272 753	33	Multipara	SMA	13	3300

259.	272 829	23	Multipara	SMA	11,6	3000
260.	273 286	17	Primipara	SD	10,3	3200
261.	273 343	35	Multipara	SMP	10,7	3800
262.	273 613	31	Multipara	SMP	9,5	3200
263.	273 712	24	Multipara	SMA	12,5	2600
264.	273 789	32	Multipara	SMA	11,5	3200
265.	273 901	33	Primipara	D3	9,1	2900
266.	273 950	26	Primipara	SMA	13,6	3100
267.	273 986	25	Multipara	SMA	12,2	2900
268.	273 996	39	Grandemultipara	SD	12	2500
269.	274 326	33	Multipara	SMA	11,2	3100
270.	274 009	26	Multipara	SMA	10,6	3000
271.	274 014	36	Multipara	SMA	12,3	3100
272.	274 036	42	Multipara	SMP	8,9	2400
273.	274 063	39	Multipara	SD	12	2300
274.	274 071	24	Multipara	SMA	11	3400
275.	274 101	38	Multipara	SMA	10,9	3000
276.	274 145	29	Multipara	SMA	12,4	2900
277.	274 180	29	Multipara	SD	10,1	3700
278.	274 183	31	Multipara	SMA	10,5	2600
279.	274 321	24	Primipara	SMA	11,2	2100
280.	274 326	23	Primipara	SMP	12,4	2600
281.	274 348	22	Multipara	SMA	10,1	3300
282.	274 413	24	Primipara	SMP	11	2100
283.	274 418	28	Multipara	SMA	10,7	2600
284.	274 431	32	Multipara	SMA	9,2	2300
285.	274 486	26	Primipara	S1	10,9	1700
286.	274 555	25	Multipara	S1	10,3	2900
287.	274 738	26	Multipara	SMA	11,8	2800
288.	274 760	24	Multipara	SMP	9,6	2500
289.	274 871	35	Grandemultipara	SMA	10,3	2900
290.	274 927	27	Primipara	SMA	12,3	2800
291.	274 929	25	Multipara	SMA	9,2	3100
292.	274 968	28	Primipara	SD	9,5	2400
293.	274 984	31	Multipara	SD	12,1	2700
294.	274 996	29	Multipara	SD	10	2900
295.	275 016	27	Multipara	SMP	10	3600
296.	275 063	37	Multipara	SD	11,9	3200

297.	275 068	35	Multipara	D3	8,5	2100
298.	275 268	31	Multipara	SMA	9,1	2200
299.	275 269	27	Multipara	SMA	11	3700
300.	275 489	42	Grandemultipara	SD	10,9	2600
301.	275 638	35	Multipara	SD	11	2900
302.	275 697	41	Primipara	SD	10,2	2500
303.	275 752	22	Primipara	SMA	10,3	2800
304.	275 900	23	Primipara	SMA	13,4	2500
305.	275 931	39	Multipara	SD	12,3	2900
306.	275 944	44	Grandemultipara	SD	9,2	2500
307.	275 981	34	Multipara	SD	12,5	3200
308.	276 081	22	Primipara	SD	11,1	3300
309.	276 104	31	Multipara	SMP	9,9	3600
310.	276 181	25	Multipara	SMA	12,4	2900
311.	276 242	22	Primipara	SD	11,3	3000
312.	276 247	28	Primipara	SMA	13,3	2700
313.	276 281	19	Primipara	SMA	10,3	3200
314.	276 289	25	Multipara	SMP	11,3	3600
315.	276 290	29	Grandemultipara	SMA	11,8	1100
316.	276 355	28	Multipara	SMA	9,4	2700
317.	276 400	34	Grandemultipara	SMP	11,1	2700
318.	276 437	25	Multipara	SMP	11,7	3200
319.	276 486	26	Multipara	SMP	12,6	3100
320.	276 489	23	Primipara	SMA	13,1	3700
321.	276 500	26	Multipara	SD	9,6	2600
322.	276 700	27	Multipara	SMA	11,2	2500
323.	276 713	25	Primipara	SMA	12,2	2800
324.	276 810	21	Multipara	SMA	11,5	3100
325.	277 003	34	Multipara	SMA	11	3100
326.	277 070	36	Multipara	SMA	10,9	2400
327.	277 244	30	Multipara	SD	11	2900
328.	277 270	25	Primipara	SMP	11	3000
329.	277 575	27	Primipara	SMP	11	3200
330.	277 694	39	Grandemultipara	SMP	12,9	2800
332.	277 702	24	Multipara	SMP	9,6	2500
333.	277 739	19	Primipara	SMP	10,9	2200
334.	277 811	35	Multipara	SD	11	3000
335.	277 850	34	Multipara	SD	10,9	2400

