

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir pada saat permulaan persalinan (sarwono, 2007). Menurut Sylviati (2008) lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah 259-293 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- 2.1.1.1 Bayi kurang bulan/preterm jika dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (<259 hari).
- 2.1.1.2 Bayi cukup bulan/aterm jika dilahirkan dengan masa gestasi 37-42 minggu.
- 2.1.1.3 Bayi lebih bulan/postterm jika bayi dilahirkan dengan masa gestasi >42 minggu (>294 hari).

Menurut Sarwono (2007) ditinjau dari tuanya kehamilan. Kehamilan terbagi atas 3 trimester yaitu :

- 2.1.1.1 Kehamilan trimester I antara 0 - 12 minggu
- 2.1.1.2 Kehamilan trimester II antara 12 - 28 minggu
- 2.1.1.3 Kehamilan trimester III antara 28 - 40 minggu

Pada trimester pertama organ-organ mulai dibentuk. Trimester kedua organ telah dibentuk, tetapi belum sempurna dan viabilitas janin masih diragukan. Sementara janin yang dilahirkan pada trimester terakhir telah viable (dapat hidup). Bila hasil konsepsi dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus (keguguran). Bila hal tersebut terjadi dibawah 36 minggu disebut partus prematur. Kelahiran dari 37 minggu sampai 42 minggu disebut partus aterm (sarwono, 2007).

Tanda pasti kehamilan dapat dilihat dari gejala dan tanda yang dirasakan oleh ibu seperti amenorhoe, nausea, emesis, anoreksia dan juga gerakan janin yang sudah mulai terasa pada kehamilan 18 minggu. Tetapi juga dapat dipastikan dengan menggunakan ultrasonografi (Sarwono, 2007).

Dari beberapa definisi kehamilan diatas maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri mulai sejak konsepsi dan berakhir pada saat permulaan persalinan.

2.1.2 Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.1.2.1 Pengertian

Definisi Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan / sebelum infartu. Pada pembukaan < 4 cm (fase laten). Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya nelahirkan (Nugroho, 2011).

KPD ialah suatu keadaan dimana selaput ketuban pecah pada kehamilan yang telah viable dan 6 jam setelah itu tidak diikuti dengan terjadinya persalinan (Achadiat, 2004). Ketuban pecah dini (KPD) adalah ketuban yang pecah sebelum waktunya persalinan (Morgan dan Hamilton, 2009).

KPD yaitu bocornya cairan amnion sebelum mulainya persalinan, terjadi pada kira-kira 7-12 persen kehamilan. Paling sering, ketuban pecah pada atau mendekati pesalinan, persalinan terjadi secara spontan dalam beberapa jam. Bila ketuban pecah dini dihubungkan dengan kehamilan preterm, ad resiko peningkatan morbilitas dan mortalitas perinatal akibat imaturitas janin. Bila kehamilan tidak terjadi dalam 24 jam, juga terjadi resiko peningkatan infeksi intrauterine (Gunawan dan Supriyadi, 2003).

KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu. Sebagian ketuban pecah dini terjadi pada kehamilan aterm lebih dari 37 minggu sedangkan kurang dari 36 minggu tidak terlalu banyak (Manuaba, 2009).

KPD merupakan masalah penting dalam penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi korioamnionitis sampai sepsis, yang meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal dan menyebabkan infeksi ibu. Insidensi ketuban pecah dini kurang 10 % dari semua kehamilan. Pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 6-19 %. Sedangkan pada kehamilan aterm insidensinya bervariasi 2% dari semua kehamilan. 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuris. Ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuris dengan insidensi 30-40% (Hakimi, 2009).

Dari beberapa definisi ketuban pecah dini di atas maka dapat disimpulkan bahwa KPD adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan.

2.1.2.2 Etiologi

Penyebab KPD masih belum diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Beberapa laporan menyebutkan factor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun factor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui.

