

**FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHITERJADINYA
RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME PADA BAYI
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA PADANG SIDIMPUAN
TAHUN 2016**



SKRIPSI

Disusun Oleh :

**Noni Puspita Sari
NIM. 14030095P**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
STIKES AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2016**

**FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHITERJADINYA
RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME PADA BAYI
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA PADANG SIDIMPUAN
TAHUN 2016**



SKRIPSI

Disusun Oleh :

Noni Puspita Sari

NIM : 14030095P

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
SIKES AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2016**

**FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHITERJADINYA
RESPIRATORY DISTRESS SYINDROME PADA BAYI
DI RUANG PERINATOLOGI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KOTA PADANG SIDIMPUAN
TAHUN 2016**

**HALAMAN PENGESAHAN
(Hasil Skripsi)**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dan Desetujui Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aufa Royhan
Padangsidimpuan
Tahun 2016

Padangsidimpuan, 24 Agustus 2016

Tim Penguji :

Pembimbing I

(Arinil Hidayah, SKM, M.Kes)

Pembimbing II

(Novita Sari Batubara, SST, M.Kes)

Penguji I

(Rostina Afrida Pohan, SST, M.Si)

Penguji II

(Alprida Pohan, SKM, M. Kes)

Ketua Stikes Aufa Royhan Padangsidimpuan

(Drs. H. Guntur Imsaruddin, M.kes)
IDENTITAS PENULIS

Nama : Noni Puspita Sari

Nim : 14030095p

Tempat/Tgl Lahir : Sugitonga 25 Desember 1992

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Sugijulu Kecamatan Marancar Kabupaten Tapanuli
Selatan

Riwayat pendidikan :

1. SD Negri sukarama : lulus tahun 2005
2. SMPN 1 Marancar : lulus tahun 2008
3. SMA Kampus Padangsidempuan : lulus tahun 2011
4. D III Kebidanan Darmais : lulus tahun 2014

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat ALLAH SWT, karna atas berkat rahmat dan hidayah-NYA peneliti dapat menyusun Skripsi dengan judul “Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya *Respiratory Distress Syndrome* Pada Bayi Di Ruang Perinatologi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKES Aufa Royhan Padangsidimpuan.

Dalam proses penyusunan Skripsi ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Drs. H. Guntur Imsaruddin, M.Kes, selaku ketua STIKES Aufa Royhan Padangsidimpuan.
2. Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep, selaku pembantu ketua I STIKES Aufa Royhan Padangsidimpuan.
3. Dady Hidayah Damanik, S.Kep, M.Kes, selaku pembantu ketua II STIKES Aufa Royhan Padangsidimpuan.
4. Enda Mora Dalimunthe, SKM, M.Kes, selaku pembantu ketua III STIKES Aufa Royhan Padangsidimpuan.
5. Nurul Rahmah Siregar, SKM, M.Kes, selaku ketua Prodi Kesehatan Masyarakat STIKES aufa royhan padangsidimpuan.
6. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku pembimbing I, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Novita Sari Batubara, SST, M.Kes, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Alprida Harahap, SKM, M.Kes, selaku penguji I, yang telah meluangkan waktunya untuk menguji peneliti dalam penyelesaian skripsi ini.
9. Rostina Afrida Pohan, SST, M.Si, selaku penguji II, yang telah meluangkan waktunya untuk menguji peneliti dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Bapak dr.Aminuddin selaku direktur dan Ibu Hj. Des Elida Daulay selaku Wadir Diklat RSUD Kota Padangsidempuan yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Kota Padangsidempuan.
11. Bapak dan ibu Staf Pegawai medical record RSUD Kota Padangsidempuan yang telah membantu penulis dalam mengumpulkan data untuk Skripsi ini.
12. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat STIKES Aufa Royhan Padangsidempuan.
13. Teristimewa buat ayahanda dan ibunda serta keluarga tercinta yang senantiasa memberikan cinta dan kasih serta dorongan moril dan do'a yang tidak pernah putus sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
14. Teman – teman sejawat dan seperjuangan khususnya Khoiriyah, Heni, Nova, Aisyah dan Kak Hilda yang saling membantu dalam proses penyelesaian skripsi ini.

Peneliti menyadari Skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan dan jauh dari kesempurnaan baik penulisan maupun bahasa. Maka dengan rendah hati penulis mengharapkan masukan ataupun kritik dan saran demi kesempurnaan Skripsi ini. Mudah-mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Amin.

Padangsidempuan, Agustus 2016

Peneliti,

NONI PUSPITA SARI
NIM : 14030095P

ABSTRAK

Bayi berat lahir rendah (BBLR) Merupakan salah satu indikator dari tingkat kesehatan ibu dan anak, dan merupakan determinan yang utama pada kematian perinatal dan neonatal. Di RSUD Kota Padangsidempuan masih banyak angka kejadian BBLR. Sehingga peneliti tertarik memilih judul ini.

Metode penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kolerasi dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan karakteristik ibu bersalin dengan kejadian BBLR di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016. Populasi penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Kota Padangsidempuan pada bulan januari – juni tahun 2016 yang berjumlah 359 orang. Sampel adalah 25% dari populasi yaitu 90 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan metode *systematic Random sampling*. Data yang dikumpulkan merupakan data sekunder yang meliputi, umur ibu, paritas dan tingkat pendidikan.

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik ibu bersalin yang melahirkan bayi umumnya berusia tidak beresiko (20-35 thn) yaitu sebanyak 48 responden (46,7%), paritas mayoritas beresiko (multipara dan grandemultipara) sebanyak 53 responden (58,9%) dan menurut tingkat pendidikan mayoritas SMA-PT sebanyak 59 responden (65,6%).

Tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan penyuluhan kesehatan bagi ibu hamil mengenai umur yang baik untuk kehamilan adalah 20-35 tahun untuk mengurangi risiko bayi yang lahir dengan BBLR.

Kata kunci : Faktor-faktor yang mempengaruhi, Bayi, Respiratory Distress Syndrome

ABSTRACT

Respiratory Distress Syndrome (RDS) or Respiratory Distress Syndrome is a Respiratory Distress Syndrome caused by surfactant deficiency, especially in newborns with a gestational age less in Regional General Hospital Padangsidempuan City are still many Syndrome the incidence of Respiratory Distress Syndrome, until researchers interested chose this title.

This study aims to determine the Factors Affecting the Occurrence of Respiratory Distress Syndrome In Infants Hospital In Space Perinatology Padangsidempuan year 2016. This research method is descriptive Correlation with cross sectional approach, using one data collection, In Medical Record to view the status of mothers who gave birth RDS, at or to year 2016. Populasi in January-June amounted to 152 people and the sample 38 person with method of systematic random sampling.

The results showed no relationship between age mother ($P = 0,000$), age Pregnancy ($P=0,009$), parity ($p=0,008$) and old Partus ($p=0,037$) with the incidence of Respiratory Distress Syndrome In babies in Space Perinatology General Hospital Urban Padangsidempuan Year 2016.

Suggested to parts of poly obstetrics and gynecology general hospital Padangsidempuan city in order to improve the delivery of information about the importance of prenatal care for early detection of state of health of the mother and fetus.

