UNIVERSITAS BINAWAN

ANALISIS RISIKO *LOW BACK PAIN* BERDASARKAN PARITAS PADA IBU HAMIL DI KECAMATAN LEUWILIANG, KABUPATEN BOGOR

TAHUN 2019

(ANALISA LANJUT)

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Syarat Program

Sarjana Terapan Fisioterapi

SYAHRI YUSMITA

021821028

PROGRAM STUDI FISIOTERAPI

FAKULTAS FISIOTERAPI

UNIVERSITAS BINAWAN

JAKARTA 2020

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama	: Syahri Yusmita
NIM	: 02821028
Program Studi	: Fisioterapi
Judul Skripsi	:"Analisis Risiko *Low back pain* berdasarkan paritas Pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kecamatan Bogor Tahun 2019" (Analisis Lanjut)

Telah berhasil dipertahankan untuk kelayakan oleh tim pembahas skripsi yang terdiri dari pembimbing dan pembahas peneliti sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan dalam menyelesaikan program Sarjana Terapan Fisioterapi pada Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan.

TIM PEMBAHAS SKRIPSI

Pembimbing :

1. DR. R.H Djadjang A,SH, Mkes, MMR (.....)
2. Drs. Imam Waluyo, S.MPh, MBA (.....)

Pembahas :

1. Hafna Rosyita, B.CM, M.CM (.....)
2. Dr.Dwi Laras Pristiwati, MARS (.....)

Jakarta, Januari 2020

Mengetahui,

Dekan Fakultas Fisioterapi	Ketua Program Studi Fisioterapi
Universitas Binawan	Universitas Binawan
(Drs. Imam Waluyo, S.MPh, MBA)	(Drs.Slamet Sumarno, M.Fis)

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, Karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik saat masa perkuliahan sampai penyusunan skripsi, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikannya. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

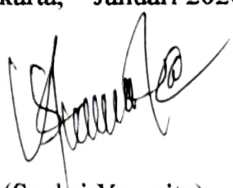
1. Allah SWT, karena berkat dan rahmatnya penulis telah diberikan kesehatan dan kelancaran sehingga dapat menyelesaikan tulisan ini.
2. Bapak Drs. Imam Waluyo, SMPh, MBA, selaku Dekan Prodi Fisioterapi Universitas Binawan yang menyediakan waktu dan pikiran membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak Slamet Sumarno, M. Fis selaku kepala Program Studi fisioterapi Universitas Binawan yang sudah menyediakan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan menyelesaikan skripsi ini.
4. Bapak DR. R.H Djadjang A, SH, Mkes, MMR Selaku dosen dan pembimbing dalam pengerjaan skripsi ini.
5. Ibuk Hafna Rosyita, B.CM, M.CM dan Dr.Dwi Laras Pristiwati, MARS selaku pembahas dalam pengerjaan skripsi ini.
6. Kedua orang tua penulis M.Rasyid selaku ayah dan Yusmanidar selaku ibu yang telah memberikan dukungan dan semangat yang tiada hentinya dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Kakanda penulis Rafki Hamdani, Novitha Yusmar, Lukmanul Hakim, Irmawati yang telah memberikan dukungan dan semangatnya.
8. Padang squad Rara,Gening dan Yudha tanpa kalian mungkin ke kampus berasa sepi.
9. Sahabat-sahabatku tiwi, meme, asari, rara, liza, gening, dola, yani yang telah membantu dan terus memberikan semangat dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Inel yang telah membantu mengenalkan apa itu SPSS.
11. Rekan-rekan kerja kak fibri,kak reli,kak ami,kak nadia,getha,arista yang telah memberikan semangat dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.

12. Teman-teman seangkatan tahun 2018 yang banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
13. Serta seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Dengan bantuan tersebut maka penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Terapan Fisioterapi di kampus Universitas Binawan. Penulis berharapAllah SWT berkenan membalas semua kebaikan dan selalu diberikan kesehatan untuk orang–orang yang selalu memberikan dukungan kepada penulis. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu untuk penulis dan masyarakat.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Jakarta, Januari 2020



(Syahri Yusmita)

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

(Hasil Karya Perorangan)

Sebagai sivitas akademis Universitas Binawan, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Syahri Yusmita

NPM : 021821028

Program Studi : Fisioterapi

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan keapada Universitas Binawan Hak Bebas Royalti Non-Ekslusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

"Analisis Risiko *Low back pain* berdasarkan paritas Pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019" (Analisis Lanjut)

beserta perangkat yang ada (bila diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Ekslusif ini Program Studi Fisioterapi Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalih media/memformatkan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggung jawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada Tanggal : Januari 2020
Yang menyatakan



(Syahri Yusmita)

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Syahri Yusmita

NIM : 021821028

Prodi : Fisioterapi

Institusi : Universitas Binawan

Dengan ini menyatakan bahwa tugas akhir yang saya susun dengan judul :

"Analisis Risiko *Low back pain* berdasarkan paritas Pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019"

(Analisis Lanjut)

adalah benar-benar hasil karya sendiri dan bukan merupakan plagiat dari skripsi oranglain. Apabila pada kemudian hari pernyataan saya tidak benar, maka saya bersediamenerima sanksi akademis yang berlaku (dicabut predikat kelulusan dan gelar sarjana).

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untuk dipergunakan bilamana diperlukan.

Jakarta, Januari 2020

Pembuat Pernyataan



(Syahri Yusmita)

ABSTRAK

Nama : Syahri Yusmita

NIM : 021821028

Program Studi : Fisioterapi

Judul : Analisis Risiko *Low back pain* berdasarkan paritas Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019.

Tujuan : Penelitian ini untuk mengetahui risiko *Low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil.

Metode : Metode yang digunakan desain penelitian *case-control* yang merupakan analisis dari penelitian besar yang berjudul "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan pada Desa dengan Populasi Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor tahun 2019.

Hasil : Hasil Berdasarkan uji analisis pada penelitian ini, ibu hamil yang sudah pernah melahirkan (paritas) mengalami *low back pain* sebanyak 21 (37,5%), sedangkan ibu yang sudah pernah melahirkan (paritas) tidak low back pain sebanyak 20 (35,7%). Ibu yang belum pernah melahirkan (nullipara) mengalami *low back pain* sebanyak 7 (12,5%), sedangkan ibu yang belum pernah melahirkan (nullipara) tidak *low back pain* 8 (14,3%). Penelitian ini menunjukan tidak bermakna antara resiko paritas terhadap *low back pain* pada ibu hamil dengan nilai p=0,76 (OR=0,83 CI=95%)

Kesimpulan : Tidak ada risiko *Low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil di kecamatan leuwiliang, dengan memperhatikan faktor-faktor lain yang mempengaruhi low back pain pada ibu hamil.

Kata Kunci : *Low Back Pain*, Paritas.

ABSTRACK

Author : Syahri Yusmita

NIM : 021821028

Study Program : Fisioterapi

Tittle : *Low back pain risk analysis based on parity in pregnant women in Leuwiliang sub-district, Bogor regency in 2019.*

Purpose : *This study is to determine the risk of low back pain based on parity in pregnant women.*

Method : *The method used is a case-control research design which is an analysis of a large study entitled "Overview of Health Conditions of Pregnant Women and Growth in Children aged 0 - 60 months in the Village with the Largest and Smallest Population in Leuwiliang District, Bogor Regency in 2019.*

Results : *Results Based on the analysis test in this study, pregnant women who had given birth (parity) experienced low back pain by 21 (37.5%), while mothers who had given birth (parity) did not have low back pain by 20 (35.7%). Mothers who have never given birth (nullipara) experience low back pain as much as 7 (12.5%), while mothers who have never given birth (nullipara) do not have low back pain 8 (14.3%). This study showed no significance between the risk of parity for low back pain in pregnant women with a value of p = 0.76 (OR = 0.83 CI = 95%).*

Conclusion : *There is no risk of low back pain based on parity in pregnant women in Leuwiliang sub-district, taking into account other factors that affect low back pain in pregnant women.*

Keyword : *Low Back Pain, Parity.*

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN ..... **i**

UCAPAN TERIMKASIH ..... **ii**

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA

TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

(Hasil Karya Perorangan) ..... **iii**

PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iv**

ABSTRAK ..... **v**

ABSTRACK ..... **vi**

DAFTAR ISI ..... **vii**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **ix**

DAFTAR TABEL ..... **x**

DAFTAR BAGAN ..... **xi**

DAFTAR GAMBAR ..... **xii**

DAFTAR SINGKATAN ..... **xiii**

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 5
C. Pertanyaan Penelitian 6
D. Tujuan Penelitian 6
E. Manfaat Penelitian 7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Paritas 8
B. Low Back Pain 11

BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konsep 19
B. Definisi Operasional 20
C. Hipotesa Penelitian 21

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian 22
B. Sumber Data Induk 22
C. Pengumpulan Data 24
D. Analisis Penelitian 25
E. Pemilihan dan Jumlah Sampel 25
F. Variabel Data 27
G. Pengukuran 27
H. Analisis Data 29
I. Etika Penelitian 30

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Tempat Penelitian 31
B. Deskripsi Subjek Penelitian 33
C. Analisis Risiko 34

BAB VI PEMBAHASAN

A. Deskripsi Subjek Penelitian 35
B. Analisis Risiko kejadian *Low back pain* berdasarkan paritas pada Ibu Hamil 36
C. Keterbatasan Penelitian..... 39

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan 40
B. Saran 40

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan Protokol Penelitian

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian

Lampiran 3 Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan Penelitian Induk

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan Penelitian Induk

Lampiran 5 Lembar Kuesioner *Low Back Pain* dan paritas

Lampiran 6 Pengolahan Data Komputer

Lampiran 7 Jaring Laba-laba

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional 20

Tabel 4.1 *Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)*.....
Variable ibu *23*

Tabel 4.2 *Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)*.....
Variable anak *23*

Tabel 4.3 Variabel Data 24

Tabel 5.1 Tabel distribusi frekuensi paritas dan low back pain pada ibu hamil Di kecamatan leuwiliang 33

Tabel 5.2 Tabel kejadian risiko low back pain pada ibu hamil dengan kategori paritas 34

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep 19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 *Typical pain distribution of lumbar pain* 12

Gambar 2.2 Posisi Anatomi Pada Ibu Hamil 15

Gambar 5.1 Peta Kabupaten Bogor 32

Gambar 5.2 Peta Kecamatan Leuwiliang 33

DAFTAR SINGKATAN

LBP	: *Low Back Pain*
ODI	: *Owestry Disability Index*
AKI	: Angka Kematian Ibu
G	: *Gravida*
P	: *Parity*
NPB	: Nyeri Punggung Bawah
PP	: *Pelvic Pain*
PGP	: *Pelvic Girdle Pain*
PPPP	: *Peripartum Posterior Pelvic Pain*
BMI	: *Body Mass Index*
WHO	: *World Health Organisation*

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Menurut laporan World Health Organization (WHO) tahun 2014 bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia mencapai 289.000 jiwa. Dimana terbagi atas beberapa Negara, antara lain Amerika Serikat 9.300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di Negara-Negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 190 jiwa, Vietnam 49 jiwa, Thailand 26 jiwa, Brunei 27 jiwa, Malaysia 29 jiwa. Sebagian besar kematian ibu terjadi di negara berkembang karena kurang mendapat akses pelayanan kesehatan, kekurangan fasilitas, terlambatnya pertolongan persalinan disertai keadaaan social ekonomi dan pendidikan masyarakat yang masih tergolong rendah (WHO, 2014).[1]

Kematian ibu merupakan hal yang dapat diatasi dengan berbagai upaya untuk mencegah dan menangani komplikasi kelahiran. Akses ibu hamil terhadap pelayanan antenatal dan kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan merupakan faktor yang penting dalam menurunkan angka kematian ibu. Sebanyak 72% wanita hamil di Indonesia melakukan kunjungan pertama kehamilan, tetapi berhenti sebelum memenuhi minimal empat kali kunjungan yang di rekomendasikan oleh Kementerian Kesehatan. Sementara itu, kurang lebih sebanyak 16% wanita hamil tidak pernah mendapatkan pelayanan antenatal selama kehamilan terakhir mereka (Unicef, 2012).[23] Banyak faktor yang mempengaruhi tidak terlaksananya pelayanan antenatal selama kehamilan terakhir, baik dari fasilitas pelayanan kesehatan maupun ibu yang

tidak melakukan kunjungannya. Sementara itu, pemeriksaan kehamilan secara lengkap sesuai rekomendasi Kementerian Kesehatan digunakan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang mungkin terjadi (Kemenkes RI,2016).[24]

Kehamilan merupakan suatu proses yang menimbulkan suatu akibat yang bersifat patologis. Perubahan – perubahan tersebut dimulai ketika nidasi terjadi. Ibu akan merasakan mual, muntah, pusing bahkan kadang – kadang gejala ini berlebihan sehingga mengharuskan ibu untuk rawat inap. Pada kehamilan lanjut, muncul keluhan - keluhan seperti *low back pain* (LBP) lebih di kenal sebagai nyeri punggung bawah, varises, wasir dan nyeri pelvis (Wahyuni, 2012).[3] *Low back pain* adalah ketidaknyamanan yang terjadi dibawah costae dan diatas bagian inferior gluteal. LBP akut terjadi dibawah 6 minggu, LBP sub akut 6 – 12 minggu dan LBP kronis diatas 12 minggu (Prabowo, 2012).[3]

Sekitar 50% wanita hamil akan mengalami nyeri punggung bawah (LBP) di beberapa titik selama atau setelah kehamilan mereka, dan dampak LBP pada kualitas hidup bisa sangat besar. Dalam penelitian ini, presisten LBP saat postpartum masih kurang dipahami (Florian Schwerla, 2015).[28]