336.	278 077	28	Multipara	SMA	9,1	3500
337.	278 182	33	Primipara	SMA	11	3000
338.	278 205	23	Primipara	SMA	11,6	2900
339.	278 209	25	Primipara	SMP	12,1	2800
340.	278 214	34	Multipara	SMA	11,2	2900
341.	278 247	32	Multipara	SMA	12,1	2800
342.	278 251	36	Multipara	SD	10,8	3100
343.	278 540	38	Multipara	SMA	10	2500
342.	278 800	34	Multipara	SMA	11,8	3000
343.	278 911	25	Primipara	SMP	10,1	3000
344.	278 916	17	Primipara	SMP	9,6	2400
345.	278 940	21	Primipara	SMA	11,7	2700
346.	279 004	21	Multipara	SMP	11	2700
347.	279 274	25	Primipara	SMA	12	2900
348.	279 281	28	Multipara	SMA	11	3500
349.	279 308	18	Primipara	SMP	9,4	2600
350.	279 594	29	Multipara	SMA	11,1	2000
351.	280 118	26	Multipara	SMA	11,9	3000
352.	280 344	24	Multipara	SMA	11,3	2900
353.	280 386	30	Multipara	SMA	9,9	2300
354.	280 440	44	Grandemultipara	SD	10,8	2800
355.	280 502	29	Multipara	SMP	10,6	2800
356.	280 537	25	Multipara	SMA	10	2900
357.	280 620	29	Primipara	SMA	11,1	3600
358.	280 633	29	Primipara	SMA	10,8	2500

LAMPIRAN

Lampiran 2. Hasil Analitik Statistik SPSS

Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20	18	5,0	5,0	5,0
	20-35	283	79,1	79,1	84,1
	> 35	57	15,9	15,9	100,0
	Total	358	100,0	100,0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	primipara	100	27,9	27,9	27,9
	multipara	235	65,6	65,6	93,6
	grandemultipara	23	6,4	6,4	100,0
	Total	358	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	57	15,9	15,9	15,9
	SMP, SMA	268	74,9	74,9	90,8
	D3, S1	33	9,2	9,2	100,0
	Total	358	100,0	100,0	

Hb Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anemia	81	22,6	22,6	22,6
	Tidak Anemia	277	77,4	77,4	100,0
	Total	358	100,0	100,0	

Usia ibu hamil yang melahirkan dengan anemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 20	7	8,6	8,6	8,6
	20-35	66	81,5	81,5	90,1
	> 35	8	9,9	9,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Paritas ibu hamil yang melahirkan dengan anemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	23	28,4	28,4	28,4
	Multipara	54	66,7	66,7	95,1
	Grandemultipara	4	4,9	4,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Tingkat pendidikan ibu hamil yang melahirkan dengan anemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah (SD, Tidak Sekolah)	4	4,9	4,9	4,9
	Sedang (SMP, SMA)	69	85,2	85,2	90,1
	Tinggi (D3, S1)	8	9,9	9,9	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

BB Anak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	106	29,6	29,6	29,6
	Tidak BBLR	252	70,4	70,4	100,0
	Total	358	100,0	100,0	

Hb Ibu * BB Anak Crosstabulation

			BB Anak		Total
			BBLR	Tidak BBLR	
Hb Ibu	Anemia	Count	32	49	81
		Expected Count	24,0	57,0	81,0
		% within Hb Ibu	39,5%	60,5%	100,0%
	Tidak Anemia	Count	74	203	277
		Expected Count	82,0	195,0	277,0
		% within Hb Ibu	26,7%	73,3%	100,0%
Total		Count	106	252	358
		Expected Count	106,0	252,0	358,0
		% within Hb Ibu	29,6%	70,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,920 ^a	1	,027		
Continuity Correction ^b	4,326	1	,038		
Likelihood Ratio	4,743	1	,029		
Fisher's Exact Test				,037	,020
Linear-by-Linear Association	4,806	1	,027		
N of Valid Cases	358				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hb Ibu (Anemia / Tidak Anemia)	1,792	1,066	3,010
For cohort BB Anak = BBLR	1,479	1,060	2,062
For cohort BB Anak = Tidak BBLR	,825	,683	,998
N of Valid Cases	358		



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : Alfreda Devra Susanti
NIM : 702012032

PEMBIMBING I : dr. Ali Muchtar, M. Sc
PEMBIMBING II : dr. Ratih Pratiwi, Sp. OG

JUDUL SKRIPSI : Hubungan Anemia pada Ibu Hamit dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 .