Keywords: Factors Influencing, Baby, Respiratory Distress Syndrome

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
IDENTITAS PENULIS.....	iii
PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Respiratory distress syndrome.....	7
2.1.1 Defenisi.....	7
2.1.2 Prematur	8
2.1.3 Berat Bayi Lahir Rendah	8
2.1.4 Etiologi.....	8
2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome	15
2.2.1 Umur Ibu	15
2.2.2 Umur Kehamilan.....	16
2.2.3 Lama Partus	17
2.2.4 Paritas	18
2.3 Kerangka Konsep	19
2.4 Hipotesa	19

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Dan Metode Penelitian.....	20
3.2 Waktu Dan Tempat Penelitian.....	20
3.2.1 Waktu Penelitian.....	20
3.2.2 Tempat Penelitian.....	21
3.3 Populasi Dan Sampel	21
3.3.1 Populasi	21
3.3.2 Sampel.....	22
3.4 Alat Pengumpulan Data.....	23
3.5 Prosedur Pengumpulan Data.....	23
3.6 Defenisi Operasional.....	24
3.7 Pengolahan Dan Analisa Data.....	25
3.7.1 Pengolahan Data.....	25

3.7.2 Analisa Data.....	25
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	27
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit.....	27
4.2 Data Univariat.....	27
4.3 Data Bivariat.....	29
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Hubungan Umur Ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.....	33
5.2 Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.....	34
5.3 Hubungan Paritas Ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.....	35
5.4 Hubungan Lama Partus Ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.....	36
5.5 Keterbasan Penelitian	37
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	38
6.2 Saran	
6.2.1 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Tekhnologi.....	39
6.2.2 Bagi Instansi Penelitian dan Masyarakat.....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	xiv
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Waktu penelitian.....	21
Tabel 2 Defenisi operasional variabel independen dan dependen.....	24
Tabel 3 Distribusi Frekuensi Umur ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	27
Tabel 4 Distribusi Frekuensi Usia Kehamilan Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 6 Distribusi Frekuensi Lama Partus Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 7 Distribusi Frekuensi Bayi dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Umur Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 9 Distribusi Frekuensi Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan Respiratorib Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	30
Tabel 10 Distribusi frekuensi Hubungan Paritas Ibu dengan Respiratori Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31
Tabel 11 Distribusi Frekuensi Hubungan Lama Partus Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Waktu penelitian.....	21
Tabel 2 Defenisi operasional variabel independen dan dependen.....	24
Tabel 3 Distribusi Frekuensi Umur ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	27
Tabel 4 Distribusi Frekuensi Usia Kehamilan Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 6 Distribusi Frekuensi Lama Partus Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 7 Distribusi Frekuensi Bayi dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Umur Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 9 Distribusi Frekuensi Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan Respiratorib Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	30
Tabel 10 Distribusi frekuensi Hubungan Paritas Ibu dengan Respiratori Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31
Tabel 11 Distribusi Frekuensi Hubungan Lama Partus Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Waktu penelitian.....	21
Tabel 2 Defenisi operasional variabel independen dan dependen.....	24
Tabel 3 Distribusi Frekuensi Umur ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	27
Tabel 4 Distribusi Frekuensi Usia Kehamilan Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 5 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 6 Distribusi Frekuensi Lama Partus Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	28
Tabel 7 Distribusi Frekuensi Bayi dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Umur Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	29
Tabel 9 Distribusi Frekuensi Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan Respiratorib Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.....	30
Tabel 10 Distribusi frekuensi Hubungan Paritas Ibu dengan Respiratori Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31
Tabel 11 Distribusi Frekuensi Hubungan Lama Partus Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016.....	31

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 1 kerangka konsep	17

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Respiratory Distress Syndrom (RDS) atau Sindrom Distress Pernapasan merupakan sindrom gawat napas yang disebabkan defisiensi surfaktan terutama pada bayi yang baru lahir dengan masa gestasi kurang (Suriadi, 2006). Secara klinis bayi dengan *Respiratory Distress Syndrome* menunjukkan takipnea, pernapasan cuping hidung, retraksi interkosta dan subkosta, *expiratory grunting* (merintih) dalam beberapa jam pertama kehidupan. Tanda-tanda klinis lain, seperti: hipoksemia dan polisitema. Tanda-tanda lain RDS meliputi hipoksemia, hiperkabia, dan asidosis respiratory atau asidosis campuran (Kompas, 2012).

Selaras dengan target pencapaian Millenium Development Goals (MDGs), Depkes telah mematok target penurunan Angka Kematian Bayi di Indonesia dari rata-rata 36 meninggal per 1.000 kelahiran hidup menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. AKB di Indonesia termasuk salah satu yang paling tinggi di dunia. Hal itu tercermin dari perbandingan dengan jumlah Angka Kematian Bayi di negara tetangga seperti Malaysia yang telah mencapai 10 per 1.000 kelahiran hidup dan Singapura dengan 5 per 1.000 kelahiran hidup (Bobok, 2006).

Secara tinjauan kasus, di negara-negara Eropa sebelum pemberian rutin antenatal steroid dan postnatal surfaktan, terdapat angka kejadian RDS 2-3%, di USA 1,72% dari kelahiran bayi hidup periode 1986-1987. Sedangkan jaman modern sekarang ini dari pelayanan NICU turun menjadi 1%. Di negara

berkembang termasuk Indonesia belum ada laporan tentang kejadian *Respiratory Distress Syndrome*. Sedangkan angka kematian bayi (*infant mortality rate*), yakni angka kematian bayi sampai umur satu tahun, di negara-negara maju telah turun dengan cepat dan sekarang mencapai angka di bawah 20 pada 1000 kelahiran. Penurunan angka kematian prenatal berlangsung lebih lambat, sebabnya ialah karena kesehatan serta keselamatan janin dalam uterus sangat tergantung dari keadaan dan kesempurnaan bekerjanya sistem dalam tubuh ibu yang mempunyai fungsi untuk menumbuhkan hasil konsepsi dari mudhigah menjadi janin cukup bulan (Leifer, 2007).

Di negara-negara maju kematian prenatal ini mencapai angka dibawah 25 per 1000 seperti telah dijelaskan, prematuritas memegang peran penting dalam hal ini. Selanjutnya tidak jarang bersama-sama dengan prematuritas terjadi faktor-faktor lain seperti, kelainan congenital, asfiksia neonatorum, insufisiensi plasenta, pelukaan kelahiran, dan lain-lain. Dua hal yang banyak menentukan penurunan kematian prenatal ialah tingkat kesehatan dan gizi wanita serta mutu pelayanan kebidanan yang tinggi di seluruh negara (Bobok,2006).

Departemen Kesehatan (Depkes) mengungkapkan rata-rata per tahun terdapat 401 bayi baru lahir di Indonesia meninggal dunia sebelum umurnya genap 1 tahun. Data bersumber dari survey terakhir pemerintah, yaitu dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007 (SDKI, 2007).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Depkes 2007, kematian bayi baru lahir (neonatus) merupakan penyumbang kematian terbesar pada tingginya angka kematian balita (AKB). Setiap tahun sekitar 20 bayi per 1.000 kelahiran hidup terenggut nyawanya dalam rentang waktu 0-12 hari pasca kelahirannya. Parahnya,

dalam rentang 2002-2007 , angka neonatus tidak pernah mengalami penurunan. Penyebab kematian terbanyak pada periode ini, menurut Depkes, disebabkan oleh sepsis (infeksi sistemik), kelainan bawaan, dan infeksi saluran pernapasan atas.

Ketua Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Badriul Hegar mengatakan banyak faktor yang menyebabkan angka kematian bayi tinggi. Antara lain, faktor kesehatan anak, lingkungan seperti keadaan geografis, dan faktor nutrisi. Sehingga puskesmas dan posyandu menjadi kunci untuk menekan kejadian angka kematian bayi . (Yulianni,2016)

Pada tahun 2015 diharapkan angka kematian bayi sebesar 23 bayi per 1.000 kelahiran hidup dan 32 anak balita per 1.000 kelahiran hidup Ketua Pengurus Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia Badriul Hegar mengatakan, penyebab kematian bayi berusia di bawah satu bulan, adalah sekitar 29 % disebabkan berat badan rendah, 30 % gangguan pernapasan, dan sekitar 10 % masalah nutrisi. Dia berpandangan, guna menekan angka kematian bayi dan anak balita, yang terpenting ialah upaya preventif dan promotif .Usaha promotif antara lain melalui promosi penggunaan air susu ibu, nutrisi adekuat, kebersihan diri, dan lingkungan. Upaya preventif antara lain melalui imunisasi dasar. Selain itu, perlu pula fasilitas pengobatan tingkat komunitas melalui fasilitas seperti puskesmas. (Depkes,2007)

Ketua Sentra Laktasi Indonesia Pola pernafasan normal adalah teratur dengan waktu ekspirasi lebih panjang dari pada waktu inspirasi, karena pada inspirasi otot pernafasan bekerja aktif, sedangkan pada waktu ekspirasi otot pernafasan bekerja secara pasif. Pada keadaan sakit dapat terjadi beberapa kelainan pola pernafasan yang paling sering adalah takipneu. Gangguan pernafasan pada bayi dan anak dapat disebabkan oleh berbagai kelainan organik, trauma,

alergi, infeksi dan lain-lain. Gangguan dapat terjadi sejak bayi baru lahir. RDS (*Respiratory Distress Syndrome*) atau disebut juga Hyaline membrane disease merupakan hasil dari ketidak maturan dari paru-paru dimana terjadi gangguan pertukaran gas. Berdasarkan perkiraan 30 % dari kematian neonatus diakibatkan oleh Respiratory distress syndrome atau komplikasi yang dihasilkannya (Leifer, 2007).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan pada bulan januari 2016 masih banyak angka kejadian *Respiratory Distress Syndrome* yang berjumlah 152 orang, maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian tentang Faktor-Faktor yang mempengaruhi terjadinya *Respiratory Distress Syndrome* Pada Bayi Di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016 .