Kemungkinan yang menjadi faktor predisposisinya menurut Morgan dan Hamilton, 2009 dan Nugroho, 2010 adalah :

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asenden dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya KPD
- b. Servik yang inkompeten. Kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada servik uteri (akibat persalinan atau curettage).
- c. Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion, gamelli.
- d. Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun amniosintetis menyebabkan terjadinya KPD karena biasanya disertai infeksi.
- e. Kelainan letak, misalnya sungsang, sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul (PAP) yang terdapat membrane bagian bawah.
- f. Keadaan sosial ekonomi.
- g. Faktor golongan darah.
- h. Akibat golongan darah ibu dan anak yang tidak sesuai dapat menimbulkan kelemahan bawaan termasuk kelemahan jaringan kulit ketuban.
- i. Faktor disproporsi antar kepala janin dan panggul ibu.
- j. Faktor multi graviditas.
- k. Defisiensi gizi dari tembaga atau asam askorbat (Vitamin C).
- l. Persalinan premature.
- m. Faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan ibu yaitu Kelebihan berat badan sebelum kehamilan dan Penambahan berat badan yang sedikit selama kehamilan.
- n. Merokok selama kehamilan.
- o. Usia ibu yang lebih tua mungkin menyebabkan ketuban kurang kuat daripada muda.
- p. Polihidamnion (cairan ketuban berlebihan)

- q. Riwayat KPD sebelumnya.
- r. Kelainan atau kerusakan selaput ketuban.
- s. Kehamilan kembar.
- t. Serviks (leher rahim) yang pendek (<25mm) pada usia kehamilan 23 minggu (Manuaba, 2009).

2.1.2.3 Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes, dengan cirri pucat dan bergaris warna darah.

Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.

Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung bayi bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi.(Nugroho, 2011).

2.1.2.4 Diagnosa

Menegakkan diagnose KPD secara tepat sangat penting karena diagnose yang positif palsu berarti melakukan intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan *section caesaria* yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Sebaliknya diagnose yang negatif palsu berarti akan membiarkan ibu dan janin mempunyai resiko infeksi yang akan mengancam kehidupan janin, ibu dan keduanya. Oleh karena itu diperlukam diagnose yang cepat dan tepat.

Diagnosa KPD ditegakkan dengan cara :

a. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna keluarnya cairan tersebut, his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lender darah.

b. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa, aka tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan ini akan lebih jelas.

c. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari *ostium uteri eksternum* (OUE), kalau belum juga tampak keuar, tundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver valsava, atau bagian terndah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornik anterior.

d. Pemeriksaan dalam

Di dalam vagina didapati cairan dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan toucher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan, jari pemeriksaan akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bsa dengan cepat menjadi pathogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau

KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin. (Nugroho, 2011).

Selain itu riwayat semburan cairan atau tetesan cairan yang menyebabkan ibu mengalami basah secara terus menerus dapat menunjukkan kemungkinan diagnosis. Konfirmasi jumlah cairan amnion yang berkurang (dengan menggunakan USG) akan menunjukkan adanya diagnosis lebih lanjut. Adapun pemeriksaan fisiknya harus meliputi pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan speculum secara steril. KPD merupakan diagnosis klinis mencakup 3 unsur yaitu Adanya kumpulan cairan vagina, Cairan mengubah kertas nitrazin berwarna biru dan Ferning mikroskopik pada cairan vagina yaitu kristalisasi cairan amnion saat mongering. (Norwitz dan Schorge, 2008).

Kriteria diagnosis meliputi usia kehamilan viable (> 20 minggu), keluar cairan jernih dan agak lengket melalui kemaluan, tidak ada demam (bila tidak terjadi infeksi), bunyi jantung janin biasanya tetap normal. Pemeriksaan *in speculo* : tampak cairan jernih dari ostium uteri internum, apabila dilakukan tes dengan kertas nitrazin/lakmus merah akan menjadi biru (karena cairan bersifat basa). Adapun diagnosis diferensinya yaitu kehamilan dengan fistula vesiko vaginal dan kehamilan dengan *stress incontinence*. (Achadiat, 2004).