Diperkirakan 50-70% wanita melaporkan LBP selama kehamilan (Colla, 2017).[6] Atas dasar ini, LBP cukup sering dianggap normal selama kehamilan, tetapi wanita melaporkan bahwa hal itu mengganggu aktivitas mereka sehari-hari (Hughes, 2018).[6]

Prevalensi penelitian di Australia mulai 33% – 72% mengalami *low back pain* saat hamil. LBP selama kehamilan dapat menyebabkan gangguan tidur,

gangguan hidup sehari-hari, dan mengurangi kemampuan untuk melakukan pekerjaan (Kessel, 2010).[20] Hasil dari penelitian pada ibu hamil di berbagai daerah Indonesia mencapai 60-80% orang yang mengalami *back pain* (nyeri punggung) pada kehamilannya (Mafikasari, 2015).[2,25] Prevalensi ibu hamil di kabupaten Bogor adalah 6,96% dan Selama kehamilan, seorang ibu dapat mengalami masalah kesehatan baru atau eksaserbasi masalah kesehatan sebelumnya atau saat ini, seperti masalah muskuloskeletal, *neurologis* dan atau psikologis (Sarah Fogarty, 2018).[21]

Salah satu komplikasi kehamilan yang paling sering adalah LBP Kejadiannya lebih tinggi pada trimester ketiga kehamilan, ketika perubahan biomekanik dan morfologis yang paling penting terjadi (Gemma, 2018).[20] Ibu hamil juga rentan mengalami kekurangan mikronutrien. (Wei Ping Lu, 2014).[20] Ibu hamil beresiko jatuh selama kehamilan yang dapat mengakibatkan cedera pada ibu, termasuk patah tulang, memar, dan keseleo, serta peningkatan risiko persalinan prematur, solusio plasenta, gawat janin, dan hipoksia janin. (Agnieszka Opala-Berdzik, 2015).[22] Insiden jatuh untuk ibu hamil diperkirakan 27% , mirip dengan orang berusia 65 tahun ke atas (30%). (Agnieszka Opala Berdzik, 2015).[22] Etiologi LBP selama kehamilan multifaktorial dan sering dikaitkan dengan biomekanik, hormonal dan perubahan vaskular. Faktor resiko LBP selama kehamilan meliputi usia ibu, kelas sosial ekonomi, kehadiran LBP sebelum kehamilan atau selama kehamilan sebelumnya, pekerjaan berat, paritas, indeks massa tubuh, riwayat keluarga LBP, diagnosis hipermobilitasdan riwayat keluarga hipermobilitas (Mota, 2015).[3]

Low back pain (LBP) adalah masalah muskuloskeletal yang signifikan selama kehamilan yang berpotensi mempengaruhi kualitas hidup wanita secara negatif. LBP dikaitkan dengan pola tidur wanita, mobilitas, teknik mengangkat dan aktivitas seksual (Steven, 2019).[7] LBP selama kehamilan merupakan akibat dari faktor mekanis, hormonal, dan faktor-faktor lain yang terkait dengan perubahan tubuh (Kampouroglou, 2011).[8] LBP adalah umum dan sedikit lebih sering terjadi pada wanita primipara dibandingkan wanita multipara (Cardoso, 2015).[9] Wanita multipara dengan LBP lebih banyak mengalami gangguan tidur dibandingkan wanita primipara dengan LBP (Cardoso, 2015).[9] Nyeri punggung bawah sering terjadi pada wanita hamil, memiliki karakteristik khusus, dan lebih sering terjadi pada trimester kedua kehamilan (Carvalho, 2019).[10]

LBP dalam kehamilan memperluas dampak negatifnya di banyak bidang kehidupan sehari-hari wanita, termasuk pekerjaan, tanggung jawab rumah tangga, kegiatan santai, dan tidur. dari penelitian sebelumnya menemukan bahwa LBP dapat mulai pada setiap saat selama kehamilan dan bahwa prediktor signifikan untuk kehadiran LBP adalah usia (Dezinno, 2004).[11] Dalam satu penelitian mengatakan, wanita dengan LBP menunjukkan bahwa rasa sakit ini mempengaruhi kemampuan mereka untuk tidur dan melakukan aktivitas sehari-hari (Dezinno, 2004).[11] Lebih banyak wanita mengalami PP sedang dan berat selama kehamilan. Hanya Sepuluh persen wanita mengalami LBP sedang dan berat selama kehamilan (Malmqvist et al, 2012).[12] LBP adalah masalah umum, tetapi mereka sering diremehkan. Faktor risiko utama untuk LBP Termasuk kerja keras, nyeri punggung bawah sebelumnya,

riwayat PGP atau LBP, dan trauma sebelumnya pada pasien (Rajnish, 2010).[13]

Salah satu faktor risiko yang paling sering diselidiki adalah nyeri punggung bawah sebelumnya (Albert, 2006).[14] Wanita hamil dengan nyeri lumbopelvic mengalami peningkatan tiga kali lipat hingga enam kali lipat kemungkinan skrining positif untuk gejala depresi dibandingkan dengan mereka tanpa sakit lumbopelvic. Hubungan antara gejala depresi dan nyeri lumbopelvic tidak dapat dijelaskan oleh paritas, kebocoran urin, dan BMI. Dalam satu penelitian, nyeri lumbopelvic menetap pada wanita 3 tahun postpartum. Risiko LBP kambuh pada kehamilan berikutnya (Annelie, 2007).[15] Faktor psikologis dapat berperan dalam etiologi nyeri LBP (Albert, 2013).[16] Paritas dan nyeri punggung sebelum kehamilan menunjukkan korelasi signifikan dengan hasil nyeri LBP (Albert, 2013).[16]

Keterkaitan antara Paritas dengan kejadian *Low Back Pain* selama masa kehamilan memiliki korelasi namun tidak secara langsung. Menurut suatu penelitian faktor resiko yang sering dijumpai pada wanita hamil yang mengalami *Low Back Pain* adalah salah satunya Paritas (Mota, 2015).[9] dan penelitian lainnya juga menunjukkan bahwa ibu hamil dengan paritas memiliki resiko terkena *Low Back Pain* (OR 1,08; 95% CI: 1,01-1,15) dalam beberapa tahun terakhir (Bjelland , 2013).[28]

Penelitian di Niger menyatakan Paritas tinggi adalah umum, menunjukkan 42% wanita berusia antara 15 dan 49 tahun dalam suatu hubungan. 71% mengatakan mereka menginginkan lebih banyak anak. Di Togo, peserta umumnya mengakui tingginya jumlah kehamilan paritas tinggi

di negara mereka, tetapi dibagi tentang frekuensi kehamilan paritas tinggi di daerah perkotaan (Khadidiatou, 2018).[4] Penelitian ini menemukan bahwa kepercayaan agama berkontribusi pada usia ibu lanjut dan kehamilan paritas tinggi, terutama di antara peserta Muslim di kedua negara, dan lebih menonjol di Niger daripada di Togo (Khadidiatou, 2018).[4]

Paritas menunjukkan korelasi signifikan dengan hasil nyeri LBP pada ibu hamil.[16] Paritas merupakan keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anak. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2007).[5] Klasifikasi paritas meliputi primipara yaitu seorang wanita yang melahirkan bayi hidup untuk pertama kali. Multipara atau pleuripara yang merupakan seorang wanita yang pernah melahirkan bayi beberapa kali (sampai 5 kali). Dan grandemultipara yaitu seorang wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Bobak, 2012).[5]

Metode yang digunakan untuk pemeriksaan *Low Back Pain* adalah *Owestry Disability Index for Low Back Pain,* metode yang dipakai untuk memberikan informasi mengenai bagaimana *Low Back Pain* yang dialami oleh responden telah mempengaruhi kemampuan untuk menjalani kehidupan sehari-hari dalam melakukan aktivitas, baik yang berlangsung dalam waktu singkat atau lama (Matthew Yates, 2017).[26,27]

Masyarakat pedesaan pada umumnya masih memiliki dan melestarikan kearifan local kawasan pedesaan yang sangat terkait dengan karakteristik sosial, budaya dan geografis, struktur demografi serta kelembagaan desa. Masyarakat pedesaan pada umumnya masih menghadapi masalah kemiskinan

serta masih kurangnya ketersediaan dan akses infrastruktur pelayanan dasar dimana semua itu harus dapat disediakan sehingga memungkinkan desa menjadi berkembang dan maju (Barokah, 2015)

Menurut data yang didapat jumlah proporsi ibu hamil di lima desa yang ada di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor adalah 313 di Desa Karehkel, 243 di Desa Leuwimekar, 160 di Desa Pabangbon, 294 di Desa Purasari dan 197 di Desa Puraseda. Wilayah yang akan menjadi tempat penelitian ini adalah Desa Karehkel, Desa Leuwimekar, Desa Pabangbon, Desa Puraseda dan Desa Purasari Kecamatan Leuwiliang, kabupaten Bogor.

B. RUMUSAN MASALAH DAN PERTANYAAN PENELITIAN

1. Rumusan Masalah

Berdasarkan temuan dari literature yang telah dipaparkan di latar belakang, maka terdapat beberapa masalah yang dihadapi ibu hamil yaitu masalah prenatal, yang paling sering dilaporkan adalah *Low Back Pain* (LBP), *Low back pain* (Nyeri Punggung Bawah) adalah masalah muskuloskeletal yang signifikan selama kehamilan yang berpotensi mempengaruhi kualitas hidup wanita secara negatif. LBP dikaitkan dengan pola tidur wanita, mobilitas, teknik mengangkat dan aktivitas seksual. Faktor resiko LBP selama kehamilan meliputi usia ibu, kelas sosial ekonomi, kehadiran LBP sebelum kehamilan atau selama kehamilan sebelumnya, pekerjaan berat, paritas, indeks massa tubuh, riwayat keluarga LBP, diagnosis hipermobilitas dan riwayat keluarga hipermobilitas.

Paritas dan nyeri punggung sebelum kehamilan menunjukkan korelasi signifikan dengan hasil nyeri LBP. Penelitian sebelumnya telah

menunjukkan hubungan yang diperkuat untuk paritas dengan meningkatnya tingkat rasa sakit pada punggung bawah. Temuan tersebut menunjukkan bahwa paritas memainkan peran dalam hubungan sebab akibat.

Namun, saat ini masih belum ditemukan penelitian mengenai *low back pain* dan paritas pada ibu hamil, di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor yang menjelaskan risiko *low back pain* berdasarkan pada ibu hamil.

2. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan dari latar belakang dan rumusan masalah diatas maka muncul pertanyaan "Adakah risiko *low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019 ?"

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

   Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengkaji risiko *low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

   Secara khusus, sasaran dari penelitian ini adalah :

   a) Untuk mendeskripsikan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019.

   b) Untuk mendeskripsikan *low back pain* pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Akademik

Hasil yang didapat dari penelitian diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara paritas terhadap low back pain pada ibu hamil, dan dapat menjadi pengembangan ilmu fisioterapi di Indonesia.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan tambahan informasi bagi tenaga kesehatan khususnya fisioterapi dalam pemeriksaan paritas, sehingga pendeteksian dini dapat dilakukan lebih awal,pemberian intervensi semakin cepat dilakukan untuk mengurangi resiko yang ditimbulkan semakin kecil.

3. Bagi Masyarakat

Dari hasil penelitian ini diharapkan informasi masyarakat menjadi bertambah baik dalam program penyuluhan maupun peningkatan kesehatan ibu hamil dan anak

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. PARITAS

Paritas didefinisikan sebagai berapa kali ia melahirkan janin dengan usia kehamilan 24 minggu atau lebih, terlepas dari apakah anak itu lahir hidup atau lahir mati. Misalnya, seorang wanita yang digambarkan sebagai 'gravida 2, para 2 (kadang-kadang disingkat G2 P2) telah memiliki dua kehamilan dan dua persalinan setelah 24 minggu, dan seorang wanita yang digambarkan sebagai' gravida 2, para 0 '(G2 P0) telah memiliki dua kehamilan, tidak ada yang selamat sampai usia kehamilan 24 minggu. Jika mereka berdua sedang hamil lagi, para wanita ini akan memiliki riwayat kebidanan masing-masing G3 P2 dan G3 P0. Jadi jika wanita mengalami dua keguguran, itu bisa jadi G3 P0 + 2 (Vergeldt, 2015).[42]

1) Seorang wanita nulipara (nullip) belum pernah melahirkan sebelumnya (terlepas dari hasilnya).
2) Primagravida sedang dalam kehamilan pertamanya.
3) Seorang wanita primipara telah melahirkan sekali. Istilah 'primip' sering digunakan secara bergantian dengan primagravida, meskipun secara teknis salah, karena seorang wanita tidak menjadi primipara sampai ia melahirkan bayinya.
4) Multigravida telah hamil lebih dari satu kali.
5) Seorang wanita multipara (multip) telah melahirkan lebih dari satu kali.
6) Grand multipara adalah seorang wanita yang telah melahirkan lima atau lebih bayi yang telah mencapai usia kehamilan 24 minggu atau lebih, dan

wanita seperti itu secara tradisional dianggap berisiko lebih tinggi daripada rata-rata kehamilan berikutnya.

7) Multigravida besar telah hamil lima kali atau lebih.

8) Grand multipara yang hebat telah melahirkan tujuh atau lebih bayi di atas usia kehamilan 24 minggu.