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah penelitian ini adalah apa sajakah faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Respiratory Distress Syndrome pada bayi Di ruang perinatology Rumah Sakit Umum Padangsidempuan Tahun 2016?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Respiratory Distress Syndrome pada bayi Di ruang perinatology Rumah Sakit Umum Padangsidempuan Tahun 2016..

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi ibu dengan kejadian respiratory distress syndrome pada bayi berdasarkan: umur, umur kehamilan, partus lama, diruang perinatology RSUD padangsidempuan tahun 2016 .
2. Untuk mengetahui hubungan umur ibu dengan kejadian respiratory distress syndrome pada bayi diruang perinatology RSUD padangsidempuan tahun 2016.
3. Untuk mengetahui hubungan umur kehamilan dengan kejadian respiratory distress syndrome pada bayi diruang perinatology RSUD padangsidempuan tahun 2016.
4. Untuk mengetahui hubungan partus lama dengan kejadian respiratory distress syndrome pada bayi diruang perinatology RSUD padangsidempuan tahun 2016 .

1.4 Manfaat Penelitian

1.3.2. Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai masukan untuk memberikan upayah promotif dan preventif pada masyarakat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome pada bayi, dan dapat diharapkan sebagai wadah bahan referensi sehingga dapat menunjang dalam proses pendidikan di STIKES Aupa Royhan Padangsidempuan.

1.4.2 Bagi Instansi Penelitian Dan Masyarakat.

Hasil penelitian ini di harapkan bisa di jadikan sebagai wadah bahan masukan bagi pihak rumah sakit umum daerah kota padangsidempuan dalam

rangka meningkatkan kualitas pengelolaan. Dalam hal ini masyarakat juga di harapkan dapat memperoleh informasi tentang fakto-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome sehingga dapat menambah wawasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Respiratory Distress Syndrome

2.1.1. Defenisi

Respiratory Distress Syndrome adalah kumpulan gejala yang terdiri dari dispnea atau hiperpnea dengan frekuensi pernafasan lebih dari 60x per menit, sianosis, merintih waktu eksfisasi dan retraksi di daerah epigastrium, suprasternal, interkostal pada saat inspirasi (Ngastiyah, 2010).

Menurut Petty,2006 definisi dan kriteria RDS bila didapatkan sesak nafas berat (dyspnea), frekuensi nafas meningkat (tachypnea), sianosis yang menetap dengan terapi oksigen, penurunan daya pengembangan paru,adanya gambaran infiltrat alveolar yang merata pada foto thorak dan adanya atelektasis, kongesti vascular, perdarahan, edema paru, dan adanya hyaline membran pada saat otopsi.

Respiratory Distress Syndrome (RDS) adalah perkembangan yang imatur pada sistem pernafasan atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan dalam paru dan gangguan pernapasan yang sering terjadi pada bayi prematur dengan tanda-tanda takipnue (Suriadi, 2010).

Respiratory Distress Syndrome adalah penyakit yang disebabkan oleh ketidakmaturan dari sel tipe II dan ketidakmampuan sel tersebut untuk menghasilkan surfaktan yang memadai. (Dot Stables, 2005).

2.1.2. Prematur

Persalinan prematur adalah suatu persalinan dari hasil konsepsi yang dapat hidup tetapi belum aterm (cukup bulan) .berat janin antara 1000-2500 gram atau minggu (wiknjosastro 2010) .

2.1.3. Berat Bayi Lahir Rendah

BBLR adalah bayi baru lahir dengan berat badan lahir pada saat lahir kurang dari 2,500 gram (sampai 2,499 gram). BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan (Prawirohardjo,2016) .

2.1.4. Etiologi Menurut Asbaugh (2006)

Penyebab kelainan ini secara garis besar adalah kekurangan surfaktan, suatu zat aktif pada alveoli yang mencegah kolaps paru. Respiratory distress syndrome seringkali terjadi pada bayi prematur, karena produksi surfaktan, yang dimulai sejak kehamilan minggu ke-22, baru mencapai jumlah cukup menjelang cukup bulan. Makin muda usia kehamilan, makin besar pula kemungkinan terjadinya Respiratory distress syndrome. Kelainan merupakan penyebab utama kematian bayi prematur. Adapun penyebab-penyebab lain yaitu:

1) Kelainan bawaan/kongenital jantung atau paru-paru

Bila bayi mengalami sesak napas begitu lahir atau 1-2 hari kemudian, biasanya disebabkan adanya kelainan jantung atau paru-paru. Hal ini bisa terjadi pada bayi dengan riwayat kelahiran normal atau bermasalah, semisal karena ketuban pecah dini atau lahir prematur. Pada bayi prematur, sesak napas bisa terjadi karena adanya kekurangmatangan dari organ paru-paru.

Paru-paru harusnya berfungsi saat bayi pertama kali menangis, sebab saat ia menangis, saat itu pulalah bayi mulai bernapas. Tapi pada bayi lahir prematur, karena saat itu organnya tidak siap, misalnya gelembung paru-paru tak bisa mekar atau membuka, sehingga udara tidak masuk. Itu sebabnya ia tak bisa menangis. Ini yang namanya penyakit respiratory distress syndrome (RDS).

Tidak membukanya gelembung paru-paru tersebut karena ada suatu zat, surfactan, yang tak cukup sehingga gelembung paru-paru atau unit paru-paru yang terkecil yang seperti balon tidak membuka. Ibaratnya, seperti balon kempis. Gejala pada kelainan jantung bawaan adalah napas sesak. Ada juga yang misalnya sedang menyusui atau beraktivitas lainnya, mukanya jadi biru dan ia jadi pasif. Jadi, penyakitnya itu utamanya karena kelainan jantung dan secondary-nya karena masalah pernapasan. Jadi, biasanya sesak napas yang terjadi ini tidak bersifat mendadak. Walaupun demikian, tetap harus segera dibawa ke dokter.

2) Kelainan pada jalan napas/trakea

Kelainan bawaan/kongenital ini pun paling banyak ditemui pada bayi. Gejalanya, napas sesak dan napas berbunyi “grok-grok”. Kelainan ini terjadi karena adanya hubungan antara jalan napas dengan jalan makanan/esophagus.

Kelainan ini dinamakan dengan trackeo esophageal fistula. Akibat kelainan itu, ada cairan lambung yang bisa masuk ke paru-paru. Tentunya ini berbahaya sekali. Sehingga pada usia berapa pun diketahuinya, harus segera dilakukan tindakan operasi.

Tak mungkin bisa menunggu lama karena banyak cairan lambung bisa masuk ke paru-paru. Sebelum operasi pun dilakukan tindakan yang bisa menolong jiwanya, misal dengan dimasukkan selang ke jalan napas sehingga cairan dari

lambung tak bisa masuk. Biasanya sesak napasnya tampak begitu waktu berjalan 1-3 jam setelah bayi lahir. Nah, bila ada sesak napas seperti ini, prosedur yang harus dilakukan adalah dilakukan foto rontgen segera untuk menganalisisnya.

3) Tersedak air ketuban

Ada juga penyakit-penyakit kelainan perinatologi yang didapat saat kelahiran. Karena suatu hal, misalnya stres pada janin, ketuban jadi keruh dan air ketuban ini masuk ke paru-paru bayi. Hal ini akan mengakibatkan kala lahir ia langsung tersedak. Bayi tersedak air ketuban akan ketahuan dari foto rontgen, yaitu ada bayangan “kotor”. Biasanya ini diketahui pada bayi baru lahir yang ada riwayat tersedak, batuk, kemudian sesak napasnya makin lama makin berat.