Diagnosis banding harus mencakup kemungkinan inkontinensia urin. Karena urin biasanya asam, perbandingan pH vagina membantu dalam membedakan. (Supriyadi dan Gunawan, 1994).

2.1.3 Pemeriksaan Penunjang

2.1.3.1 Pemeriksaan laboratorium

- a. Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pH nya.
- b. Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urin atau secret vagina
- c. Secret vagina ibu hamil pH : 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning.
- d. Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis). pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu.
- e. Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis.

2.1.3.2 Pemeriksaan ultra sonografi (USG)

- a. Pemeriksaan ini dimaksud untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri.
- b. Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion. (Manuaba, 2009).

Pemeriksaan penunjang bisa dengan tes laboratorium, hitung darah lengkap dengan apusan darah : leukosit digabung dengan peningkatan bentuk batang pada apusan tepi menunjukkan infeksi intrauterine. Cairan amnion dapat dikirim ke laboratorium untuk evaluasi kematangan para janin (rasio L/S : fosfatidilgliserol ; fosfatidilkolin jenuh). Pewarnaan gram dan hitung koloni kuantitatif membuktikan adanya infeksi intrauterine. (Supriyadi dan Gunawan, 2003).

Selain itu, pemeriksaan leukosit / WBC, bila >15000/ml kemungkinan telah terjadi infeksi. Monitor bunyi jantung janin dengan fetoscop Laennec atau Doppler atau dengan melakukan pemeriksaan kordiotografi (bila usia kehamilan > 32 minggu). (Achadiat, 2004). Analisa urin dan kultur untuk ISK/bakteriuria asimtomatik. Pemeriksaan servik atau kultur untuk *vaginosis bacterial* (VB) dan trikomoniasis. *Kultur introitus* (media selektif) untuk streptokokus grup B (SGB). (Norwitz dan Schore, 2008).

2.1.3.3 Komplikasi

Komplikasi yang biasa terjadi pada KPD meliputi :mudah terjadinya infeksi intra uterin, partus premature yang bisa melahirkan BBLR dan meningkatkan morbiditas neonatal, prolaps bagian janin terutama tali pusat (Manuaba, 2009).Komplikasiselama persalinan dan kelahiran yaitu dimana resiko infeksi baik pada ibu maupun janin, dimana resiko infeksi karena ketuban yang utuh merupakan barrier atau penghalang terhadap masuknya penyebab infeksi (Sarwono, 2007).

2.1.4 Patofisiologi KPD dengan BBLR

BBLR menurut masa gestasinya dapat dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas. Menurut besarnya penyebab prematuritas murni dapat dibagi menjadi factor ibu dan factor janin. Penyebab prematuritas murni factor janin salah satunya yaitu ketuban pecah dini (Saifudin, 2006). Ketuban pecah dini berhubungan dengan penyebab kejadian prematuritas dengan insiden 30-40%. Sekitar 85% morbiditas dan mortalitas perinatal disebabkan oleh prematuritas (Hakimi, 2009).

Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi asenden. Salah satu fungsi selaput ketuban adalah melindungi atau pembatas dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga mengurangi kemungkinan infeksi dalam rahim, persalinan prematuritas dan selanjutna meningkatkan kejadian BBLR, kesakitan dan kematian ibu dan bayi dalam rahim (Manuaba, 2008).

Ketuban pecah dini mempengaruhi terjadinya berat badan lahir rendah (BBLR). Kejadian ketuban pecah dini terjadi akibat infeksi yang dapat berasal dari proses biomekanik (proses bilogi dan mekanik, mekanik = peubahan / pergerakan yang dipengaruhi anatomi fisiologi misalnya kontraksi uterus, pergerakan janin, VT, dll) pada selaput ketuban dalam bentuk proteolitik (protein dan lisis, lisis = memecahnya / menghancurkan protein pada selaput ketuban, selaput ketuban terdiri dari 7 lapisan protein), hal ini dikarenakan selaput ketuban yang tidak kuat sehingga kurangnya jaringan ikat (jaringan yang ada pada seaput ketuban) dan vaskularisasi (pembuluh darah yang berkurang menyebabkan suplay darahnya juga kurang sehingga mudah pecah) yang dapat menyebabkan bayi premature. (Manuaba, 2008).