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	30 Des 2015	Bimbingan Bab IV dan V		<i>M</i>	
2	8-1-2016	Konsul Bab IV & V	<i>g</i>		
3	9-1-2016	revisi dan lengkapi			
4		g. kurang → ke. jumlah	<i>g</i>		<i>Acc</i>
5	11-01-2016	Bimbingan BAB IV, V dan abstrak		<i>M</i>	
6	8-01-2016	Skh & perbaikan → ke	<i>g</i>		
7					
8	12-01-2016	Bimbingan BAB IV, V, abstrak, Acc		<i>M</i>	Acc
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada Tanggal : 13 / 1 / 2016
a.n. Dekan
Ketua UPK,

[Signature]
dr. Nyayu Fitriani



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 5 Nopember 2015.

Nomor : 1738 / I-13/FK-UMP/XI/2015
Lampiran : -
Perihal : Mohon izin Penelitian

Kepada : Yth. Sdr. Direktur
Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang
DI
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Alfreda Devina Susanti
NIM : 702012032
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Hubungan Anemia pada Ibu hamil dengan bayi berat lahir rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi kepada nama tersebut diatas di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang .

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.



BERITA ACARA SELESAI PENGAMBILAN DATA PENELITIAN

Pada hari .~~Senin~~. tanggal ~~28/12/15~~.

Nama : Alfreda Devina Susanti

NIM : 702012032

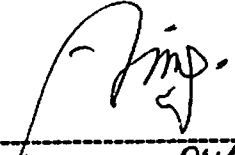
Judul Skripsi/KTI : Hubungan Anemia pada Ibu Hamil dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014

Perguruan Tinggi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

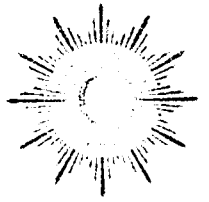
Telah melakukan pengambilan data dan penelitian di Ruang Rekam Medis dengan baik, sesuai peraturan dan tata tertib yang telah di tentukan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Demikian berita acara ini di buat, untuk di pergunakan sebagai mana mestinya.

Palembang ~~28/12/15~~.
Ka.Si / ~~Ka Ru~~ Rekam Medis


10-80-01

NBP : *Mullisa*



SURAT KETERANGAN

No: 02 /KET/D-3/RSMP/I/2016

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Menidakanjuti surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1738 /I-13/FK-UMP/XI/2015 tertanggal 05 November 2015 perihal Permohonan Izin Penelitian.

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Alfreda Devina Susanti
NIM : 702012032
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Benar telah melakukan Pengambilan Data dan Penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari tanggal 21 - 28 Desember 2015 dengan judul Penelitian "Hubungan Anemia Pada Ibu Hamil Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014."

Demikianlah surat keterangan ini dibuat sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

*Nasrunminallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr.Wr*

Palembang, 23 Rabiul Awal 1437 H
04 Januari 2016 M

Direktur,

dr. Rangestu Widodo, MARS
NBP. 0867.0307

BIODATA

Nama : Alfreda Devina Susanti
Tempat Tanggal Lahir : Curup, 22 Juni 1994
Alamat : Jl. Gajah Mada V No.510 RT 005 RW 003, Kel. Air
Rambai, Kec. Curup, Kab. Rejang Lebong
(Curup-Bengkulu) Kode Pos 39112
Telp/Hp : 082186887500
Email : alfredadevina06@gmail.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 Ayah : Drs. Parji Susanta
 Ibu : Yulia Lensi
Jumlah Saudara : 2 (dua)
Anak ke : 1 (pertama)
Riwayat Pendidikan : 1. TK Xaverius 20 Curup (1998-2000)
2. SD Xaverius 20 Curup (2000-2006)
3. SMP Negeri 1 Curup Kota (2006-2009)
4. SMA Negeri 1 Curup Kota (2009-2012)
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah
Palembang (2012-Sekarang)



Palembang, 4 Februari 2016

(Alfreda Devina Susanti)