Itulah mengapa, pada bayi baru lahir kita harus intensif sekali menyedot lendir dari mulut, hidung atau tenggorokannya. Bahkan jika tersedak air ketubannya banyak atau massive, harus disedot dari paru-paru atau paru-parunya dicuci dengan alat bronchwash. Lain halnya kalau air ketubannya jernih dan tak banyak, tak jadi masalah.

Namun kalau air ketubannya hijau dan berbau, harus disedot dan “dicuci” paru-parunya. Sebab, karena tersedak ini, ada sebagian paru-parunya yang tak bisa diisi udara/atelektasis atau tersumbat, sehingga menyebabkan udara tak bisa masuk. Akibatnya, jadi sesak napas. Biasanya kalau di-rontgen, bayangannya akan terlihat putih.

Selain itu, karena tersumbat dan begitu hebat sesak napasnya, ada bagian paru-paru yang pecah/kempes/pneumotoraks. Ini tentu amat berbahaya. Apalagi kejadiannya bisa mendadak dan menimbulkan kematian. Karena itu bila sesak

napas seperti ini, harus lekas dibawa ke dokter untuk mendapatkan alat bantu napas/ventilator.

4) Pembesaran kelenjar thymus

Ada lagi napas sesak karena beberapa penyakit yang cukup merisaukan yang termasuk kelainan bawaan juga. Gejalanya tidak begitu kuat. Biasanya bayi-bayi ini pun lahir normal, tak ada kelainan, menangisnya pun kuat. Hanya saja napasnya seperti orang menggorok dan semakin lama makin keras, sampai suatu saat batuk dan berlendir.

Kejadian ini lebih sering dianggap karena susu tertinggal di tenggorokan. Namun ibu yang sensitif biasanya akan membawa kembali bayinya ke dokter.

Biasanya kemudian diperiksa dan diberi obat. Bila dalam waktu seminggu tak sembuh juga, baru dilakukan rontgen. Penyebabnya biasanya karena ada kelainan pada jalan napas, yaitu penyempitan trakea. Ini dikarenakan adanya pembesaran kelenjar thymus. Sebetulnya setiap orang punya kelenjar thymus. Kelenjar ini semasa dalam kandungan berfungsi untuk sistem kekebalan.

Letaknya di rongga mediastinum (diantara dua paru-paru). Setelah lahir karena tidak berfungsi, maka kelenjar thymus akan menghilang dengan sendirinya. Namun adakalanya masih tersisa: ada yang kecil, ada juga yang besar; baik hanya satu atau bahkan keduanya. Nah, kelenjar thymus yang membesar ini akan menekan trakea. Akibatnya, trakea menyempit dan mengeluarkan lendir. Itu sebabnya napasnya berbunyi grok-grok dan keluar lendir, sehingga jadi batuk. Pengobatannya biasanya dilakukan dengan obat-obatan khusus untuk mengecilkan kelenjar thymus agar tidak menekan trakea.

Pemberian obat dalam waktu 2 minggu. Kalau tak menghilang, diberikan lagi pengobatan selama seminggu. Sebab, jika tidak diobati, akan mengganggu pertumbuhan si bayi. Berat badan tak naik-naik, pertumbuhannya kurang, dan harus banyak minum obat.

5) Kelainan pembuluh darah

Ada lagi kelainan yang gejalanya seperti mendengkur atau napasnya bunyi (stridor), yang dinamakan dengan vascular ring. Yaitu, adanya pembuluh darah jantung yang berbentuk seperti cincin (double aortic arch) yang menekan jalan napas dan jalan makan. Jadi, begitu bayi lahir napasnya berbunyi stridor. Terlebih kalau ia menangis, bunyinya semakin keras dan jelas.

Bahkan seringkali dibarengi dengan kelainan menelan, karena jalan makanan juga terganggu. Pemberian makanan yang agak keras pun akan menyebabkannya muntah, sehingga anak lebih sering menghindari makanan padat dan maunya susu saja. Pengobatannya, bila setelah dirontgen tidak ditemui kelenjar thymus yang membesar, akan diminta meminum barium untuk melihat apakah ada bagian jalan makan yang menyempit. Setelah diketahui, dilakukan tindakan operasi, yaitu memutuskan salah satu aortanya yang kecil.

6) Tersedak makanan

Tersedak atau aspirasi ini pun bisa menyebabkan sesak napas. Bisa karena tersedak susu atau makanan lain, semisal kacang. Umumnya karena gigi mereka belum lengkap, sehingga kacang yang dikunyahnya tidak sampai halus. Kadang juga disebabkan mereka menangis kala mulutnya sedang penuh makanan. Atau ibu yang tidak berhati-hati kala menyusui, sehingga tiba-tiba bayinya muntah.

Mungkin saja sisa muntahnya ada yang masih tertinggal di hidung atau tenggorokan. Bukankah setelah muntah, anak akan menangis? Saat menarik napas itulah, sisa makanan masuk ke paru-paru. Akibatnya, setelah tersedak anak batuk-batuk. Mungkin setelah batuk ia akan tenang, tapi setelah 1-2 hari napasnya mulai bunyi. Bahkan bisa juga kemudian terjadi peradangan dalam paru-paru. Anak bisa panas karena terjadi infeksi. Yang sering adalah napas berbunyi seperti asma dan banyak lendir.

Biasanya setelah dilakukan rontgen akan diketahui adanya penyumbatan/atelektasis. Pengobatan dapat dilakukan dengan bronkoskopi, dengan mengambil cairan atau makanan yang menyumbatnya. Selain makanan, akan lebih berbahaya bila aspirasi terjadi karena minyak tanah atau bensin, meski hanya satu teguk. Ini bisa terjadi karena kecerobohan orang tua yang menyimpan minyak tanah/bensin di dalam botol bekas minuman dan menaruhnya sembarangan.

Bahayanya bila tersedak minyak ini, gas yang dihasilkan minyak ini akan masuk ke lambung dan menguap, kemudian masuk ke paru-paru, sehingga bisa merusak paru-paru. Akan sangat berbahaya pula kalau dimuntahkan, karena akan langsung masuk ke paru-paru. Jadi, kalau ada anak yang minum minyak tanah/bensin jangan berusaha dimuntahkan, tapi segera ke dokter. Oleh dokter, paru-parunya akan “dicuci” dengan alat bronkoskop.

7) Infeksi

Selain itu sesak napas pada bayi bisa terjadi karena penyakit infeksi. Bila anak mengalami ISPA (Infeksi saluran Pernapasan Akut) bagian atas, semisal flu harus ditangani dengan baik. Kalau tidak sembuh juga, misalnya dalam seminggu

dan daya tahan anak sedang jelek, maka ISPA atas ini akan merembet ke ISPA bagian bawah, sehingga anak mengalami bronkitis, radang paru-paru, ataupun asmatik bronkitis.

Gejalanya, anak gelisah, rewel, tak mau makan-minum, napas akan cepat, dan makin lama melemah. Biasanya juga disertai tubuh panas, sampai sekeliling bibir biru/sianosis, berarti pernapasannya terganggu. Penyebabnya ini akan diketahui dengan pemeriksaan dokter dan lebih jelasnya lagi dengan foto rontgen. Pengobatan dilakukan dengan pemberian antibiotika. Biasanya kalau bayi sudah terkena ISPA bawah harus dilakukan perawatan di rumah sakit. Setelah diobati, umumnya sesak napas akan hilang dan anak sembuh total tanpa meninggalkan sisa, kecuali bagi yang alergi.

2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Respiratory Distress Syndrome

2.2.1 Umur Ibu

Kemajuan di bidang sosial ekonomi, termasuk peningkatan akses terhadap kesempatan kerja dan pendidikan menyebabkan menikah di usia muda bagi kaum wanita semakin berkurang. Namun masih banyak terjadi di masyarakat pedesaan, wanita menikah di usia sangat muda. Kemungkinan mempunyai anak pertama di usia dini semakin lebih besar. Usia muda pada dasarnya berkisar antara 13-19 tahun, secara umum dinyatakan bahwa wanita usia muda adalah wanita yang berumur di bawah 20 tahun atau yang ber umur 19 tahun kebawah. Usia reproduksi optimal bagi seorang wanita adalah umur antara 20-35 tahun, dibawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan, karna perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal, sehingga lebih sering terjadi komplikasi yang tidak di inginkan dalam kehamilan. Sebaliknya

pada usia ibu yang lebih tua telah terjadi kemunduran fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum, sehingga lebih sering terjadi akibat yang merugikan bayi (Setyiowati, 2010).