2.1.5 Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini termasuk dalam kehalian beresiko tinggi. Kesalahan dalam mengelola KPD akan membawa akibat meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya.

Penatalaksaan KPD masih delima bagi sebagian besar ahli kebidanan. Kasus KPD yang cukup, kalau segera mengakhiri kehamilan akan

menaikkan insidensi bedah *cesar*, dan kalau menunggu persalinan spontan akan menaikkan insidensi *chorioamnionitis*.

Kasus KPD yang kurang bulan kalau menepuh cara-cara aktif harus dipastikan bahwa tidak akan terjadi RDS, dan kalau menepuh cara konservatif dengan maksud untuk member waktu pematangan paru, harus bisa memantau keadaan janin dan infeksi yang akan meperjelek prognosis janin.

Penatalaksanaan KPD tergantung dari umur kehamilan. Kalau umur kehamilan tidak diketahui secara pasti segera dilakukan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui umur kehamilan dan letak janin.

Resiko yang lebih sering pada KPD dengan janin kurang bulan adalah RDS dibandingkan dengan sepsis. Oleh karena itu pada kehamilan kurang bulan perlu evaluasi hati-hati untuk menentukan waktu yang optimal untuk persalinan. Pada umur kehamilan 34 minggu atau lebih biasanya paru-paru sudah matang, *chorioamnionitis* yang diikuti dengan sepsis pada janin merupakan sebab utama meningginya morbiditas dan mortalitas janin.

Pada kehamilan cukup bulan, infeksi janin yang berhubungan dengan lama pecahnya selaput ketuban atau lamanya periode laten.

Kebanyakan penulis sepakat mengambil 2 faktor yang harus dipertimbangkan dalam mengambil sikap atau tindakan terhadap penderita KPD yaitu umur kehamilan dan ada tidaknya tanda-tanda infeksi pada ibu. (Nugroho, 2011).

2.1.5.1 Adapun penatalaksannya :

- a. Pencegahan
- b. Melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin ke tenaga medis

- c. Menerapkan kebiasaan hidup sehat, seperti mengonsumsi makanan yang bergizi, memenuhi asupan cairan dalam tubuh, berolahraga secara teratur, serta menghindari kebiasaan merokok.
- d. Membiasakan diri untuk selalu membersihkan organ kewanitaan dengan benar, seperti membersihkannya setiap kali selesai buang air kecil maupun besar dari arah depan ke belakang.
- e. Segera berkonsultasi dengan dokter atau tenaga medis lainnya apabila ditemukan kelainan pada daerah kewanitaan, seperti terjadinya keputihan yang abnormal, berbau, dan berwarna tidak seperti biasanya.
- f. Bagi Anda yang beresiko tinggi untuk mengalami KPD, sebaiknya menghindari melakukan hubungan suami istri untuk sementara waktu.
- g. Mendapatkan istirahat yang cukup dan menghindarkan diri dari berbagai aktivitas berat yang dapat mempengaruhi kondisi psikis dan fisik janin Anda
- h. Memenuhi asupan vitamin, terutama vitamin C bagi tubuh.
- i. Menghindari guncangan yang dapat membahayakan kondisi kehamilan Anda, seperti terjadinya guncangan ketika berkendara dan lain sebagainya
- j. Panduan mengantisipasi : jelaskan kepada pasien yang memiliki riwayat berikut ini saat prenatal bahwa mereka harus segera melapor bila ketuban pecah.,Kondisi yang menyebabkan ketuban pecah dapat mengakibatkan prolapse tali pusat.,Letak kepala

selain vertex, Polihidramnion, Herpes aktif, Riwayat infeksi streptokus beta hemolitikus sebelumnya