Kehamilan multipel menimbulkan masalah: kehamilan multipel dianggap sebagai peristiwa tunggal dan kelahiran kembar harus ditafsirkan sebagai peristiwa parous tunggal, meskipun hal ini tetap kontroversial. Dalam sebuah penelitian, hanya 20% bidan dan dokter kandungan Inggris mengakui persalinan kembar sebagai peristiwa parous tunggal - G1 P1 daripada G1 P2.

Sistem pengkodean yang lebih rumit yang digunakan di tempat lain, termasuk Amerika, adalah GTPAL (G = gravidity, T = pengiriman istilah, P = pengiriman prematur, A = aborsi atau keguguran, L = kelahiran hidup)

1. Epidemiologi

Total tingkat kesuburan saat ini (jumlah rata-rata anak yang dimiliki seorang wanita jika ia mengalami tingkat kesuburan pada tahun tertentu selama seluruh tahun kelahirannya) adalah 1,91. Wanita mulai melahirkan anak mereka kemudian dan memiliki lebih sedikit anak secara total. Wanita yang lahir pada tahun 1982 memiliki anak yang sedikit lebih sedikit (rata-rata 1,02) pada ulang tahun ke 30 daripada wanita yang lahir pada tahun 1967 yang memiliki rata-rata 1,16 anak pada usia yang sama.

Lebih banyak wanita yang tidak memiliki anak (19% wanita yang lahir pada tahun 1967 dibandingkan dengan 11% dari mereka yang lahir pada tahun 1940). Satu dari sepuluh wanita yang lahir pada tahun 1967 memiliki empat atau lebih anak, dibandingkan dengan hampir satu dari lima wanita yang lahir pada tahun 1940. Jumlah grand multips tingkat tinggi telah menurun secara signifikan.

2. Hubungan graviditas dan paritas dengan risiko dalam kehamilan

Riwayat kebidanan harus selalu mencatat paritas, graviditas dan hasil dari semua kehamilan sebelumnya karena:

1) Hasil kehamilan sebelumnya memberikan beberapa indikasi kemungkinan hasil dan tingkat risiko dengan kehamilan saat ini.
2) Jumlah kehamilan dan persalinan sebelumnya juga akan memengaruhi risiko yang terkait dengan kehamilan saat ini.
3) Apa yang dianggap persalinan normal bervariasi sesuai dengan paritas:
    a) Persalinan normal pada primagravida secara signifikan berbeda dengan persalinan normal pada wanita multipara, karena secara fisiologis rahim adalah organ yang kurang efisien, kontraksi mungkin kurang terkoordinasi atau hipotonik. Tahap pertama rata-rata pada primagravida secara signifikan lebih lambat daripada pada wanita multipara (terutama karena tingkat pelebaran serviks). Oleh karena itu, kemajuan diharapkan lebih lambat tetapi menunda lebih lama dari yang diharapkan harus mendorong augmentasi dalam tenaga kerja yang dikelola.

b) Yang menarik, grand multips memiliki fase persalinan laten yang lebih lama daripada wanita multipolar nulipara atau paritas rendah tetapi kemudian mulai melebar lebih cepat. Setelah pelebaran 6 cm, kurva partogram untuk multiparitas yang lebih rendah dan grand multip tidak dapat dibedakan. Kemajuan persalinan tampaknya tidak terus membaik dengan tambahan melahirkan anak.

3. **Risiko yang terkait dengan nulliparitas / primagravidae**

1) Risiko lebih tinggi terkena pre-eklampsia (risiko relatif 2,1 dengan interval kepercayaan 1,9-2,4).

2) Tahap persalinan pertama tertunda, meskipun ini dapat dianggap normal pada primagravida.

3) Dystocia (atau persalinan sulit) didiagnosis pada 37% primagravidae dalam satu penelitian di Denmark. Usia ibu adalah faktor risiko independen untuk distosia, terlepas dari paritas.

4. **Risiko yang terkait dengan multiparitas besar**

1) Presentasi janin abnormal.

2) Pengendapan dan kelahiran prematur meskipun usia yang lebih tinggi lebih signifikan.

3) Atonia uteri.

4) Placenta previa.

5) Pecahnya uterus.

6) Emboli cairan ketuban.

7) Perdarahan postpartum.

8) Inkontinensia stres dan gejala urgensi urin.

5. kehamilan berisiko tinggi

Risiko sama dengan faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan bahaya bagi ibu atau bayi. Tidak ada definisi yang diterima secara universal tentang skrining kehamilan 'berisiko tinggi' dan skrining 'risiko' antenatal tidak dapat mengidentifikasi setiap kehamilan / persalinan yang akan mengalami komplikasi. Biasanya faktor-faktor risiko digabungkan dan ditimbang untuk mencoba mencocokkan tingkat perawatan medis yang tepat dan intervensi dengan kehamilan yang lebih berisiko untuk mencoba mengurangi kemungkinan hasil yang buruk.

6. Variabel perancu

Peningkatan paritas sering dikaitkan dengan:

1) Menambah usia ibu - terutama dengan disfungsi levator ani .
2) Status sosial-ekonomi dan pendidikan yang lebih rendah.
3) Perawatan prenatal yang lebih buruk (lebih mungkin adalah pendaftar yang terlambat dan petugas yang buruk).
4) Konsumsi merokok dan alkohol.
5) Indeks massa tubuh lebih tinggi (BMI).
6) Tingkat diabetes gestasional yang lebih tinggi.

Tidak selalu mungkin untuk melepaskan berbagai faktor risiko yang dikaitkan dengan masing-masing faktor.

B. LOW BACK PAIN

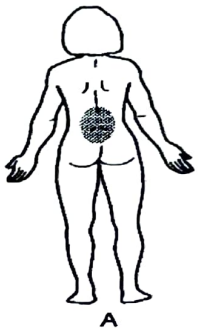
Ada definisi yang berbeda dari nyeri punggung bawah tergantung pada sumbernya. Menurut Panduan Eropa untuk pencegahan nyeri punggung bawah, nyeri punggung bawah didefinisikan sebagai "nyeri dan ketidaknyamanan, terlokalisasi di bawah batas kosta dan di atas lipatan gluteal inferior, dengan atau tanpa nyeri kaki" Definisi lain, menyerupai pedoman Eropa adalah bahwa nyeri punggung bawah adalah "rasa sakit yang terjadi di bagian belakang antara daerah tulang rusuk bawah dan paha proksimal." Bentuk paling umum dari sakit punggung bawah adalah yang disebut "Nyeri punggung bawah non-spesifik" dan didefinisikan sebagai "nyeri punggung bawah yang tidak dikaitkan dengan patologi spesifik yang dikenal dan dikenal".

Nyeri punggung bawah biasanya dikategorikan dalam 3 subtipe: nyeri punggung bawah akut, kronis dan kronis. Pembagian ini didasarkan pada durasi nyeri punggung. Nyeri punggung bawah akut adalah episode nyeri punggung bawah selama kurang dari 6 minggu, nyeri punggung bawah sub-akut antara 6 dan 12 minggu dan nyeri punggung bawah kronis selama 12 minggu atau lebih. Nyeri punggung bawah yang telah ada selama lebih dari tiga bulan dianggap kronis.

1. Low Back Pain Pregnancy

Nyeri punggung bawah terkait kehamilan adalah keluhan umum yang dapat didefinisikan sebagai nyeri antara tulang rusuk ke-12 dan lipatan gluteal / simfisis pubis selama kehamilan, mungkin menjalar ke paha posterolateral. , ke lutut dan betis, tetapi tidak ke kaki. Nyeri ini

bukan hasil dari patologi yang diketahui seperti herniasi diskus dan dapat dimulai kapan saja selama kehamilan. Meskipun sebagian besar kasusnya ringan, sekitar sepertiga wanita mengalami rasa sakit yang hebat. Low back terkait kehamilan telah diciptakan beberapa kali dan dapat disebut sebagai salah satu dari patters berikut: *Low Back Pain* (LBP), *Peripartum Posterior Pelvic Pain* (PPPP), *Low back pain* terkait kehamilan (PLBP) atau panggul terkait kehamilan sakit korset (PPGP). Dua pola terakhir dapat terjadi secara terpisah atau dikombinasikan (Hammer, 2012).[43]



Gambar 2.1 ***Typical pain distribution of lumbar pain***

2. Anatomi yang Relevan Secara Klinis

Daerah lumbar terdiri dari lima vertebra unik yang dirancang untuk menahan peningkatan berat badan dan mempertahankan kurva lordotik. Kanal vertebra daerah lumbar menampung ujung ekor medula spinalis dan Cauda Equina. Untuk menjaga stabilitas dan memberikan dukungan, wilayah lumbar dihubungkan dan dipegang dengan aman oleh jaringan ligamen yang rumit: ligamentum longitudinale anterior dan superior, ligamentum flava, ligamentum interspinata, ligamentum interspinata, ligamentum intertransversarium dan ligamentum supraspinale. Semua ligamen yang disebutkan akan memberikan stabilitas, sedangkan

ligamentum longitudinal juga akan melekat pada diskus intervertebralis agar diskus tetap pada posisinya. Selain itu, daerah lumbar didukung oleh otot punggung bawah yang kuat, otot panggul, dan otot perut

3. **Epidemiologi / Etiologi**

Sejumlah ulasan menyelidiki prevalensi nyeri punggung bawah selama kehamilan pada populasi yang berbeda. Hasilnya tidak konsisten, berkisar antara 8% hingga lebih dari 89% wanita yang mengeluh nyeri punggung bawah selama kehamilan.

Prevalensi nyeri punggung bawah terkait kehamilan adalah yang tertinggi selama trimester ketiga. Ketidaknyamanan dimulai sebagian besar antara bulan kelima dan ketujuh kehamilan. Pengaruh perubahan postur tubuh dan berat badan naik pada saat ini.

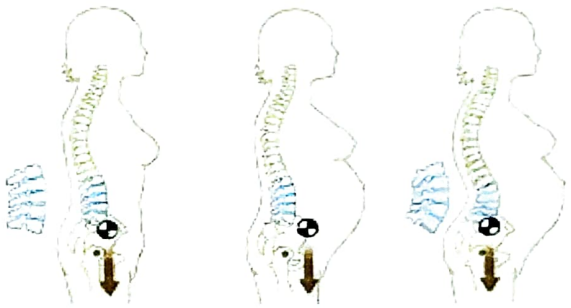
Penyebab LBP terkait kehamilan dapat disebabkan oleh kombinasi faktor mekanik, hormonal, sirkulasi dan psikososial.

4. **Karakteristik / Presentasi Klinis**

Ada beberapa kemungkinan mekanisme cedera yang bisa menyebabkan LBP terkait kehamilan. Selama kehamilan, perubahan terjadi pada sendi facet, otot punggung, dan ligamen. Ini terutama disebabkan oleh peningkatan pelepasan hormon Relaxin, yang menyebabkan kelonggaran ligamen, dan karena itu dapat mempengaruhi stabilitas tulang belakang dan menyebabkan sakit punggung.

Kontributor lain adalah peningkatan berat badan. Rata-rata, sekitar 11-15 kilogram diperoleh selama kehamilan. Penambahan berat badan meningkatkan jumlah kekuatan yang ditempatkan di seluruh sendi,

mengubah pusat gravitasi, dan memaksa pasien ke dalam kemiringan panggul anterior. Perpindahan anterior dari pusat gravitasi akan menyebabkan wanita menggeser kepala dan tubuh bagian atas secara posterior di atas panggul, menyebabkan hiperlordosis tulang belakang lumbar. Ini pada gilirannya, menempatkan tekanan tambahan pada cakram intervertebralis, ligamen, dan sendi facet dan dapat menyebabkan peradangan sendi. Selain itu, otot-otot perut diregangkan dan dilemahkan, dan penambahan berat dapat mengompres pleksus lumbosakral.



Gambar 2.2 Posisi Anatomi Pada Ibu Hamil

Onset paling umum adalah selama 5 dan 6 bulan kehamilan, dan nyeri biasanya lebih buruk di malam hari. Sekitar 67% wanita mengalami rasa sakit di malam hari. Faktor-faktor yang memperburuk rasa sakit meliputi: berdiri, duduk, batuk atau bersin, berjalan, dan mengejan saat buang air besar. Namun rasa sakit dan kecacatan pada daerah lumbopelvic biasanya terbukti dialami sebagai ringan sampai sedang, kecuali untuk sebagian kecil (20%) dari wanita hamil yang akan menggambarkan rasa sakit sebagai parah.

Lokalisasi rasa sakit itu dalam. Bahkan mungkin saja lokalisasi rasa sakit berubah seiring waktu. Nyeri panggul panggul telah digambarkan

sebagai "menusuk ', rasa sakit di punggung bawah sebagai" sakit tumpul' dan rasa sakit di tulang belakang dada agak "membakar". Deskripsi rasa sakit lainnya adalah: rasa sakit yang menusuk, perasaan penindasan dan rasa sakit yang tajam.

Seringkali, timbulnya rasa sakit terjadi sekitar minggu ke-18 dan mencapai intensitas puncak antara minggu ke-24 dan ke-36 kehamilan. Nyeri dapat menghilang secara spontan dalam 3 bulan, tetapi 7-8% dari pasien memiliki nyeri kronis yang menetap. Namun mungkin mulai sedini trimester pertama atau terlambat 3 minggu setelah melahirkan.

Nyeri punggung bawah yang berhubungan dengan kehamilan ditandai dengan nyeri tumpul dan lebih jelas pada fleksi ke depan dengan pembatasan terkait dalam pergerakan tulang belakang dan palpasi otot erector spinae memperburuk nyeri.