2.2.2 Umur Kehamilan

Umur kehamilan ibu umumnya berlangsung 40 minggu atau 280 hari. Umur kehamilan ibu adalah batas waktu ibu mengandung, yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT).

Umur kehamilan normal adalah 40 minggu atau 280 hari seperti kebiasaan orang awam 9 bulan 10 hari. Disebut matur atau cukup bulan adalah rentang 37-42 minggu, bila kurang dari 37 minggu disebut prematur atau kurang bulan, bila lebih dari 42 minggu disebut post-matur atau serotinus.

Penggolongan Umur Kehamilan Ibu

Umur kehamilan digolongkan menjadi :

- 1) Persalinan preterm ialah persalinan yang berlangsung pada umur kehamilan ibu antara 20-37 minggu dihitung dari haid pertama haid terakhir.
- 2) Kehamilan aterm ialah usia kehamilan ibu antara 38-42 minggu.
- 3) Kehamilan postterm ialah kehamilan serotinus kehamilan atau kehamilan ibu > 42 minggu atau 294 hari

Dalam WHO 2005 , umur kehamilan di bagi sebagai berikut :

- a. Preterm adalah umur kehamilan ibu < 37 minggu atau 259 hari.
- b. Aterm adalah umur kehamilan ibu antara 37-42 minggu (259 sampai 293 hari).
- c. Post-term adalah umur kehamilan ibu > 42 minggu atau 294 hari.

Klasifikasi bayi berdasarkan umur kehamilan yaitu :

- 1) Bayi prematur adalah bayi yang lahir dalam umur kehamilan belum mencapai 37 minggu.
- 2) Bayi cukup bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 38-42 minggu.
- 3) Bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan > 42 minggu

2.2.3 Partus Lama

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi. Partus lama masih merupakan suatu masalah di indonesia, karna seperti kita ketahui bahwa 80% dari persalinan masih di tolong oleh dukun. Dan baru sedikit sekali dari dukun beranak ini yang telah di tatar sekedar mendapat kursus dukun. Karenanya kasus-kasus partus kasep masih banyak di jumpai, dan keadaan ini memaksa kita untuk berusaha mnurunkan angka kematian ibu maupun anak. Yang sangat ideal tentunya bagaimana mecegah terjadinya partus kasep. Pada umumnya batas-batas normal persalinan adalah :

Primipara	-mean	: 13-14 jam
	-median	: 10,6 jam
	-mode	: 7 jam
Multipara	-mean	: 8 jam
	-median	: 6 jam
	-mode	: 4 jam

Persalinan pada primi biasanya lebih lama 5-6 jam daripada multi. Bila persalinan berlangsung lama, dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi baik terhadap ibu maupun terhadap anak, dan dapat meningkatkan angka kematian ibu dan anak.(Rustam Mochtar,2016)

2.2.4 Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan seorang ibu,baik hidup maupun mati . paritas adalah seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup (Rustam Mochtar,2016).

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2007), paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan seorang wanita.dari pola faritas dibedakan menjadi

a. Primipara

Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi hidup untuk pertama kali .

b. Multipara

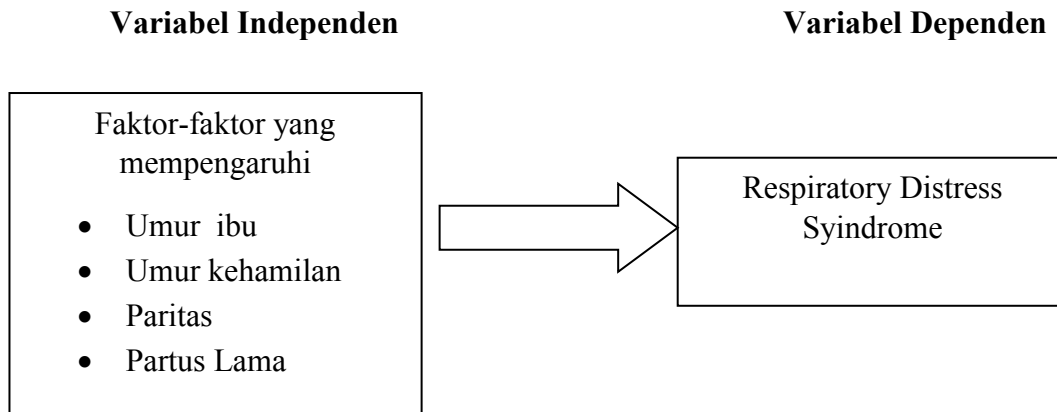
Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi viable beberapa kali (sampai 5 kali) .

c. Grande multipara

Adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati.

2.3 Kerangka Konsep

Berdasarkan pada masalah dan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini maka kerangka konsep dalam penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



2.3 Hipotesa

Suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian dan merupakan pernyataan yang harus dibuktikan kebenarannya. Biasanya hipotesis ini dihubungkan antara dua variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo,2008).

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas maka disusun dengan sementara sebagai berikut :

1. H_a = ada hubungan umur ibu ,umur kehamilan , partus lama ,paritas dengan kejadian Respiratory Distress Syndrome Pada Bayi diruang Perinatology RSUD kota Padangsidempuan tahun 2016 .
2. H_0 = Tidak ada hubungan umur ibu, umur kehamilan, partus lama, paritas dengan kejadian Respiratory Distress Syndrome Pada Bayi Diruang Perinatologi RSUD Kota Padangsisimpulan tahun 2016 .

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain dan Metode penelitian

Metode penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kolerasi dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor –faktor yang mempengaruhi terjadinya *Respiratory Distress Syndrome* di Ruang perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan yang dimulai dari perencanaan (penyusunan proposal) sampai dengan penyusunan laporan akhir yang dilaksanakan sejak bulan januari-juni dengan kegiatan mengumpulkan referensi, pengajuan judul, studi pendahuluan, pembuatan proposal, penelitian, pengumpulan data, analisa data, penulisan hasil penelitian, konsultasi dan sidang skripsi

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016. Alasan mengambil tempat ini adalah karna Rumah Sakit merupakan tempat rujukan dari berbagai daerah, sehingga banyak di temui kasus *Respiratory Distress Syndrome* pada bayi

3.3. Populasi Dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang telah diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi penelitian ini adalah semua ibu bersalin yang melahirkan bayi Respiratory Distress Syndrome di Rumah Sakit Umum Kota Padangsidempuan yang berjumlah 152 orang dari bulan Januari-juli pada tahun 2016.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian kecil atau wakil dari keseluruhan objek diteliti mewakili seluruh populasi. Menurut Arikunto, jika populasi lebih dari < 100 maka keseluruhan populasi dijadikan sampel. Jika populasi > 100 maka pengambilan sampel boleh 10% sampai 15% atau 20% - 25% dari jumlah populasi karena populasi dari penelitian ini adalah > 100 maka penelitian mengambil 25% dari populasi menjadi 152 orang. Maka sampel yang diteliti dalam penelitian ini adalah 38 orang. ‘

Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan metode *systematic random sampling* (pengambilan sampel secara acak sistemik). Caranya adalah membagi jumlah atau anggota populasi dengan jumlah sampel, hasilnya adalah interval sampel. Sampel dibuat dengan membuat daftar elemen atau anggota populasi secara acak 1 sampai dengan banyaknya populasi. Kemudian membagi dengan jumlah sampel yang diinginkan, misalnya hasil dari sebagian interval adalah X, maka sampel adalah setiap kelipatan dari X tersebut (Notoatmodjo, 2010)

$$N (\text{Jumlah populasi}) = 152 \text{ orang}$$

$$n (\text{sampel}) = 38 \text{ orang}$$

$$I = (\text{interval}) = 152 : 38 = 4$$

Maka anggota populasi yang terkena sampel adalah setiap elemen yang mempunyai nomor kelipatan 4.