2.1.6 Berat bayi lahir

Berat badan lahir adalah berat badan bayi yang ditimbang dalam waktu 1 jam pertama setelah lahir. Berdasarkan hubungan antara berat lahir dengan umur kehamilan, berat bayi lahir dapat dikelompokkan menjadi Sesuai Masa Kehamilan (SMK), Kecil Masa Kehamilan (KMK) dan Besar Masa Kehamilan (BMK) dan dengan cara yang sama berdasarkan umur kehamilan saja bayi-bayi dapat digolongkan menjadi bayi kurang bulan, cukup bulan dan lebih bulan (Kosim, 2012).

Pengukuran berat badan bayi lahir harus segera dilakukan pada satu jam pertama kelahiran bayi. Hal ini dilaksanakan untuk mendapatkan berat lahir bayi yang akurat sebelum terjadinya penurunan berat badan setelah lahir yang signifikan pada bayi baru lahir (WHO, 2004).

Menurut Kosim (2010) ada beberapa klasifikasi pada berat badan lahir, yaitu :

2.1.6.1 Klasifikasi berdasarkan berat lahir

a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

BBLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir <2500 gram tanpa memandang usia gestasi. Dahulu bayi ini dikatakan prematur kemudian disepakati disebut *Low Birth Weight Infant* atau BBLR karena bayi tersebut tidak selamanya prematur tetapi dapat cukup bulan maupun lebih bulan. Istilah BBLR telah digunakan oleh WHO (*World Health Organization*) sejak tahun 1961 dan disetujui dalam *World Health Assembly* ke 29 pada tahun 1976.

b. Berat Lahir Normal

Bayi berat lahir normal adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir > 2500 - 4000 gram.

c. Berat Lahir Lebih

Bayi berat lahir lebih adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih > 4000 gram.

2.1.7 Bayi Lebih Bulan (BLB)

Bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari). Menurut Saifuddin (2009), diklasifikasikan berdasarkan berat badan waktu lahir, yaitu :

2.1.7.1 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi lahir dengan berat 1.500-2.500 gram

2.1.7.2 Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR), yaitu bayi lahir dengan berat <1.500 gram

2.1.7.3 Bayi Berat Lahir Ekstrem Rendah (BBLER), yaitu bayi yang lahir dengan berat <1.000 gram.

2.1.7.4

2.1.8 Berat Badan Lahir Normal

2.1.8.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dan berat badannya 2500 – 4000 gram (Dewi, 2010).

2.1.8.2 Ciri – ciri bayi baru lahir normal

Menurut Dewi (2010), ciri-ciri bayi normal yaitu lahir *aterm* antara 37–42 minggu, berat badan 2500–4000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar dada 30–38 cm, lingkar kepala 33–35 cm, lingkar lengan 11–12 cm, frekuensi denyut jantung 120–160 x/menit, pernafasan ± 40–60 x/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan

subkutane yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai apgar > 7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat, reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, reflek *grasping* (reflek menggenggam) sudah baik, genitalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan *testis* yang berada pada *skrotum* dan penis yang berlubang, pada perempuan kematangan ditandai dengan *vagina* dan *uretra* yang berlubang, serta adanya *labia minora* dan *mayora*, eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.

2.1.9 Bayi Berat Lahir Rendah

2.1.9.1 Pengertian

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) merupakan istilah untuk mengganti bayi prematur karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, yaitu karena umur hamil kurang dari 37 minggu dan berat badan lebih rendah dari semestinya sekalipun cukup bulan atau karena kombinasi keduanya (Manuaba, 2010).