Beberapa faktor telah dikaitkan dengan perkembangan nyeri punggung bawah selama kehamilan. Lebih khusus lagi, pekerjaan yang melelahkan, riwayat nyeri punggung bawah sebelum kehamilan, dan riwayat nyeri punggung bawah terkait kehamilan telah diidentifikasi sebagai faktor risiko untuk pengembangan nyeri punggung bawah terkait kehamilan. Sindrom nyeri selama kehamilan berdampak pada sistem muskuloskeletal abdominopelvic, sehingga menyebabkan ketegangan abnormal pada elemen-elemen aksial punggung bawah.

5. ***Oswestry Disability Index*** **(ODI)**

Oswestry Disability Index (ODI) mempunyai 10 item pertanyaan tentang aktivitas sehari-hari yang mungkin akan mengalami gangguan atau

hambatan pada pasien yang mengalami *Low Back Pain* (LBP). Metode pengukuran ODI terjadi dari beberapa faktor utama, antara lain intensitas nyeri, perawatan diri, mengangkat, berjalan, duduk, berdiri, tidur, kegiatan seksual, kehidupan sosial, serta rekreasi. ODI merupakan alat ukur yang berisi daftar pertanyaan atau kuisioner yang dirancang untuk memberikan informasi seberapa besar tingkat disabilitas NPB dalam melakukan aktifitas sehari-hari. ODI pertama kali dikembangkan oleh Fairbanks dan kawan-kawan pada tahun 1980 dan telah dimodifikasi beberapa kali. Modifikasi pertama mengganti item tentang penggunaan obat pengurang nyeri dengan item intensitas nyeri. Dalam perkembangan selanjutnya pada versi asli, dilaporkan hampir 20% responden tidak mengisi item tentang kehidupan seks mereka terkait NPB khususnya di negara-negara timur. Karena itu, versi terakhir mengganti item tentang kehidupan seks dengan pekerjaan/aktifitas di rumah, selain itu ODI juga disarankan digunakan pada kondisi disabilitas berat. Setiap pertanyaan mempunyai enam respon alternative mulai dari yang "no problem" sampai dengan "not possible". Skor ODI kemudian 21 dihitung dengan cara dijumlahkan setiap itemnya 0-5 jadi total nilai maksimal adalah 50, kemudian dikalikan 100. Jika ada salah satu item yang tidak dijawab, maka yang dihitung hanya yang dijawab saja. Total skor antara 0-100%, dimana 0 menggambarkan tidak ada ketidakmampuan dan 100 berarti ketidakmampuan maksimal.

Interpretasi skor pada kuesioner Oswestry Disability Index (ODI) adalah sebagai berikut:

1) 0% - 20 % Minimal disability : Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-haritanpa terganggu oleh rasa nyeri.
2) 21% - 40%Moderate disability : Pasien merasakan nyeri yang lebih dan mulaikesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti duduk, mengangkatbarang dan berdiri.
3) 41% - 60% Severe disability : Nyeri terasa sepanjang waktu dan aktivitassehari-hari mulai terganggu karena rasa nyeri.
4) 61% - 80% Crippled : Nyeri yang timbul mengganggu seluruh aktivitas sehari-hari.
5) 81% - 100% Pasien sudah sangat tersiksa oleh nyeri yang timbul

ODI merupakan alat ukur yang berisi daftar pertanyaan atau kuisioner yang dirancang untuk memberikan informasi seberapa besar tingkat disabilitas NPBdalam melakukan aktifitas sehari-hari. ODI pertama kali dikembangkan oleh Fairbanks dan kawan-kawan pada tahun 1980 dan telah dimodifikasi beberapa kali. Modifikasi pertama mengganti item tentang penggunaan obat pengurang nyeri dengan item intensitas nyeri. Dalam perkembangan selanjutnya pada versi asli, dilaporkan hamper 20% responden tidak mengisi item tentang kehidupan seks mereka terkait NPB khususnya di negara-negara timur. Karena itu, versi terakhir mengganti item tentang kehidupan seks dengan pekerjaan/aktifitas di rumah, selain itu ODI juga disarankan digunakan pada kondisi disabilitas berat (52-54).Secara teknis pasien diinstruksikan untuk menjawab dengan memberi tanda centang atau tanda silang pada salah satu kotak tiap bagian yang paling sesuai dengan keadaan dan yang dirasakannya pada saat itu.

Selanjutnya, dilakukan perhitunganskor yang diperoleh dan dicatat untuk mengetahui kemajuan intervensi selanjutnya. Prosedur pengukuran ODI sebagai berikut:

1. Membuat lembar pengukuran ODI yang dimodifikasi, dengan berbagai macam kondisi yang dapat mengintepretasikan tingkat disabilitas pasien. Terdapat10 pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner. Dari setiap pertanyaan terdapat 5 pilihan jawaban yang menggambarkan disabilitas pasien. Masing-masing jawaban memiliki nilai yang berbeda, dimulai dengan nilai 0 untuk menyatakan tidak ada disabilitas, nilai 1 untuk disabilitas yang sangat ringan, sampai dengan nilai 5 untuk disabilitas yang paling berat.

2. Cara penghitungan menggunakan ODI :

   a) Dalam ODI, tercantum 10 pertanyaan yangmenggambarkan kondisi disabilitas pada pasien pasien NPB. Masing-masingkondisi memiliki nilai 0 sampai nilai 5, sehingga jumlah nilai maksimal secara keseluruhan adalah 50 poin.

   b) Jika 10 kondisi dapat diisi, maka cukup langsung menjumlah seluruh skor.

   c) Jika suatu kondisi dihilangkan, maka penghitungannya adalah skor poin total dibagi dengan jumlah kondisi yang terisi, lalu dikalikan 5.

   Berikut ini adalah rentang penilaian ODI serta klasifikasi tingkat disabilitas yang dialami pasien:

a) Disabilitas minimal, merupakan ketidakmapuan pada tingkatminimal yaitu dengan angka 0%-20%. Pasien dapat melakukan sebagian besar aktifitas hidupnya. Biasanya tidak ada indikasi untuk pengobatan terlepas dari nasihat untuk mengangkat dan duduk dengan cara yang benar agar tidak bertambah parahnya tingkat disabilitas pasien.

b) Disabilitas sedang, merupakan ketidakmampuan pada tingkat sedang yaitu dengan angka 21%-40%. Pasien merasa lebih sakit dan mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas duduk, mengangkat, dan berdiri. Untuk berpergian dan kehidupan sosial akan lebih dihindari. Sedangkan untuk perawatan pribadi dan tidur tidak terlalu terpengaruh.

c) Disabilitas parah, merupakan ketidakmampuan pada tingkat yangparah, yaitu dengan angka 41%-60%. Rasa sakit dan nyeri tetap menjadi masalah utamanya sehinggamengganggu aktifitas sehari-hari.

d) Disabilitas sangat parah, merupakan ketidakmampuan yang sangat - parah dengan angka 61%-80%, sehingga sangat menggangu seluruh aspek kehidupan pasien.

e) Angka tertinggi untuk tingkat keparahan disabilitas adalah 81%-100%, dimana pasien tidak dapat melakukan aktifitassamasekali dan hanya tergolek ditempat tidur.Dalam hal ini, tingkat disabilitas yang akan digunakan sebagai acuan penelitian adalah pasien dengan disabilitas sedang sampai dengan disabilitas

yang parah.Sebagai tambahan, banyak peneliti menyarankan bahwa perubahan 4-10 poin merupakan hal yang penting untuk menentukan signifikansi perubahan (52).

Pada penelitian ini, data yang digunakan adalah jumlah total masing-masing item untuk pengujian aspek psikometri berupa validitas butir kuesioner dan reliabilitas kuesioner secara umum (Wahyudin, 2016).

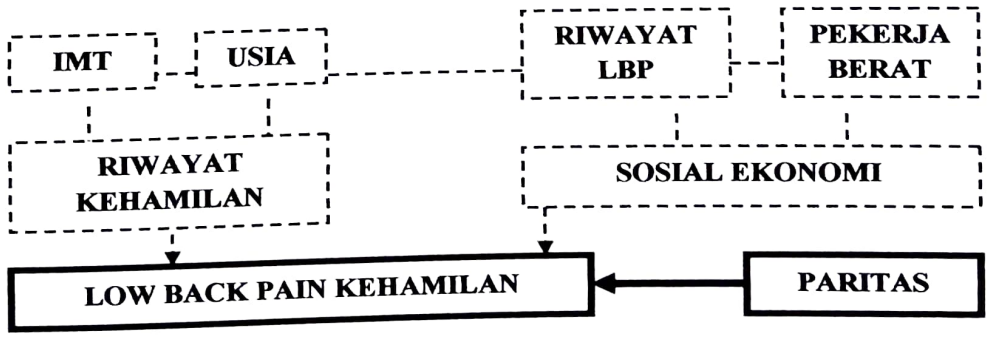
BAB III

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESA

A. KERANGKA KONSEP

Kehamilan merupakan suatu proses yang menimbulkan suatu akibat yang bersifat patologis. Perubahan – perubahan tersebut dimulai ketika nidasi terjadi. Pada kehamilan lanjut, muncul keluhan - keluhan seperti *low back pain* (LBP) lebih di kenal sebagai nyeri punggung bawah. Faktor resiko LBP selama kehamilan meliputi usia ibu, kelas sosial ekonomi, kehadiran LBP sebelum kehamilan atau selama kehamilan sebelumnya, pekerjaan berat, paritas, indeks massa tubuh. Paritas merupakan keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anak. Namun karena keterbatasan pembahasan, maka dalam skripsi ini hanya akan dibahas paritas dan *Low Back Pain*. Dengan *low back pain* sebagai variabel dependent (terikat) dan paritas sebagai variabel independent (bebas).

Berdasarkan literatur review diatas, hubungan variabel dapat digambarkan secara skematis seperti bagan dibawah ini :



Bagan 3.1. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang tidak diteliti



: Variabel yang diteliti

B. DEFINISI OPERASIONAL

Berdasarkan kerangka konsep seperti bagan diatas, variabel yang akan diteliti meliputi *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition* variabel independen dan paritas variabel dependennya. Hal tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala	Hasil Ukur
1.	*Low back Pain*	Nyeri yang dirasakan dan dikeluhkan oleh ibu hamil di daerah punggung bawah yang dikarenakan intensitas nyeri dan perubahannya sehingga mengganggu aktivitas untuk perawatan pribadi, menganggangkat beban, berjalan, duduk, berdiri, tidur, kehidupan sosial, dan travelling/ perjalanan.	Data *low back pain* didapat dari kuesioner di blok. E Kode A hal.54 mengenai *Low Back Pain* Kuesioner (*oswestry disability index for low back pain/dysfuncition (ODI)).* Yaitu pertanyaan yang diberikan oleh pewawancara terdiri dari 10 item yang menanyakan tentang : intensitas nyeri, perawatan pribadi, menganggangkat beban, berjalan, duduk, berdiri, tidur, kehidupan sosial, travelling/ perjalanan, dan perubahan tingkat nyeri. Masing-masing pertanyaan memiliki 6 pilihan. Tiap jawaban memiliki skor 0,1,2,3,4,5. Jika 10 bagian telah diselesaikan, maka skor dihitung dengan cara sebagai berikut : $\frac{Total\ Nilai}{50} x\ 100 = \cdots \%$ Dapat Dikategorikan : - 0% - 20 % : Tidak *Low Back Pain* - 21% - 40% : Ringan - 41% - 60% : Sedang	Ordinal	1. Tidak *Low Back Pain* 2. *Low Back Pain*

			- 61% - 80% : Berat - 81% - 100% : Sangat Berat Dapat dikategorikan menjadi : 1. Tidak *Low Back Pain*. (0-20%) 2. *Low Back Pain* (21-100%)		
2.	Paritas	Paritas didefinisikan sebagai jumlah persalinan sebelumnya setelah usia kehamilan 24 minggu atau lebih,terlepas dari apakah anak itu lahir hidup atau mati.	Wawancara dan observasi menggunakan Kuesioner pada blok B hal.36 no.2 mengenai jumlah anak. Dapat dikategorikan sebagai berikut : 1. ≥ 1 : paritas 2. 0 : nullipara	Ordinal	1 : sudah pernah melahirkan (paritas) 2 : belum pernah melahirkan (nullipara)

C. HIPOTESA PENELITIAN

Adapun hipotesa penelitian :

- Terdapat risiko *low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan analisis "Risiko *Low Back Pain* Berdasarkan Paritas Pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019" dari penelitian besar yang berjudul "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0-60 Bulan (balita) pada Desa dengan Populasi Subjek Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019".

B. SUMBER DATA (DATA INDUK)

1. Tempat dan waktu penelitian

a. Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Karehkel, Desa Leuwimeker, Desa Puraseda, Desa Purasari, Desa Pabangbon, Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor Jawa Barat.

b. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu 6 bulan pada tahun 2019.