3.4. Alat Pengumpulan Data

Data yang digunakan merupakan data skunder yaitu data yang diambil dari Medical record RSUD Kota Padangsidempuan dengan melihat kartu status ibu bersalin. Data skunder yang diambil meliputi :

1. Umur
2. Umur Kehamilan
3. Lama Partus
4. Paritas

Data diperoleh dengan melakukan observasi yaitu melihat atau menganalisa data dari kartu status ibu bersalin di RSUD Kota Padangsidempuan tahun 2016.

3.5. Prosedur pengumpulan data

Penelitian ini di mulai dari proses pengurusan surat izin survei pendahuluan, kemudian peneliti mengantar surat tersebut ke ruangan diklat rumah sakit umum daerah kota padangsidempuan, setelah mendapat surat pengantar ke ruangan Medical record, peneliti mengumpulkan semua kartu status ibu bersalin selama tahun 2016. Dengan kartu status ibu bersalin tersebut peneliti melakukan observasi kemudian mencatat variabel-variabel yang diperlukan meliputi umur, umur kehamilan, partus lama , paritas.

3.6. Defenisi Operasional

Defenisi operasional yang dimaksud peneliti adalah pengertian faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome variable independen dan variable dependen yang dirumuskan oleh peneliti dan pengukurannya.

Tabel 3.1 Defenisi operasional variable independen dan variable dependen

Variabel	Defenisi operasional	Nilai	Skala
Variabel Independen umur ibu	Usia adalah usia ibu bersalin dihitung sejak lahir sampai dengan saat melahirkan bayi dengan respiratory distress syndrome	- <20 thn->35 thn - 20-35 thn	Interval
Usia kehamilan	Usia kehamilan adalah ukuran lama waktu seorang janin berada dalam rahim dihitung dalam minggu dari hari pertama menstruasi terakhir ibu sampai hari kelahiran	- 13-28 minggu - 29-40 minggu	Nominal
Partus Lama	Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida ,dan lebih dari 18 jam pada multi gravida	- Primigravida: >24 jam - Multigravida >18 jam	Nominal

Paritas	Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami ibu, baik hidup maupun mati, sampai ditemukannya kasus BBLR	- Primipara - Scundipara - 3-5; Multipara - Grandemultipara	Ordinal
Variabel devenden Respiratory Distress Syndrome	Respiratory Distress Syndrome adalah penyakit yang disebabkan oleh ketidakmaturan dari sel tipe II dan ketidakmampuan sel tersebut untuk menghasilkan surfaktan yang memadai.	- Prematur - Matur	Nominal

3.7. Pengolahan Data Dan Analisa Data

3.7.1. Pengolahan Data

Data yang harus di kumpulkan harus melewati tahapan :

1. *Editing* penyuntingan data, dalam hal ini data yang di kumpulkan diperiksa kelengkapannya, apakah ada missing data. Lalu disusun urutannya dan dilihat apakah terdapat kesalahan.
2. *Coding* data, memberikan kode pada data yang telah dimasukkan kemudian diklasifikasikan.
3. *Entry* data, memasukkan data kedalam computer sesuai variable spssversi 17,0.

4. *Cleaning* data, yaitu membersihkan data dengan tujuan untuk mengecek kembali data yang akan diolah apakah ada kesalahan atau tidak.

3.7.2. Analisa Data

- Univariat

Analisa univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas, maupun variabel terikat. Analisis univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik demografi.

- Bivariat

Analisa data dalam penelitian ini adalah analisa. Bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome pada bayi di ruang perinatologi RSUD Padangsidimpuan tahun 2016. Analisis data menggunakan uji fishers exact dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha = 0.05$) dimana nilai $p < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome pada bayi. Dan jika $p > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya respiratory distress syndrome pada bayi

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Padangsidempuan. RSUD Kota Padangsidempuan adalah merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Utara yang didirikan pada tahun 1937, dimana letak bangunnya berada di Jl. Dr. Ferdinand Lumban Tobing, Kelurahan Wek IV Kecamatan Padangsidempuan Utara, Kota Padangsidempuan dengan penggunaan lahan Rumah Sakit sebagai berikut :

- a. Luas bangunan RSUD Kota Padangsidempuan : 5.292,5 m²
- b. Luas bangunan yang dipergunakan DINKES TAPSEL : 560 m²
- c. Luas bangunan yang dipergunakan BKD TAPSEL : 1.086,5 m²
- d. Luas Perumahan Dokter : 560 m²
- e. Luas jalan parker : 2.280 m²
- f. Luas Halaman : 21.261 m²

4.2 Data Univariat

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Umur Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Beresiko (<20thn dan >35thn)	27	71.1
2.	Tidak beresiko (20-35thn)	11	28.9
	Jumlah	38	100.0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar umur ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016 berada dalam usia beresiko (<20thn dan >35thn) yaitu sebanyak 27 responden (71,1%).

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Usia Kehamilan Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Usia Kehamilan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	13-28 minggu	29	76.3
2.	29-40 minggu	9	23.7
	Jumlah	38	100.0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar usia kehamilan ibu 13-28 minggu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016 yaitu sebanyak 29 responden (76,3%).

Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Paritas Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Paritas	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Beresiko (multipara dan grandemultipara)	24	63.2
2.	Tidak beresiko (primipara dan scundipara)	14	36.8
	Jumlah	38	100.0

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar paritas ibu beresiko (multipara dan grandemultipara) di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan tahun 2016 yaitu sebanyak 24 responden (63,2%).

Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Lama Partus Ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Partus Lama	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Primigravida >24 jam	17	44.7
2.	Multigravida >18 jam	21	55.3
	Jumlah	38	100.0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar lama partus ibu di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan tahun 2016 >18 jam yaitu sebanyak 55,3%.

Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Bayi dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016

No.	Lama Partus	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Prematur	29	76.3
2.	Matur	9	23.7
	Jumlah	38	100.0

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar Bayi lahir dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016 sebanyak 76,3%.

4.3 Data Bivariat

Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Hubungan Umur Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016

No.	Umur	Respiratory Distress Syndrom				Total	%	<i>p-value</i>
		Prematur	%	Matur	%			
1.	Beresiko (<20thn dan >35thn)	24	88.9	3	11.1	27	100.0	0.000

2.	Tidak beresiko (20-35thn)	3	27.3	8	72.7	11	100.0
	Jumlah	27	71.1	11	28.9	38	100.0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 27 ibu yang memiliki umur beresiko (<20thn dan >35thn) melahirkan dengan premature sebanyak 24 responden (88.9%) dan matur sebanyak 3 responden (11,1%). Sedangkan ibu yang memiliki umur tidak beresiko (20-35thn) melahirkan dengan premature sebanyak 3 responden (27.3%) dan matur sebanyak 8 responden (72,7%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.001 ($p < 0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima, berarti ada hubungan umur ibu dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.

Tabel 4. 7 Distribusi Frekuensi Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016

No.	Usia Kehamilan	Respiratory Distress Syndrome				Total	%	p-value
		Prematur	%	Matur	%			
1.	13-28 minggu	24	82.2	5	17.2	27	100.0	
2.	29-40 minggu	3	33.3	6	66.7	11	100.0	0.009
	Jumlah	27	71.1	11	28.9	38	100.0	

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 27 ibu yang usia kehamilannya 13-28 minggu melahirkan bayi dengan premature sebanyak 24 responden (82.2%) dan matur sebanyak 5 responden (17,2%). Sedangkan ibu dengan usia kehamilan 29-40 minggu melahirkan dengan prematur sebanyak 3 responden (33.3%) dan matur sebanyak 6 responden (66,7%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji

Fisher's Exact Test diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.009 ($p < 0.05$) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan usia kehamilan ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

Tabel 4. 8 Distribusi Frekuensi Hubungan Paritas Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Paritas	Respiratory Distress Syndrome				Total	%
		Prematur	%	Matur	%		
1.	Beresiko (multipara dan grandemultipara)	21	87.5	3	12.5	24	100.0
2.	Tidak beresiko (primipara dan scundipara)	6	42.9	8	57.1	14	100.0
	Jumlah	27	71.1	11	28.9	38	100.0