2.1.9.2 Etiologi

Menurut Mitayani (2011) etiologi atau penyebab dari BBLR maupun usia bayi belum selesai dengan masa gestasinya sebagai berikut :

- a. Komplikasi obstetric terdiri dari Multiple gestation, Incompetence, Pro (premature rupture of membrane), Pregnancy induce hypertention (PIH), Plasenta previa, Ada riwayat kelahiran premature

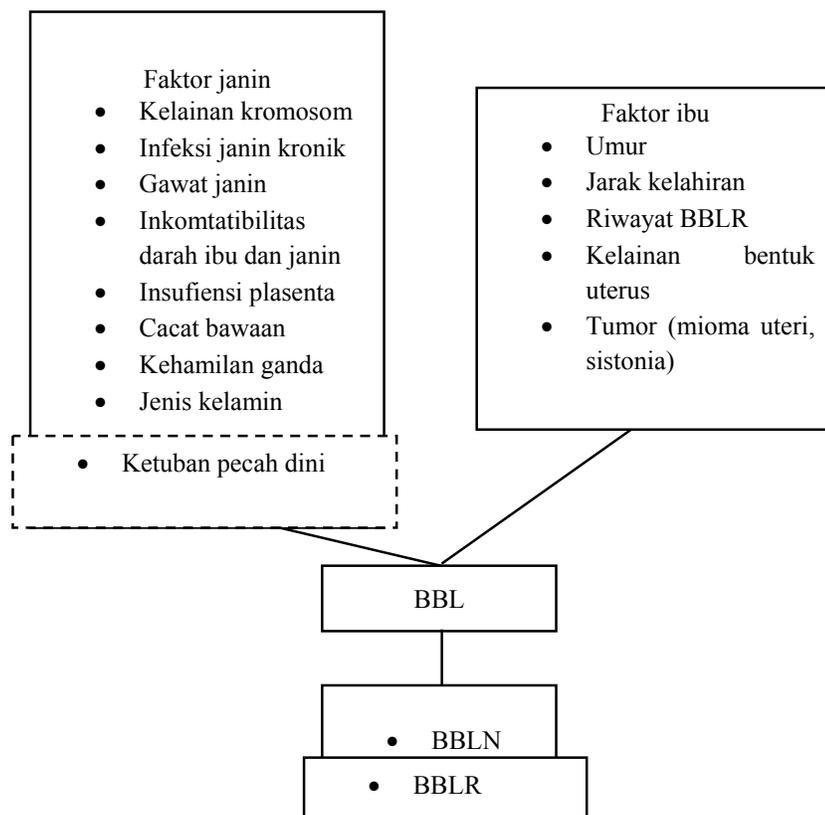
- d. Komplikasi Medis terdiri dari Diabetes Maternal, Hipertensi Kronis, Infeksi traktus urinarius

2.1.9.3 Klasifikasi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Muslimatun (2010) di bagi menurut berat badan lahir :

- Bayi berat lahir rendah (BBLR)/ Low birthweigh infant adalah bayi dengan berat badan lahir 1500 sampai kurang dari 2500 gram.
- Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR)/ Very low birthweight infant adalah bayi dengan berat badan lahir 1000-1500 gram.
- Bayi berat lahir amat sangat rendah (BBLASR)/Extremely very low birthweight infant adalah bayi lahir hidup dengan berat badan kurang dari 1000 gram.

2.2 Kerangka Teori

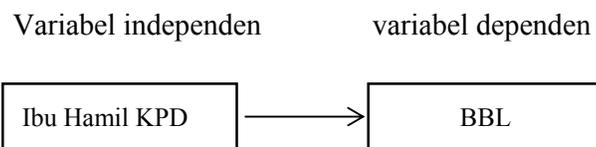


(gambar 2.1 kerangka teori)

Modifikasi teori proverawati dan ismawati (2010), sylviati (2008), dan saifuddin (2006)

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini menggunakan model sistem yakni menggunakan variabel independen dan dependen



(Gambar 2.2 Kerangka Konsep)

2.4 Hipotesis

Ada hubungan ibu hamil ketuban pecah dini (KPD) dengan bayi lahir