2. Populasi dan Sampel

a. Populasi target

Populasi target penelitian adalah Ibu hamil, ibu yang mempunyai anak balita dan anak usia 0-60 bulan di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Jawa Barat Tahun 2019.

b. Sampel

Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)

$$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2}\right] \times deff$$

$$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q \times deff}{(margin\ of\ error)^2}\right]$$

Keterangan :

- 95% $CI - Z = 1{,}96$ (2)

  $Z^2 = 2^{2=}4$

- $\propto = 0{,}05$
- $p = proporsi$
- p (ibu) =0,192 (Depkes, 2016)
- p ($anak$) =0,192 (Riskesdas 2013)

  (Diambil dari variabel ibu dan anak dengan prevalensi tertinggi yaitu Stress dan Stunting)

- q= 1- $proporsi$
- $d = margin\ error$
- d (Ibu) = $0{,}15^2$= 0,0225
- d (anak) = $0{,}1^2$ = 0,01
- *Deff (design Effect Factor)* = 3

Dari rumus diatas, maka nilai prevalensi yang didaptkan dapat dimasukkan kedalam rumus. dan didapatkan dua sampel terbesar adalah :

Tabel 4.1 Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)
Variable ibu

No.	Variabel Ibu	$[Z^2$	P	(1-P)	d^2	$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2}\right] \times deff$
1.	Stress	4	0,192 (Depkes, 2016)	1-0,192	0.0225	n= 83

Tabel 4.2 Multiple Indicator Cluster Survey Manual (UNICEF MICS)
Variable anak

No.	Variabel anak	$[Z^2$	P	(1-P)	d^2	$n = \left[Z^2 \times \frac{p \times q}{d^2}\right] \times deff$
1.	Stunting	4	0,192 (Riskesdas, 2013)	1 -0,192	0.01	n= 186

Dari hasil diatas dapat dilihat bahwa jumlah sampel survei untuk penelitian ini pada variable ibu minimal berjumlah 83 orang. Dan pada variable anak 0 – 60 bulan minimal 186 orang. Untuk mengatasi respon rate yang rendah maka diperlukan subjek penelitian yang lebih banyak dari sampel minimal sehingga dibulatkan menjadi 100 orang untuk variable ibu dan 200 orang untuk variable anak usia 0 – 60 bulan. Dimana masing-masing subjek yang diambil telah dipilih melalui teknik *propotional sampling* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3. Pengumpulan Data

a. Instrument dan Peralatan

Sebelum di lakukan pengambilan data dengan instrumen penelitian dilakukan Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP) dan mengisi serta menanda tangani formulir kesedian (inform concent). Selanjutnya yang bersedia mengikuti penelitian menjadi sampel penelitian (Subyek Penelitian).

Sampel akan diberikan formulir kuesioner yang terdiri dari: nama, usia, pekerjaan, Kesehatan lingkungan, Riwayat penyakit, Kesehatan Mental, dan Pengetahuan sikap dan perilaku lalu dilakukan pemeriksaan dan pengukuran *Stetoskop, Timbangan, Midline, Questionnaire, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), State Trait Anxiety Inventory, Perceived Stress Scale, The Epworth Sleepness Scale (ESS), Question, ODI, VAS, Z-Score, Denver Development Screening Test,.*

b. Variabel Data

Data set variabel yang diteliti dalam penelitian induk adalah sebagai berikut :

4.3 tabel variabel data

No	Variabel ibu	No	Variabel anak
1.	Depresi	1.	Perkembangan Motorik
2.	Kecemasan	2.	Kognitif anak
3.	Stress	3.	Berat badan anak
4.	LBP	4.	Indek massa tubuh anak
5.	Berat badan	5.	Lingkar Kepala
6.	Underweight	6.	Lingkar Lengan
7.	Indek massa tubuh	7.	ASI & MPASI
8.	Tekanan darah	8.	Wasting
9.	Heart rate	9.	Stunting
10.	Perokok pasif	10.	Imunisasi
11.	Paparan pestisida	11.	Adaptasi anak
12.	Keracunan pestisida	12.	Kepribadian anak
13.	Kelengkapan APD	13.	Campak
14.	Dukungan social	14.	ISPA
15.	Kualitas Tidur	15.	Diare
16.	Continen Urinary	16.	TB Paru
17.	ANC (Antenatal Care)	17.	Asma

c. Prosedur Pengambilan Data

Dalam penelitain ini, para responden yang terdiri dari ibu hamil, ibu dengan balita, dan anak akan diwawancara dengan diminta

menjawab beberapa pertanyaan yang terdapat pada kuesioner, sedangkan anak akan dilakukan beberapa test dan pengukuran. Untuk ibu hamil akan diminta menjawab kuesioner dengan kode A, ibu dengan balita menggunakan kuesioner dengan kode B, dan anak diminta melakukan test dan pengukuran pada kuesioner dengan kode C.

C. ANALISA PENELITIAN

1. Tujuan Penelitian

a. Mendeskripsikan kejadian *Low Back Pain* pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor.

b. Mendeskripsikan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor.

c. Mengetahui risiko paritas pada terjadinya *Low back pain* pada ibu hamil dengan instrument *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition.*

2. Pemulihan dan jumlah sampel

Sampel yang ada dalam proposal induk akan dipergunakan dengan menghitung kebutuhan sampel minimal sesuai dengan variabel yang diambil, yaitu *Low back pain* dan paritas pada ibu hamil yang berada di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Jawa Barat, dengan rumus sampel sebagai berikut :

$$N = \frac{21 \times p \times q}{(p_1 - q_0)^2}$$

Keterangan :

- $p_1 = \frac{p_0 \times R}{1+p_0\,(R-1)}$
- p_0 = Proportion exposed among control
- $p = \frac{1}{2} \times (p_1 + q_0)$
- $q = 1 - p$

Dimana diketahui dan dihitung sebagai berikut :

- $p_1 = (-0{,}039)$

  (Didapat dari perhitungan dimana diasumsikan OR = 0,1).
- $p_0 = 56\%\ (0{,}56)$

  (Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mette G. Backhausen, Jane M. Bendix, Peter Damm, Ann Tabor, Hanne K. Hegaard. 2018).
- $p = 0{,}265$
- $q = 0{,}735$

$$\boldsymbol{N = \frac{21 \times 0,265 \times 0,735}{(-0,039 - 0,04)^2} = \frac{4,1}{0,2} = 27,5 \approx 28}$$

Dari hasil perhitungan sampel dengan menggunakan rumus *case-control study* diatas, maka didapatkan besar sampel minimal 28 sampel, namun dari data yang tersedia 100 sampel yang terdiri dari 72 kasus (*low back pain*) dan 28 kontrol (bukan *low back pain*), mengingat data tersebut untuk meningkatkan reliabilitas agar seimbang maka data dianalisis data yang minimal yaitu 28 kontrol

(bukan *low back pain*) dan 28 kasus (*low back pain*) dengan secara random menggunakan program komputer.

3. Definisi Kasus dan Kontrol

Kasus adalah ibu yang mengalami keluhan *Low back pain* yang sudah pernah melahirkan (paritas) dan belum pernah melahirkan (nullipara) di Kecamatan Leuwiliang.

Kontrol adalah ibu hamil yang tidak mengalami keluhan *Low back pain* yang sudah pernah melahirkan (paritas) dan belum pernah melahirkan (nullipara) di Kecamatan Leuwiliang.

a. Kriteria Inklusi

- Ibu hamil yang termasuk dalam definisi kasus dan kontrol di Kecatan Leuwiliang.

b. Kriteria Ekslusi

- Ibu hamil yang tidak kooperatif

4. Variabel Data

Data set variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Jumlah anak dengan kode anak yang di record dan dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu belum pernah melahirkan dan sudah pernah melahirkan.

b. *Low back pain* dilakukan dengan menggunakan kuesioner ODI dan dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu tidak mengalami *Low back pain* dan Mengalami *Low back pain.*

5. Pengukuran

1. Pengukuran *low back pain* dengan *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition (ODI)*.

   a. Prosedur pengukuran low back pain pada ibu hamil menggunakan kuesioner *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition (ODI)*.

   b. Alat ukur : kuesioner *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition (ODI)*.

   c. Metode : Peneliti menyediakan kuesioner yang berisi pertanyaan, subjek penelitian diminta mengisi setiap pertanyaan secara jujur sesuai keadaan subjek.

Pemeriksaan dengan wawancara kuesioner *oswestry disability index for low back pain/dysfuncition* dirancang untuk memberikan informasi mengenai bagaimana nyeri punggung bawah/ low back pain yang dialami telah mempengaruhi kemampuan untuk menjalani kehidupan sehari-hari.

Tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh responden dalam melakukan aktifitas yang disebabkan oleh kondisi kesehatannya yaitu penyakit atau kesakitan, permasalahan kesehatan lain baik yang berlangsung dalam waktu si ngkat atau lama.

Pertanyaan yang diberikan oleh pewawancara terdiri dari 10 item yang menanyakan tentang :

1. Intensitas nyeri
2. Perawatan pribadi

3. Mengangkat beban
4. Berjalan
5. Duduk
6. Berdiri
7. Tidur
8. Kehidupan sosial
9. Travelling/Perjalanan
10. Perubahan tingkat nyeri

Responden dipersilahkan untuk menjawab setiap bagian di masing-masing kotak, dengan cara mengisi jawaban yang paling menggambarkan masalah yang dihadapi. Tiap jawaban memiliki skor 0,1,2,3,4,5. Jika semua 10 bagian selesai, maka skor dihitung sebagai berikut :

$$\frac{Total\ Nilai}{50} x\ 100 = \cdots \%$$

- 0% - 20 % Minimal disability : Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-haritanpa terganggu oleh rasa nyeri.
- 21% - 40% Moderate disability : Pasien merasakan nyeri yang lebih dan mulaikesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti duduk, mengangkatbarang dan berdiri.
- 41% - 60% Severe disability : Nyeri terasa sepanjang waktu dan aktivitassehari-hari mulai terganggu karena rasa nyeri.
- 61% - 80% Crippled : Nyeri yang timbul mengganggu seluruh aktivitas sehari-hari.

- 81% - 100%Pasien sudah sangat tersiksa oleh nyeri yang timbul

2. Pengukuran Paritas dengan menggunakan kuesioner Jumlah anak.
   a. Prosedur pengukuran paritas pada ibu hamil menggunakan kuesioner Jumlah anak (Jumlah anak kandung atau anak dilahirkan dari Rahim sendiri).
   b. Metode : Peneliti menyediakan kuesioner yang berisi pertanyaan, subjek penelitian diminta mengisi setiap pertanyaan secara jujur sesuai keadaan subjek.

6. Analisis Data

a. Analisis Univariat (Deskriptif)

Studi ini melihat risiko *low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil di Kecamatan Leuwiliang tahun 2019, maka dilakukan uji univariat yaitu berupa analisis deskriptif untuk melihat frekuensi dan presentase ibu hamil yang masuk kedalam kelompok kasus (*low back pain*) dan kontrol (tidak *low back pain*), serta ibu hamil yang pernah melahirkan (paritas) dan belum pernah melahirkan (nullipara) yang masuk kedalam kelompok kasus dan kontrol.

b. Analisis Bivariat

Analisa ini bertujuan untuk melihat risiko (OR) *low back pain* berdasarkan kategori paritas pada ibu hamil. Uji analisis yang akan digunakan pada penelitian ini adalah Odd Ratio (OR) karena variabel memiliki data kategorik. Jika nilai *p-value* pada uji Odd

Ratio <0,005 maka pada taraf kepercayaan 95% *odd ratio* dinyatakan signifikan bermakna.

c. Nul hipotesis dan Tes Uji H_0 Bivariat

1. Bivariat

a. Ha : *p-value* <0,05

Ha : Terdapat resiko *Low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil selama masa kehamilan di Kecamatan Leuwiliang.

b. Ho : p-value >0,05

Ho : Tidak terdapat risiko *Low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil selama masa kehamilan di Kecamatan Leuwiliang.

D. ETIKA PENELITIAN

Penelitian "Analisis Risiko *Low back pain* berdasarkan paritas pada Ibu Hamil di Kecamatan Leuwiliang, Kabupaten Bogor Tahun 2019" sebagai bagian dari penelitian induk "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0-60 Bulan (balita) pada Desa dengan Populasi Subjek Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019" yang telah mendapat persetujuan etik penelitian yang diperoleh dari komite etik dengan SK No.05/EP/K/UniBinawan/III/2019.

BAB V

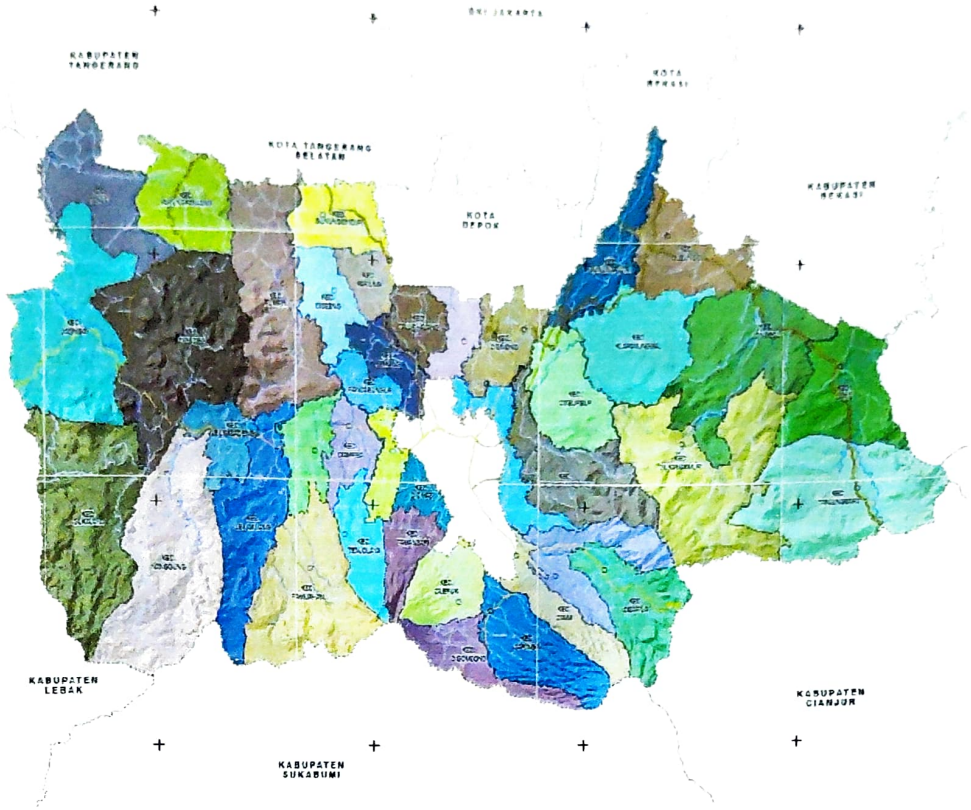
HASIL PENELITIAN

A. DESKRIPSI TEMPAT PENELITIAN

Kabupaten Bogor adalah sebuah Kabupaten di Provinsi Jawa Barat, Indonesia. Pusat pemerintahannya adalah Kecamatan Cibinong. Kabupaten Bogor terdiri atas 40 Kecamatan, yang dibagi atas sejumlah desa dan Kelurahan. Pusat Pemerintahan Kabupaten Bogor terletak di Kecamatan Cibinong, yang berada di sebelah Utara Kota Bogor. Batasan wilayah Kabupaten Bogor antara lain :

- Wilayah Utara : Kabupaten Tanggerang dan Kota Tangger - ang Selatan (Banten), Kota Depok, Kota Bekasi, dan Kabupaten Bekasi.
- Wilayah Timur : Kabupaten Karawang
- Wilayah Tenggara : Kabupaten Sukabumi
- Wilayah Barat : Kabupaten Lebak (Banten)

Kabupaten Bogor memiliki luas 298.838,304 Ha. Secara geografis terletak antara 6 18'0LU – 6 47'10" LS dan 106 23'45" – 107 13'30" Bujur Timur dengan tipe morfologi wilayah yang bervariasi, dari dataran yang relatif rendah di bagian utara hingga dataran tinggi di bagian selatan, yaitu dekitar 29,28% berada pada ketinggian 15 -100 meter di atas permukaan laut (dPl), 42,62% berada pada ketinggian 100 – 500 meter dpl, 19,53% berada pada ketinggian 500 – 1.000 meter dpl, 8,43% berada pada ketinggian 1.000 – 2.000 meter dpl dan 0,22% berada pada ketinggian 2.000 – 2.500 meter dpl.