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 24 ibu dengan paritas yang beresiko (multipara dan grandemultipara) melahirkan bayi dengan premature sebanyak 21 responden (87.5%) dan matur sebanyak 3 responden (12,5). Sedangkan ibu dengan paritas tidak beresiko (primipara dan scundipara) melahirkan dengan premature sebanyak 6 responden (42.9%) dan matur sebanyak 8 responden (57,1%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.008 ($p < 0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima berarti ada hubungan paritas ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

Tabel 4.9 Distribusi Lama Partus Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

No.	Lama Partus	Respiratory Distress Syndrome				Total	%	p-value
		Prematur	%	Matur	%			
1.	Primigravida >24 jam	9	52.9	8	47.1	17	100.0	0.037
2.	Multigravida >18 jam	18	85.7	3	14.3	21	100.0	
	Jumlah	27	71.1	11	28.9	38	100.0	

Dari tabel di belakang dapat diketahui bahwa dari 17 ibu dengan lama partus >24 jam melahirkan bayi dengan premature sebanyak 9 responden (52,9%) dan matur sebanyak 8 responden (47,1). Sedangkan dari 21 ibu dengan lama partus >18 jam melahirkan bayi dengan premature sebanyak 18 responden (85,7) dan matur sebanyak 3 responden (14,3%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.037 ($p < 0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima berarti ada hubungan lama partus ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Hubungan Umur Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan dari 27 ibu yang memiliki umur beresiko (<20thn dan >35thn) melahirkan dengan premature sebanyak 24 responden (88.9%) dan matur sebanyak 3 responden (11,1%). Sedangkan ibu yang memiliki umur tidak beresiko (20-35thn) melahirkan dengan premature sebanyak 3 responden (27.3%) dan matur sebanyak 8 responden (72,7%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.000 ($p < 0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima, berarti ada hubungan umur ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

Kemajuan di bidang sosial ekonomi, termasuk peningkatan akses terhadap kesempatan kerja dan pendidikan menyebabkan menikah di usia muda bagi kaum wanita semakin berkurang. Namun masih banyak terjadi di masyarakat pedesaan, wanita menikah di usia sangat muda. Kemungkinan mempunyai anak pertama di usia dini semakin lebih besar. Usia muda pada dasarnya berkisar antara 13-19 tahun, secara umum dinyatakan bahwa wanita usia muda adalah wanita yang berumur di bawah 20 tahun atau yang ber umur 19 tahun kebawah. Usia reproduksi optimal bagi seorang wanita adalah umur antara 20-35 tahun, dibawah dan diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan maupun persalinan, karna perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal, sehingga lebih sering terjadi komplikasi yang tidak di

inginkan dalam kehamilan. Sebaliknya pada usia ibu yang lebih tua telah terjadi kemunduran fungsi fisiologis maupun reproduksi secara umum, sehingga lebih sering terjadi akibat yang merugikan bayi (Setyiowati, 2010).

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti sebelumnya oleh Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa usia ibu dengan kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0.000$).

5.2 Hubungan Usia Kehamilan Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan dari 27 ibu yang usia kehamilannya 13-28 minggu melahirkan bayi dengan premature sebanyak 24 responden (82.2%) dan matur sebanyak 5 responden (17,2%). Sedangkan ibu dengan usia kehamilan 29-40 minggu melahirkan dengan prematur sebanyak 3 responden (33.3%) dan matur sebanyak 6 responden (66,7%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.009 ($p<0.05$) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan usia kehamilan ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidimpuan Tahun 2016.

Menurut Tjipta (2007) umur ibu <20 tahun dan >35 tahun. 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 serta dapat melahirkan bayi dengan BBLR.

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti sebelumnya oleh Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa usia kehamilan ibu dengan

kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0.035$).

5.3 Hubungan Paritas Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan dari 24 ibu dengan paritas yang beresiko (multipara dan grandemultipara) melahirkan bayi dengan premature sebanyak 21 responden (87.5%) dan matur sebanyak 3 responden (12,5). Sedangkan ibu dengan paritas tidak beresiko (primipara dan scundipara) melahirkan dengan premature sebanyak 6 responden (42.9%) dan matur sebanyak 8 responden (57,1%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.008 ($p<0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima berarti ada hubungan paritas ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

Menurut Institute Medicine dalam Sastrawinata (2004) menyatakan ibu dengan paritas tinggi (melahirkan lebih dari 3 kali) cenderung mengalami komplikasi dalam kehamilan yang akhirnya berpengaruh pada hasil persalinan. Ibu dengan paritas di atas 3, secara fisik sudah mengalami kemunduran untuk menjalani kehamilan yang tidak mudah. Paritas tinggi merupakan paritas rawan karena banyak kejadian obstetric patologi yang bersumber pada paritas tinggi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti sebelumnya oleh Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa paritas dengan kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0.000$), dimana pada pasien yang paritasnya lebih dari 3 ada kecenderungan mempunyai resiko

mengalami persalinan preterm 4 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang paritasnya kurang dari 3.

5.4 Hubungan Partus Lama Ibu dengan Respiratory Distress Syndrome di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016

Hasil penelitian menunjukkan dari 17 ibu dengan lama partus >24 jam melahirkan bayi dengan premature sebanyak 9 responden (52,9%) dan matur sebanyak 8 responden (47,1). Sedangkan dari 21 ibu dengan lama partus >18 jam melahirkan bayi dengan premature sebanyak 18 responden (85,7) dan matur sebanyak 3 responden (14,3%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher's Exact Test* diperoleh signifikansi p-value sebesar 0.037 ($p < 0.05$) sehingga H_0 ditolak H_a diterima berarti ada hubungan lama partus ibu dengan dengan Respiratory Distress Syndrom di Ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016.

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi. Partus lama masih merupakan suatu masalah di indonesia, karna seperti kita ketahui bahwa 80% dari persalinan masih di tolong oleh dukun. Dan baru sedikit sekali dari dukun beranak ini yang telah di tatar sekedar mendapat kursus dukun. Karenanya kasus-kasus partus kasep masih banyak di jumpai, dan keadaan ini memaksa kita untuk berusaha mnurunkan angka kematian ibu maupun anak

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti sebelumnya oleh Agustina tahun 2005 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya menyatakan bahwa lama partus ibu dengan kejadian partus prematur mempunyai hubungan yang bermakna dengan signifikansi ($p=0.000$).

5.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Keterbatasan-keterbatasan tersebut, yaitu: penelitian ini menggunakan desain studi *cross sectional*. Lintang yang hanya menggambarkan variabel yang diteliti, baik independen maupun dependen pada waktu yang sama, sehingga tidak bisa untuk melihat adanya hubungan sebab akibat.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Responden mayoritas memiliki umur beresiko (<20thn dan >35thn) sebanyak 27 responden (71,1%), usia kehamilan 13-28 minggu sebanyak 29 responden (76,3%), paritas beresiko (multipara dan grandemultipara) sebanyak 24 responden (63,2%) dan lama partus >18 jam sebanyak 21 responden (55,3%).
2. Ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian *Respiratory Distress Syndrom* pada bayi di ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016, (p=0,001).
3. Ada hubungan yang signifikan antara usia kehamilan dengan kejadian *Respiratory Distress Syndrom* pada bayi di ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016, (p=0,009).
4. Ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian *Respiratory Distress Syndrom* pada bayi di ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016, (p=0,008).
5. Ada hubungan yang signifikan antara partus lama dengan kejadian *Respiratory Distress Syndrom* pada bayi di ruang Perinatology Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan Tahun 2016, (p=0,037).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Perlu meningkatkan penyuluhan oleh petugas kesehatan kepada ibu mengenai penyakit dan komplikasi yang dapat timbul selama kehamilan, persalinan dan nifas sebagai upaya *preventif* terhadap terjadinya *Respiratory Distress Syndrom* pada bayi.