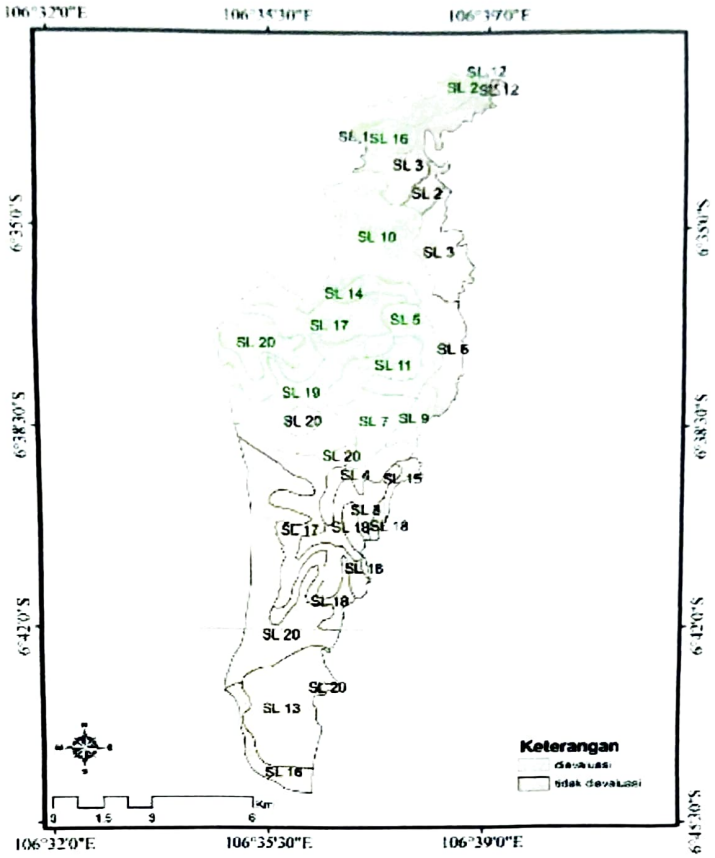
Gambar 5.1 Peta Kabupaten Bogor

Kecamatan Leuwiliang terletak di Kabupaten Bogor dengan luas Wilayah : 9.142,39 Hektar. Dengan batas administratif :

- Sebelah Utara : Kecamatan Leuwisadeng
- Sebelah Barat : Kecamatan Nanggung
- Provinsi Banten : Provinsi Banten
- Sebelah Timur : Kecamatan Cibungbulang dan pemijahan

Kecamatan leuwiliang terdiri dari 11 Desa, yaitu : Barengkok, Ciberer I, Ciber 2, Karacak, Karyasari, Karehkel, Leuwiliang, Leuwimekar, Pabangbon, Pura sari, Pura seda.

Penelitian ini dilakukan di 5 Desa, yaitu : Barengkok, Karehkel, Leuwiliang, Leuwimekar, Pabangbon, Purasari, dan Puraseda.



Gambar 5.2 Peta Kecamatan Leuwiliang

B. DESKRIPSI SUBJEK PENELITIAN

Deskripsi data sampel dilakukan dengan analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase Paritas dan *Owestry Disability Index for Low Back Pain* pada ibu hamil.

Tabel 5.1 Tabel distribusi frekuensi paritas dan *low back pain* pada ibu hamil Di kecamatan leuwiliang

No	Karakteristik	N	%
1.	Paritas		
	a. Sudah pernah melahirkan (paritas)	41	73,2%
	b. Belum pernah melahirkan (nullipara)	15	26,8%
2.	Low Back Pain		
	a. Bukan Low Back Pain	28	50%
	b. Low Back Pain	28	50%

Karakteristik responden menurut paritas menunjukkan bahwa distribusi tertinggi adalah ibu yang sudah pernah melahirkan (paritas) yaitu sebanyak 41 ibu (73,2%). (lihat tabel 5.1)

Untuk *Owestry Disability Index for Low Back Pain* menurut Fairbank, dapat dikategorikan menjadi tidak nyeri punggung bawah, ringan, sedang, berat, dan sangat berat, tetapi pada penelitian ini kategori sedang, ringan, berat, dan sangat berat digabungkan menjadi kategori low back pain.

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui distribusi frekuensi *Owestry Disability Index for Low Back Pain* pada ibu hamil dibagi menjadi dua kategori bukan low back pain dan kategori low back pain. Karakteristik responden menurut low back pain menunjukkan bahwa distribusi kasus (low back pain) yaitu 28 ibu (50%) dan kontrol 28 ibu (50%).

C. ANALISIS RISIKO

Tabel 5.2 Tabel kejadian risiko *low back pain* pada ibu hamil berdasarkan kategori paritas

Paritas	Tidak Low Back Pain		Low Back Pain		OR (95% CI)	p-value
	N	%	n	%		
Sudah pernah melahirkan (paritas)	20	35,7%	21	37,5%	0,83	0,76*
Belum pernah melahirkan (nullipara)	8	14,3%	7	12,5%		

**chi-square tidak bermakna* ***chi-squre bermakna*

Yang paling banyak mengalami *low back pain* pada kelompok ibu hamil yang sudah pernah melahirkan (paritas) 21 ibu (37,5%).(dilihat pada tabel 5.2)

Ibu hamil yang sudah pernah melahirkan (paritas) memiliki kecenderungan 0,83 kali lipat beresiko lebih besar mengalami kejadian *low back pain* dibandingkan dengan ibu hamil yang belum pernah melahirkan (nullipara) (dilihat pada tabel 5.2), (namun secara statistik tidak bermakna (p=0,76).

BAB VI

PEMBAHASAN

A. DESKRIPSI SUBJEK PENELITIAN

Dari hasil analisa didapatkan bahwa ibu hamil sudah pernah melahirkan (paritas) lebih banyak mengalami *low back pain* yakni sejumlah 21 ibu (37,5%). Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian menunjukkan bahwa paritas dapat menimbulkan resiko terjadinya *low back pain* dimana ibu hamil yang sudah pernah melahirkan 21% lebih banyak, sedangkan ibu hamil yang belum pernah melahirkan hanya 11% (Elisabeth K. Bjelland, 2010). Selain itu penelitian lain menyatakan Nyeri punggung ini terutama akan meningkat pada ibu yang sudah pernah hamil (paritas) karena adanya kelemahan otot-otot abdomen sehingga gagal menopang uterus. Hal ini akan menyebabkan uterus mengendur dan lengkung pungung semakin memanjang. Dengan demikian, apabila paritas tinggi maka kejadian nyeri punggung akan semakin meningkat. Sebaliknya jika ibu hamil ini baru pertama kali hamil (primipara) dan menggunakan body mekanik yang tepat, maka risiko nyeri punggung semakin rendah (Faizatul Ummah,2012).

Nyeri pinggang bawah yang dialami ibu hamil sering dikeluhkan terutama menginjak usia kehamilan trimester II dan trimester III karena terjadi peningkatan lordosis atau tulang punggung melengkung. Hal ini menyebabkan pergeseran pada pusat keseimbangan badan yang bergeser maju searah dengan tulang belakang dan karena beban rahim berada di atas daerah pelvis menyebabkan pelvis bergeser kedepan sehingga pinggang menjadi semakin

melengkung. Keadaan ini dapat menyebabkan nyeri pinggang. Selain itu, disebabkan karena bertambahnya berat badan sehingga beban akan semakin berat ditanggung oleh tubuh saat ibu hamil melakukan aktifitas (Botoding, 2008).

Dan dari hasil analisa didapatkan bahwa ibu yang belum pernah melahirkan (nullipara) lebih banyak tidak mengalami *low back pain* dibandingkan ibu yang sudah pernah melahirkan (paritas). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Carola W bahwa ibu hamil yang belum pernah melahirkan (nullipara) memiliki resiko rendah mengalami *low back pain* (Carola W, 2013). Selain itu penelitian Faizatul Ummah menyatakan ibu hamil ini baru pertama kali hamil (nullipara) dan menggunakan body mekanik yang tepat, maka risiko *low back pain* semakin rendah (Faizatul Ummah, 2012).

B. ANALISIS RISIKO *LOW BACK PAIN* BERDASARKAN PARITAS PADA IBU HAMIL

Hasil risiko *low back pain* berdasarkan paritas adalah 0,83, dimana ibu hamil dengan paritas (OR=0,83 CI=95%) kali lipat lebih besar mengalami kejadian *low back pain* dibanding dengan ibu hamil belum pernah melahirkan (nullipara), namun tidak bermakna. Pendapat yang sama dengan hasil penelitian penulis ini dikemukakan oleh Ingrid M, Mogren dkk juga mengungkapkan bahwa pada hasil penelitiannya tidak menemukan adanya risiko antara paritas dan low back pain dan bagaimanapun hasil harus di interpretasikan dengan resiko-resiko lainnya (pohjanen, 2015). Selain itu pendapat Malin Eberhard-Gran dkk menyatakan paritas mempunyai risiko pada

kejadian low back pain. Namun masih perlu dikaji di penelitian selanjutnya (Elisabeth K. Bjelland, 2010). Kemudian penelilitian Faizatul Ummah menyatakan ada risiko kejadian *low back pain* berdasarkan paritas pada ibu hamil, namun secara statistik tidak signifikan. Semakin tinggi paritas (jumlah kehamilan), maka risiko kejadian *low back pain* akan semakin meningkat (Faizatul Ummah, 2012).

Pendapat yang berlainan dengan hasil penelitian ini yang menyatakan keterkaitan antara Paritas dengan kejadian *Low Back Pain* selama masa kehamilan memiliki risiko namun tidak secara langsung. Faktor resiko yang sering dijumpai pada wanita hamil yang mengalami *Low Back Pain* adalah salah satunya Paritas (Mota et al, 2015). Menurut penelitian Marjan D. Nijkamp, 2013 dari semua variabel yang diteliti (paritas, usia, pendidikan, massa tubuh indeks dan nyeri punggung sebelum kehamilan) hanya paritas yang menunjukkan risiko dengan keluhan *low back pain* pada ibu hamil. trimester kehamilan kedua tampaknya merupakan trimester yang berdampak buruk karena keluhan nyeri akan muncul pada trimester ini. (Elisabeth K. Bjelland, 2010).

Low back pain merupakan salah satu ketidaknyamanan yang paling umum dirasakan oleh ibu hamil selama masa kehamilan. *Low back pain* yang terjadi pada kehamilan seiring dengan membesarnya rahim dengan adanya pertumbuhan janin titik berat tubuh lebih condong ke depan sehingga ibu hamil harus menyesuaikan posisinya untuk mempertahankan keseimbangan, akibatnya tubuh akan berusaha menarik bagian punggung agar lebih ke belakang, tulang punggung bagian bawah pun lebih melengkung (lordosis)

serta otot-otot tulang belakang memendek (Mafikasari dan Kartikasari, 2015). Hal ini menyebabkan ketegangan pada otot -otot dan ligamen punggung sehingga menimbulkan sakit pada punggung dan sering dirasakan (Reeder et al, 2018). Gejala Low back pain ini juga terjadi karena peningkatan hormon relaksin yang diproduksi selama kehamilan akan membuat persendian tulang panggul (simfisis pubis, sakroiliaka, & sakrokosigeal) merenggang sebagai persiapan proses melahirkan, keadaan ini menyebabkan ketegangan pada otot punggung dan paha. Hal ini dapat mempertinggi resiko terjadinya nyeri (Widatiningsih dan Dewi, 2017). *Low back pain* juga dapat merupakan akibat karena membungkuk yang berlebihan, berjalan tanpa istirahat, memakai sepatu tumit tinggi, dan angkat beban, terutama bila kegiatan yang dilakukan saat wanita tersebut sedang lelah. Aktivitas-aktivitas tersebut duduk berbaring, berdiri, dan berjalan yang salah (Tarsikah dan Silfiana, 2017).

Untuk mencegah perkembangan *low back pain* yang lebih parah, penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko di awal kehamilan. Selain faktor paritas disebutkan oleh Albert et al,2013 , dapat disimpulkan dari penelitian ini kemungkinan faktor biomekanik juga dapat menimbukan terjadinya low back pain,berat badan yang berlebih, postur yang salah akan memberikan resiko penekanan pada area tulang belakang sehingga menimbulkan nyeri. Serta hormon juga dapat menimbulkan ketegangan pada otot pinggang dan paha.

Pada kehamilan, akan terjadi perubahan pelvis menjadi sedikit berputar kedepan karena pengaruh hormonal dan kelemahan ligament. Pada keadaan hiperekstensi tulang belakang terjadi pergesekan antara kedua facet dan menjadikan tumpuan berat badan, sehingga permukaan sendi tertekan, keadaan

ini akan menimbulkan rasa nyeril. Kadang - kadang dapat mengiritasi saraf ischiadicus. Dan apabila terjadi penyempitan pada bantalan tulang belakang. nyeri akan bertambah hebat. Keadaan ini akan menimbulkan ketidakseimbangan antara otot perut dan otot punggung.

Pada kehamilan timbulnya keluhan nyeri pada pinggang bagian bawah disebabkan akibat pengaruh hormon yang menimbulkan gangguan pada substansi dasar bagian penyangga dan jaringan penghubung sehingga mengakibatkan menurunnya elastisitas dan fleksibilitas otot. Selain itu, juga disebabkan oleh faktor mekanika yang mempengaruhi kelengkungan tulang belakang oleh perubahan sikap statis dan penambahan berat badan selama ibu hamil (Botoding, 2008).

Maka dari itu penting bagi ibu hamil untuk melakukan peregangan seperti senam hamil agar postur tetap terjaga semasa kehamilan. Meskipun banyak wanita mengalami sakit *low back pain* selama kehamilan akhir (1-3), banyak dari mereka dengan cepat pulih setelah melahirkan (1,28). Sebagian kecil wanita masih mengalami nyeri *low back pain* hingga 2 tahun pasca persalinan (Albert H, 2010). *Low back pain* yang tersisa setelah kehamilan bisa memiliki dampak besar pada fungsi dalam kehidupan sehari-hari (Nielsen LL. Clinical findings, 2010). Oleh karena itu, penelitian ini di masa depan harus lebih memperhatikan prediksi dan deteksi dini *low back pain* yang tersisa rasa sakit setelah kehamilan.

Untuk menghindari masalah selama proses kehamilan atau sebelum terjadi nyeri pinggang saat hamil, ibu hamil harus rajin melakukan latihan – latihan ringan (senam hamil). Kegiatan ini sangat baik untuk ibu hamil karena dapat

mengurangi rasa nyeri pada pinggang, merileksikan otot – otot belakang dan memperkuat dasar panggul serta memelihara jarak gerak pelvic yang sangat membantu pada saat proses ersalinan. Selain itu, rasa nyeri dapat di atasi dengan massage secara ringan pada daerah yang mengalami nyeri yang efeknya memberikan rileks pada otot dan memperlancar sirkulasi darah

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan dalam kaitannya dengan hasil analisa dan banyak faktor pengganggu yang tidak diteliti lebih lanjut pada penelitian ini seperti indek massa tubuh, depressi dan usia yang dapat mempengaruhi terjadinya *low back pain.*

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Dari hasil penelitian pada ibu hamil yang sudah pernah melahirkan (paritas) cenderung memiliki risiko lebih besar mengalami *low back pain* dibandingkan ibu hamil belum pernah melahirkan (nullipara), namun tidak bermakna.

B. SARAN

Dari hasil penelitian diharapkan untuk para akademisi lain dapat mendalami lebih lanjut mengenai faktor risiko apa saja yang menyebabkan low back pain pada ibu hamil dengan melihat faktor-faktor risiko yang tidak dianalisis seperti usia kehamilan, biomekanik, postur. Oleh sebab itu disarankan penting bagi ibu hamil untuk melakukan peregangan seperti senam hamil agar postur tetap terjaga semasa kehamilan. Hasil penelitian ini belum bisa diberikan kepada tempat penelitian dan masyarakat, karena hasil yang didapat tidak bermakna.

DAFTAR PUSTAKA

Aulia, wardatun ishani 2018. Pengaruh *back exercise* terhadap low back pain pada ibu hamil. *URI http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/22941*

Agnieszka Opala-Berdzik, Janusz W. Błaszczyk, Bogdan Bacik, Joanna CieślińskaŚwider, Dariusz Świder, Grzegorz Sobota, Andrzej Markiewicz. (2015).*Static Postural Stability in Women during and after Pregnancy: A Prospective Longitudinal Study.*

Annelie Gutke, RPT, Ann Josefsson, MD, PhD, and Birgitta O˙berg, PhD 2007. *Pelvic Girdle Pain and Lumbar Pain in Relation toPostpartum Depressive Symptoms*. Jun 1;32(13):1430-6. DOI:10.1097/BRS.0b013e318060a673

Albert HB, Godskesen M, Korsholm L, Westergaard JG 2006. *Risk factors in developing pregnancy-related pelvic girdle pain.*;85(5):539-44. DOI: 10.1080/00016340600578415

Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al, 2016; *Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort* studies. BMJ. 2016 Apr 19353:i1753. doi: 10.1136/bmj.i1753.

Carvalho MECC, Lima LC, de Lira Terceiro CA, Pinto DRL, Silva MN, Cozer GA, Couceiro TCM 2017. *Low back pain during pregnancy* May - Jun;67(3):266-270. doi: 10.1016/j.bjan.2016.03.002. Epub 2016 May 21. (PubMed)

Dr Colin Tidy, 2019.
Gravidity and *Parity Definitions Implications in Risk*

Era Vermani, FRCA; Rajnish Mittal, FRCS; Andrew Weeks, MRCOG 2010. *Pelvic Girdle Pain and Low BackPain in Pregnancy: A Review* Jan-Feb;10(1):60-71. doi: 10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x. Epub 2010 Oct 26.

Esther C. Bakker Carola W. van Nimwegen-Matzinger Winneke Ekkel-van der Voorden Marjan D 2013. Nijkamp Trijntje Völlink .*Psychological determinants of pregnancy-related lumbopelvic pain: a prospective cohort* study 06 March 2013 https://doi.org/10.1111/aogs.12131

Elisabeth K. Bjelland, MSc; Anne Eskild, MD, PhD; Rune Johansen, PhD; Malin Eberhard-Gran, MD, PhD 2010. *Pelvic girdle pain in pregnancy: the impact*

of parity August 2010, Pages 146.e1-146.e6 https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.03.040

E.K. Bjelland, P. Kritiansson, H.Nordeng, S. Vagen dan M. Eberhard-Gran, 2013. *Hormonal Contraseption and Pelvic Girdle Pain During Pregnancy; a Population Study Of 91 721 Pregnancies in the Norwegian Mother and Child Cohort*

Fritz JM, Irrgang JJ. *A comparison of a modified Oswestry low back pain disability questionnaire and the Quebec back pain disability scale.* Phys Ther 2001; 81: 776-88

Fairbank JC, Pynsent PB 2000. The *Oswestry Disability Index.* Spine 2000;25:2940-52.

Florian Schwerla, MSc, DO (Germany); Katrin Rother, DO (Germany); Denis Rother, DO (Germany); Michaela Ruetz, MSc, DO (Germany); and Karl-Ludwig Resch, MD, PhD. (2015).*Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial.*

Hu CY, Li FL, Jiang W, et al, 2018; Pre-*Pregnancy Health Status and Risk of Preterm Birth: A Large, Chinese, Rural, Population-Based Study.* Med Sci Monit. 2018 Jul 824:4718-4727. doi: 10.12659/MSM.908548.

Handa VL, Harvey L, Fox HE, et al, 2004; *Parity and route of delivery: does cesarean delivery reduce bladder symptoms later in life? Am J Obstet Gynecol.* 2004 Aug

Jaclyn M. Szkwara1, Wayne Hing1, Rodney Pope2 and Evelyne Rathbone 2019. *Compression shorts reduce prenatalpelvic and low back pain: a prospectivequasi-experimental controlled* study Jun 2019. doi: 10.7717/peerj.7080

Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, et al, 2009; *Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. Acta Obstet Gynecol Scand.* 200988(4):402-7.

Khadidiatou Ndiaye, Erin Portillo, Dieneba Ouedraogo,Allison Mobley, and Stella Babalola 2018. *High-Risk Advanced Maternal Age and High Parity Pregnancy: Tackling a Neglected Need Through Formative Research and Action.* Jun 27; 6(2): 370–380. Published online 2018 Jun 27. doi: 10.9745/GHSP-D-17-00417 PMCID: PMC6024617

Kemenkes RI,2016. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Mafikasari & Kartikasari, 2015 prevalensi low back pain pada ibu peserta senam hamil *http://eprints.umm.ac.id/43345/2/jiptummpp-gdl-rizqiatula-50224-2-babi.pdf*

Mota MJ, Cardoso M, Carvalho A, Marques A, Sá-Couto P, Demain S 2015. *Women's experiences of low back pain during pregnancy.*;28(2):351-7. doi: 10.3233/BMR-140527. (PubMed)

Malmqvist S, Kjaermann I, Andersen K, Økland I, Brønnick K, Larsen JP 2012. *Prevalence of low back and pelvic pain during pregnancy in a Norwegian population.* May;35(4):272-8. doi: 10.1016/j.jmpt.2012.04.004.

Opara EI, Zaidi J, 2007; The *interpretation and clinical application of the word 'parity': a survey.* BJOG. 2007 Oct114(10):1295-7.

P.Katonis, A Kampouroglou, A Aggelopoulos, K Kakavelakis, S Lykoudis, A Makrigiannakis, and K Alpantaki, 2011. *Pregnancy-related low back pain.* Jul-Sep; 15(3): 205–210. PMCID: PMC3306025 PMID: 22435016

R.Amaliyah, 2017. prevalensi *low back pain* pada ibu peserta senam hamil di Kota Malang. http://eprints.umm.ac.id/43345/2/jiptummpp-gdl-rizqiatula-50224-2-babi.pdf

Roman H, Robillard PY, Verspyck E, et al, (2004); *Obstetric and neonatal outcomes in grand multiparity. Obstet Gynecol.* 2004 Jun103(6):1294-9.

Sarah Fogarty, Catherine McInerney, Cath Stuart,Phillipa Hay. (2018). *The side effects and mother or child related physical harm from massage during pregnancy and the postpartum period: an observational study.*

Steven D Manyozo, Tarimo Nesto, Phylos Bonongwe, and Adamson S Muula Malawi 2019. *Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre,* Mar; 31(1): 71–76. doi: 10.4314/mmj.v31i1.12 (PubMed)

UNICEF Indonesia, 2012. Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak 2012.

Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN 2004. *Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes.* Jul;104(1):65-70. DOI:10.1097/01.AOG.0000129403.54061.0e [Indexed for MEDLINE]

Waldenstrom U, Ekeus C; *Risk of labor dystocia increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Sep96(9):1063-1069. doi: 10.1111/aogs.13167. Epub 2017 Jun 20.

Waldenstrom U, Cnattingius S, Vixner L, et al; *Advanced maternal age increases the risk of very preterm birth, irrespective of parity: a population-based*

register study. BJOG. 2017 Jul124(8):1235-1244. doi: 10.1111/1471-0528.14368. Epub 2016 Oct 21.

Waldenstrom U, Ekeus C, 2017; *Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study.* BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Sep 1517(1):306. doi: 10.1186/s12884-017-1473-7.

WHO, 2018. *Maternal Mortality*. tersediadi: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Wei-Ping Lu., Min-Shan Lu., Zong-Hua Li, Cai-Xia Zhang. (2014). *Effects of Multimicronutrient Supplementation during Pregnancy on Postnatal Growth of Children under 5 Years of Age: AMeta-Analysis of Randomized Controlled Trials.*

LAMPIRAN I

Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan Protokol Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN BOGOR
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl.KSR. Dadi Kusmayadi Komplek Pemda Kel. Tengah Cibinong-Bogor 16914 Telp/Fax. (021) 8758836

Cibinong 8 April 2019

Nomor : 070 / 662 -Kesbangpol
Lampiran :
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth 1 Kepala Dinas Kesehatan
2 Camat Leuwiliang
Kabupaten Bogor
di -
Tempat

Dasar
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
2. Peraturan Bupati Bogor Nomor 29 Tahun 2013 Tentang Uraian Tugas Jabatan Struktural Pada Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik
3. Surat dari : **Dekan Fakultas Fisioterapi Universitas Binawan** Nomor : **038/PM/UBINAWAN.FFT.FT/IV/19** Tanggal : **5 April 2019** Perihal : **Permohonan Izin Untuk Melakukan Penelitian.**

Atas dasar tersebut di atas, dengan ini kami memberikan **Rekomendasi** dilaksanakannya kegiatan **Penelitian** yang dilakukan oleh

Nama Ketua	: Ely Julianto
Alamat	: Jl. Kalibata Timur No. 10 RT/RW 001/010 Kec. Pancoran Kel. Kalibata
Penanggung Jawab	: Dra. Imam Waluyo, Smph, MSA
Jumlah Peserta	: 40 tempat Puluh) orang
Judul Penelitian	: Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0 – 60 Bulan (balita) pada Desa Dengan Populasi Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019
Waktu	: 9 April s d 9 Mei 2019
Tempat	: Kecamatan Leuwiliang Kabupaten Bogor

dengan ketentuan :
1. Mentaati seluruh ketentuan Peraturan Perundang-undangan / Peraturan Daerah yang berlaku di Kabupaten Bogor
2. Tidak diperkenankan melaksanakan kegiatan di luar ketentuan yang ditetapkan di atas
3. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, agar yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Bupati Bogor melalui Kepala Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bogor

Demikian atas perhatian dan bantuannya kami ucapkan terima kasih

An. KEPALA
Plt Kasie Idwasbang

Drs. H. SUJANA AZHARI
Penata Tingkat I
NIP 196703011993031005

Tembusan Kepada
Yth 1 Bupati Bogor (sebagai laporan)
2 Dekan FFT – Universitas Binawan

LAMPIRAN II

Surat Penjelasan Sebelum Persetujuan

Lembaran Persetujuan Setelah Penjelasan
Program Studi Fisioterapi
Fakultas Fisioterapi Universitas Binawan

Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang 2019

Selamat pagi ibu, sehubung dengan di adakan penelitian yang berjudul **Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil Dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0 – 60 Bulan (Balita) Pada Desa Dengan Populasi Subjek Terbesar Dan Terkecil Di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019** oleh sebab itu kami mengharapkan keikut sertaan ibu dalam penelitian yang bertujuan untuk melihat identitas individu ibu, riwayat kehamilan dan persalinan terakhir, kondisi fisik, kesehatan mental, riwayat penyakit, faktor lingkungan, karakteristik ibu, identitas individu anak, kognitif anak, perkembangan anak, riwayat kelahiran dan imunisasi, kondisi fisik neonatus dan nutrisi.