6.2.2 Bagi Instansi Penelitian Dan Masyarakat

Kepada bagian Poli Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Padangsidempuan agar meningkatkan penyampaian informasi tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan untuk mendeteksi secara dini keadaan kesehatan ibu dan janin dalam kandungannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta :Rineka Cipta; 2002.
- Agustina,(2005),Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil,jakarta,Salemba Medika
- Asbaugh. (2006). *Respiratory Distress Syndrome*. Di akses tanggal 13 Mei 2016
- Bobok. (2006) Data MDGS Kematian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)
- Depkes (2007). Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).
Http//BBLR. Net/ doanload.(Di atas Pada tanggal 5 September 2009).
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2012*, -- Jakarta :Kementerian Kesehatan RI.
- Kompas. (2012), Ilmu Kesehatan Ibu Dan Anak. Jakarta : Trans Info Media.
- Leifer. (2007). Berat Bayi Lahir Rendah. Jakarta : EGC.
- Manuaba. (2002). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana I*. Jakarta : EGC.
- Maryunani, Anik. (2010). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mochtar, Rustam.(1998). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.
- Ngastiyah, (2010) Respiratori Dismess Syndromo : Rineka Cipta Jakarta
- Notoadmodjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pantiawati, ika. (2010). *Bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Petty (2006) Kejadian Respiratory Distress Syndrome Jakarta. EGC.
- Prawirohardjo,2016 Ilmu Kebidanan edisi 111 .bina pustaka.jakarta
- _____ (2008). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Setyiowati (2010) *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah* www.situs.Kespro.Info.Jakarta 2 juni 2016.

SDKI (2007), Kematian Bayi Lahir Rendah.

[Http//www. Situs Kespro Info Jakarta](http://www.SitusKesproInfoJakarta) (Di akses 21 Juni 2008).

Sudarti. (2010). *kelainan dan penyakit pada bayi dan anak*. Yogyakarta:Yuha Medika.

Suryadi (2010), Sinopsis Obstetri BBLR Jakarta. EGC.

Tjipta. (2007). *Hubungan Umur Ibu Hamil dengan Kejadian BBLR Tahun 2006*

Yulianni (2010). Faktor penyebab Kematian Bayi Lahir Rendah : Rineka Cipta : Jakarta.

Frequencies

Statistics

	umur responden	usia kehamilan ibu	paritas responden	lama partus responden	respiratory distress syndrom
N Valid	38	38	38	38	38
Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

umur responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid beresiko (<20tahun dan >35tahun)	27	71.1	71.1	71.1
tidak beresiko (20-35tahun)	11	28.9	28.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

usia kehamilan ibu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 13-28 minggu	29	76.3	76.3	76.3
29-40 minggu	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

paritas responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid beresiko (multipara dan grandemultipara)	24	63.2	63.2	63.2
tidak beresiko (primipara dan scundipara)	14	36.8	36.8	100.0
Total	38	100.0	100.0	

lama partus responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid >24 jam	17	44.7	44.7	44.7
>18 jam	21	55.3	55.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

respiratory distress syndrom

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid prematur	29	76.3	76.3	76.3
matur	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur responden * respiratory distress syndrom	38	100.0%	0	.0%	38	100.0%

umur responden * respiratory distress syndrom Crosstabulation

			respiratory distress syndrom		Total
			prematur	matur	
umur beresiko (<20tahun responden dan >35tahun)	Count	24	3	27	
	Expected Count	19.2	7.8	27.0	
	% within umur responden	88.9%	11.1%	100.0%	
tidak beresiko (20-35tahun)	Count	3	8	11	
	Expected Count	7.8	3.2	11.0	
	% within umur responden	27.3%	72.7%	100.0%	
Total	Count	27	11	38	
	Expected Count	27.0	11.0	38.0	
	% within umur responden	71.1%	28.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.427 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.587	1	.001		
Likelihood Ratio	14.000	1	.000		

Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.047	1	.000		
N of Valid Cases ^b	38				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.18.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.525			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.616	.142	4.694	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.616	.142	4.694	.000 ^c
N of Valid Cases		38			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for umur responden (beresiko (<20tahun dan >35tahun) / tidak beresiko (20-35tahun))	21.333	3.565	127.672
For cohort respiratory distress syndrom = prematur	3.259	1.230	8.634
For cohort respiratory distress syndrom = matur	.153	.050	.471
N of Valid Cases	38		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases
--	-------

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
usia kehamilan ibu * respiratory distress syndrom	38	100.0%	0	.0%	38	100.0%

usia kehamilan ibu * respiratory distress syndrom Crosstabulation

		respiratory distress syndrom		Total
		prematur	matur	
usia kehamilan ibu 13-28 minggu	Count	24	5	29
	Expected Count	20.6	8.4	29.0
	% within usia kehamilan ibu	82.8%	17.2%	100.0%
29-40 minggu	Count	3	6	9
	Expected Count	6.4	2.6	9.0
	% within usia kehamilan ibu	33.3%	66.7%	100.0%
Total	Count	27	11	38
	Expected Count	27.0	11.0	38.0
	% within usia kehamilan ibu	71.1%	28.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.158 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	5.932	1	.015		
Likelihood Ratio	7.608	1	.006		
Fisher's Exact Test				.009	.009
Linear-by-Linear Association	7.943	1	.005		
N of Valid Cases ^b	38				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.61.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.420			.004
Interval by Interval	Pearson's R	.463	.161	3.137	.003 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.463	.161	3.137	.003 ^c
N of Valid Cases		38			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for usia kehamilan ibu (13-28 minggu / 29-40 minggu)	9.600	1.775	51.919
For cohort respiratory distress syndrom = prematur	2.483	.971	6.348
For cohort respiratory distress syndrom = matur	.259	.103	.650
N of Valid Cases	38		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
paritas responden * respiratory distress syndrom	38	100.0%	0	.0%	38	100.0%

paritas responden * respiratory distress syndrom Crosstabulation

	respiratory distress syndrom	Total
--	------------------------------	-------

			prematuur	matur	
paritas responden	beresiko (multipara dan grandemultipara)	Count	21	3	24
		Expected Count	17.1	6.9	24.0
		% within paritas responden	87.5%	12.5%	100.0%
tidak beresiko (primipara dan scundipara)		Count	6	8	14
		Expected Count	9.9	4.1	14.0
		% within paritas responden	42.9%	57.1%	100.0%
Total		Count	27	11	38
		Expected Count	27.0	11.0	38.0
		% within paritas responden	71.1%	28.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.568 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	6.535	1	.011		
Likelihood Ratio	8.521	1	.004		
Fisher's Exact Test				.008	.006
Linear-by-Linear Association	8.342	1	.004		
N of Valid Cases ^b	38				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.05.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.429			.003
Interval by Interval	Pearson's R	.475	.149	3.237	.003 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.475	.149	3.237	.003 ^c
N of Valid Cases		38			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.568 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	6.535	1	.011		
Likelihood Ratio	8.521	1	.004		
Fisher's Exact Test				.008	.006
Linear-by-Linear Association	8.342	1	.004		
N of Valid Cases ^c	38				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.05.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for paritas responden (beresiko (multipara dan grandemultipara) / tidak beresiko (primipara dan scundipara))	9.333	1.870	46.573
For cohort respiratory distress syndrom = prematur	2.042	1.094	3.809
For cohort respiratory distress syndrom = matur	.219	.069	.692
N of Valid Cases	38		

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
lama partus responden * respiratory distress syndrom	38	100.0%	0	.0%	38	100.0%

lama partus responden * respiratory distress syndrom Crosstabulation

			respiratory distress syndrom		Total
			prematur	matur	
lama partus responden	>24 jam	Count	9	8	17
		Expected Count	12.1	4.9	17.0
		% within lama partus responden	52.9%	47.1%	100.0%
	>18 jam	Count	18	3	21
		Expected Count	14.9	6.1	21.0
		% within lama partus responden	85.7%	14.3%	100.0%
Total	Count	27	11	38	
	Expected Count	27.0	11.0	38.0	
	% within lama partus responden	71.1%	28.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.906 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	3.442	1	.064		
Likelihood Ratio	4.995	1	.025		
Fisher's Exact Test				.037	.031
Linear-by-Linear Association	4.777	1	.029		
N of Valid Cases ^b	38				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.92.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.338			.027

Interval by Interval	Pearson's R	-.359	.150	-2.310	.027 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.359	.150	-2.310	.027 ^c
N of Valid Cases		38			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lama partus responden (>24 jam / >18 jam)	.188	.040	.883
For cohort respiratory distress syndrom = prematur	.618	.382	.999
For cohort respiratory distress syndrom = matur	3.294	1.030	10.536
N of Valid Cases	38		