Dalam penelitian ini ibu yang berpartisipasi sejumlah 100 orang. Ibu akan diwawancara dengan diminta menjawab pertanyaan tentang :

- Identitas individu;
- Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir melitupi jumlah anak, jenis persalinan terakhir, jenis persalinan sebelum nya;
- Kesehtan mental meliputi, depresi, kecemasan, emosi , setres dan riwayat pengalaman buruk masa kecil;
- Riwayat penyakit yang mencakup sakit pinggang, infeksi saluran pernafasan akut , diare, campak, asma dan batuk parah yang menular (TBC);
- Faktor lingkungan meliputi perokok pasif, paparan pertisida dan paparan insektisida;.

Dan pemeriksaan seperi tinggi badan, berat badan, tekanan darah, denyut nadi, rasio pernafasan, suhu tubuh.

Sedangkan anak yang berpartisipasi sejumlah 200 orang. Ibu yang memiliki anak akan diwawancara dengan diminta menjawab pertanyaan tentang :

- Identitas individu anak;
- Karakteristik ibu meliputi pendidikan ibu , pekerjaan ibu, penghasilan, parietas, dan usia ibu;
- Perkembangan kognitif ;
- Perkembanga motorik;
- Riwayat kelahiran dan imunisasi meliputi prematur dan imunisasi;
- Kondisi neonatus meliputi berat badan lahir ringan ;

- Nutrisi meliputi air susu ibu , Makanan Pendamping air susu ibu, anak kurus dan anak pendek;.

Dan pemeriksaan seperti tinggi badan, berat badan, lingkar kepala, lingakar lengan atas, dan tes seperti merespon kata ,merespon pertanyaan ,mengingat peristiwa, mencari gambar, mengenali warna dan binatang, melipat kertas, bangun dari duduk ke berdiri, berjalan, dan menyusun kubus.

Hasil penelitian di atas akan menjadi informasi untuk keperluan ilmiah dan tidak di sebar luas kan serta akan di jaga kerahasiaannya. Kegiatan ini bersifat sukarela dan tampa ada paksaan, ibu berhak menolak untuk ikut dalam penelitian ini. Bila ibu telah memutuskan untuk ikut, ibu berhak untuk mundur setiap saat. Apabila ada hal - hal yang kurang jelas atau ada keluhan, ibu dapat menghubungi tim peneliti. dan apabila memerlukan penjelasan dan hal yang diperlukan, ibu dapat menghubungi :

1. Dr. Dwi Ratna, SH. M.KK, M.Si (08111693800)
2. Mona Septarini (082175781591)

LAMPIRAN III

Surat Meminta Izin Untuk Melakukan Penelitian

UNIVERSITAS BINAWAN

Nomor : 037/PM/UBINAWAN.FFT FT/IV/19
Perihal : Permintaan Izin Untuk Melakukan Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kab.Bogor
Di Tempat,

Dengan Hormat,

Dalam rangka penerapan Tri Dharma Perguruan Tinggi terkait penelitian dan pengabdian masyarakat, Universitas Binawan dengan Kecamatan Leuwiliang telah bekerjasama untuk menjadikan Kec.Leuwiliang sebagai "Daerah Binaan" Universitas Binawan yang sudah disepakati dalam Nota Kerjasama No.001/UBINAWAN/REK/*MoU*/IX/18.

Sehubungan dengan hal tersebut pelaksanaan penelitian dosen dan mahasiswa Program Studi Fisioterapi Univeritas Binawan akan dilaksanakan di beberapa desa/wilayah di Kec.Leuwiliang dengan judul "Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil dan Tumbuh Kembang Anak Usia 0 – 60 Bulan Pada Desa Populasi Terbesar dan Terkecil di Kecamatan Leuwiliang Tahun 2019"

Demikian surat ini dibuat. atas perhatian serta kerjasamanya, kami ucapkan banyak terima kasih.

Jakarta, 04 April 2019

Universitas Binawan
Fakultas Fisioterapi,

Dr. Hanif Waluyo, Smph, MBA

KAMPUS BINAWAN
Jl. Dewi Sartika - Jl. Kalibata Raya Jakarta Timur 13630 INDONESIA
Telp. (62-21) 80880882, Fax (62-21) 80880883

LAMPIRAN IV

Lembar Infom Consent

Program Studi Fisioterpi Universitas Binawan
Jl. Kalibata Raya No. 25-30 Jakarta 13630
Phone : (62-21) 80880882

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah mendengar informasi yang telah di sampaikan berkaitan penelitian , serta menyadari manfaat dari penelitian ini, saya :

Nama : Yanti

Usia : 30 tahun

Alamat : Kp Bojong tengah

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh program studi fisioterapi universitas binawan tentang **"Gambaran Kondisi Kesehatan Ibu Hamil, dan Tumbuh Kembang Anak usia 0 – 60 bulan (balita) pada Desa dengan populasi subjek terbesar dan terkecil di Kecamatan Leuwiliang tahun 2019"** tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bogor, 13 April 2019

Penanggung jawab

(M. Rhazi)

Responden

(Yanti)

Saksi

(Nindy Diar)

LAMPIRAN V

Kuesioner

BLOK E. RIWAYAT PENYAKIT

				Kode A
		1. Oswestry Disability Index (Low back pain)		
1.	Intensitas Nyeri	1. Rasa sakit datang dan pergi dan sangat ringan 2. Rasa sakit yang ringan dan tidak berbeda jauh 3. Rasa sakit datang dan pergi dan moderat 4. Rasa sakit yang moderat dan tidak berbeda jauh 5. Rasa sakit datang dan pergi dan sangat parah 6. Sakit parah dan tidak berbeda jauh	0 1 2 3 4 5	
2.	Perawatan Pribadi	1. Saya tidak akan mengubah cara saya mencuci atau berpakaian dalam rangka untuk menghindari rasa sakit 2. Saya biasanya tidak mengubah cara saya mencuci atau bahkan berpakaian meskipun menyebabkan rasa sakit 3. Mencuci dan berpakaian meningkatkan ras sakit tapi aku berhasil untuk tidak mengubah cara melakukannya 4. Mencuci dan berpakaian meningkatkan rasa sakit dan saya merasa perlu untuk mengubah cara saya melakukannya	0 1 2 3 4 5	
3.	Mengangkat Beban	1. Saya bisa mengangkat beban berat tanpa rasa sakit ekstra 2. Saya bisa mengangkat beban berat, tetapi menyebabkan rasa sakit ekstra 3. Nyeri mencegah saya dari mengangkat beban berat dari lantai, tapi saya mengelola jika mereka nyaman diposisiskan (misalnya,diatas meja) 4. Nyeri mencegah saya dari mengangkat beban berat dari lantai 5. Nyeri mencegah saya dari mengangkat beban berat, tapi aku bisa mengatur cahaya untuk bobot	0 1 2 3 4 5	
4.	Berjalan	1. Saya tidak merasa sakit pada saat berjalan 2. Saya tidak merasa sakit pada saat berjalan, tetapi tidak meningkatkan dengan jarak 3. Saya tidak bisa berjalan lebih dari satu kilometer tanpa rasa sakit meningkat 4. Saya tidak bisa berjalan lebih dari 800 eter tanpa rasa sakit meningkat 5. Saya tidak bisa berjalan lebih dari 40 meter tanpa rasa sakit meningkat 6. Saya tidak bisa berjalan sama sekali tanpa	0 1 2 3 4 5	

5.	Duduk	1. Saya bisa duduk di kursi apapun selama saya suka 2. Saya hanya bisa duduk di kursi favorit saya selama saya suka 3. Nyeri mencegah saya dari duduk lebih dari satu jam 4. Nyeri mencegah saya dari duduk lebih dari ½ jam	0 1 2 3 4 5	
6.	Berdiri	1. Saya bisa berdiri selama saya inginkan tanpa rasa sakit 2. Saya merasa sakit pada saat berdiri, tetapi tidak meningkat dengan waktu 3. Aku tidak tahan selama lebih dari satu jam karna meningkatkan rasa nyeri 4. Aku tidak tahan selama lebih dari ½ jam karna meningkatkan rasa nyeri	0 1 2 3 4	

BLOK B. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN TERAKHIR

		Kode A				
1. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN						
1.	Jumlah Anak					

LAMPIRAN VI

Hasil Pengolahan Data Komputer

5.2 Frekuensi Paritas dan Low Back Pain

Paritas

Statistics

PARITAS

N	Valid	56
	Missing	0

PARITAS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sudah pernah melahirkan (paritas)	41	73.2	73.2	73.2
	belum pernah melahirkan (nullipara)	15	26.8	26.8	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

Low Back Pain

Statistics

LBP

N	Valid	56
	Missing	0

LBP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak low back pain	28	50.0	50.0	50.0
	low back pain	28	50.0	50.0	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

5.2 Resiko Paritas Terhadap Kejadian Low Back Pain

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PARITAS * LBP	56	100.0%	0	0.0%	56	100.0%

PARITAS * LBP Crosstabulation

			LBP		
			tidak low back pain	low back pain	Total
PARITAS	sudah pernah melahirkan (paritas)	Count	20	21	41
		% within PARITAS	48.8%	51.2%	100.0%
		% within LBP	71.4%	75.0%	73.2%
		% of Total	35.7%	37.5%	73.2%
	belum pernah melahirkan (nullipara)	Count	8	7	15
		% within PARITAS	53.3%	46.7%	100.0%
		% within LBP	28.6%	25.0%	26.8%
		% of Total	14.3%	12.5%	26.8%
Total		Count	28	28	56
		% within PARITAS	50.0%	50.0%	100.0%
		% within LBP	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.091[a]	1	.763		
Continuity Correction[b]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.091	1	.763		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.089	1	.765		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.040	.133	-.302	.763
	Kendall's tau-c	-.036	.118	-.302	.763
N of Valid Cases		56			

a. Not assuming the null hypothesis.

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

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PARITAS (sudah pernah melahirkan (paritas) / belum pernah melahirkan (nullipara))	.833	.255	2.725
For cohort LBP = tidak low back pain	.915	.518	1.614
For cohort LBP = low back pain	1.098	.592	2.036
N of Valid Cases	56		

Tests of Homogeneity of the Odds Ratio

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Breslow-Day	.000	0	
Tarone's	.000	0	

Tests of Conditional Independence

	Chi-Squared	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Cochran's	.091	1	.763
Mantel-Haenszel	.000	1	1.000

Under the conditional independence assumption, Cochran's statistic is asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution, only if the number of strata is fixed, while the Mantel-Haenszel statistic is always asymptotically distributed as a 1 df chi-squared distribution. Note that the continuity correction is removed from the Mantel-Haenszel statistic when the sum of the differences between the observed and the expected is 0.

Mantel-Haenszel Common Odds Ratio Estimate

Estimate			.833
ln(Estimate)			-.182
Std. Error of ln(Estimate)			.605
Asymp. Sig. (2-sided)			.763
Asymp. 95% Confidence Interval	Common Odds Ratio	Lower Bound	.255
		Upper Bound	2.725
	ln(Common Odds Ratio)	Lower Bound	-1.367
		Upper Bound	1.003

The Mantel-Haenszel common odds ratio estimate is asymptotically normally distributed under the common odds ratio of 1.000 assumption. So is the natural log of the estimate.

LAMPIRAN VII

JARING LABA-LABA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS



BIODATA

Nama	: Syahri Yusmita
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir	: Bawan, 03 Desember 1995
Alamat	: Jl. Mampang Prapatan No.66 Duren Tiga Jakarta Selatan
Agama	: Islam

RIWAYAT PENDIDIKAN

No	Jenjang Pendidikan	Nama Institusi Pendidikan	Tahun
1	SD	SD N 15 Pudung	2001-2007
2	SMP	MTS s BPP Bawan	2007-2010
3	SMA	SMA N 2 Lubuk Basung	2010-2013
4	DIII	Politeknik Kesehatan Siteba Padang	2013-2016

Jakarta, Januari 2020

(Syahri Yusmita)