

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)

a. Definisi

KMK (Kekurangan Massa Kecil) didefinisikan sebagai kondisi di mana berat badan bayi berada di bawah persentil 10 atau kurang dari atau sama dengan 2 standar deviasi, sesuai dengan usia kehamilan. (Irianti *et al.*, 2022)

Definisi ini menunjukkan bahwa bayi yang mengalami KMK memiliki berat badan yang lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata populasi normal atau berat badan yang telah ditetapkan untuk kelompok usia kehamilan tertentu. Ponderal index merupakan sebuah formula yang dirancang untuk mengidentifikasi massa jaringan lunak pada bayi. Formula ini penting karena dapat membantu mendeteksi kondisi di mana perkembangan jaringan lunak tidak sejalan dengan perkembangan skeletal. Dengan demikian, Ponderal index yang berada di bawah persentil 10 dapat digunakan sebagai alat untuk mengidentifikasi bayi yang mengalami Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT). (Deligiannidis *et al.*, 2021)

Namun, penting untuk dipahami bahwa tidak semua bayi yang didiagnosis dengan PJT akan dikategorikan sebagai KMK. Hal ini karena PJT mencakup berbagai faktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan

janin, dan kondisi ini tidak selalu diukur hanya melalui berat badan.(Miftachuljannah, Hidayah and Setyawan, 2024) Di sisi lain, meskipun bayi dikategorikan sebagai KMK, mereka tidak selalu mengalami restriksi pertumbuhan yang disebabkan oleh faktor-faktor tertentu. Penilaian harus melibatkan pengukuran berat badan, *Ponderal index*, serta faktor-faktor lain yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi, sehingga diagnosis dan intervensi yang tepat dapat dilakukan untuk mendukung kesehatan bayi.(Irianti *et al.*, 2022)

KMK tidak dapat didefinisikan secara langsung. Hal ini membutuhkan beberapa persyaratan, seperti:

- 1) Pengetahuan yang akurat tentang usia kehamilan (idealnya berdasarkan pemeriksaan USG pada trimester pertama usia kehamilan)
- 2) Pengukuran yang tepat pada saat kelahiran meliputi berat badan, panjang badan, dan lingkaran kepala,
- 3) Patokan terhadap data referensi dari populasi yang relevan. Patokan ini memiliki berbagai variasi pada persentil ke-10, 3, atau kurang dari 2 SD dari nilai rata-rata (persentil ke 2).

Beberapa penelitian menjelaskan tentang definisi KMK sebagai berat atau panjang lahir dibawah persentil 3, 5, atau 10 sesuai masa kehamilan, meskipun 2 SD secara umum digunakan untuk mengelompokkan sebagian besar bayi dengan gangguan pertumbuhan pada saat janin. Sejumlah penelitian mendefinisikan pola pertumbuhan dan respon pasien terhadap

pengobatan Growth Hormon dengan menggunakan -2 SD sebagai cutoff untuk KMK. Secara luas deskripsi KMK mencakup berat badan lahir rendah tetapi panjang lahir normal, sebaliknya, bayi yang lahir dengan panjang badan yang pendek dengan berat badan lahir normal, beberapa anak yang lahir dengan KMK memiliki panjang dan berat badan lahir yang rendah. Karenanya, bayi yang lahir dengan KMK dapat diklasifikasikan sebagai KMK dengan berat badan rendah, KMK dengan panjang badan rendah, atau KMK dengan berat dan panjang badan yang rendah.(Lin *et al.*, 2024)

2. Etiologi KMK

Membahas etiologi dari *Small Gestational Age* (SGA) atau KMK memerlukan analisis mendalam mengenai berbagai faktor fisiologis yang mempengaruhi pengukuran berat badan saat lahir. Ini mencakup baik faktor patologi yang berdampak langsung maupun tidak langsung terhadap pertumbuhan janin. Penyebab bayi KMK dapat diidentifikasi, meskipun tidak selalu secara pasti, dan mekanisme yang mendasarinya beragam serta dapat mempengaruhi penanganan kondisi ini.(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014)

Salah satu mekanisme utama yang terkait adalah metabolisme abnormal yang dapat mempengaruhi cara pengelolaan bayi dengan KMK. Perlu dicatat bahwa diagnosis yang berkaitan dengan faktor keluarga, seperti perawakan pendek, *sindrom Turner*, sindrom perawakan pendek lainnya, defisiensi

Hormon Pertumbuhan, atau displasia skeletal, tidak seharusnya disamakan dengan klasifikasi KMK. Kelemahan pertumbuhan pada janin dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk faktor maternal, kondisi plasenta, serta keadaan janin itu sendiri. Setiap faktor ini berkontribusi pada kompleksitas diagnosis dan pengelolaan bayi dengan KMK, sehingga pemahaman yang mendalam tentang etiologi sangat penting dalam konteks perawatan dan intervensi yang tepat. (Bonaventure *et al.*, 2024)

- a. Faktor maternal: umur, paritas, kondisi medis seperti hipertensi (preeklampsia, eklampsia), infeksi (biasanya *toxoplasmosis*, *rubella*, *cytomegalovirus*, dan *herpesvirus*), malnutrisi, penggunaan alkohol, merokok, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pekerjaan ibu, jumlah kehamilan, riwayat anemia pada kehamilan ini, IMT ibu selama kehamilan, nutrisi ibu selama kehamilan, riwayat KMK pada kehamilan sebelumnya.
- b. Faktor plasenta: meliputi ketidaksesuaian antara perfusi plasenta dan oksigenasi janin, pemeriksaan plasenta oleh patologis dapat membantu menemukan penyebabnya termasuk vaskular.
- c. Faktor janin: kromosom abnormal, dan kerusakan genetika, tes genetik khusus dan atau konsultasi dengan ahli genetika sangat berguna.

- 1) Pre-eklampsia

- a) Definisi

Preeklampsia diartikan sebagai kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan adanya disfungsi plasenta dan

respon maternal terhadap adanya inflamasi sistemik dengan aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu.(Nabella, 2021) Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria*). Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi dipakai sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal.(Pratiwi, 2020)

Preeklampsia juga diartikan sebagai suatu kondisi yang ditandai oleh peningkatan tekanan darah setelah minggu ke-20 kehamilan, dengan nilai tekanan darah mencapai atau melebihi 140/90 mmHg. Untuk diagnosis yang tepat, pengukuran tekanan darah ini harus dilakukan dua kali dengan interval waktu 4 jam. Selain itu, preeklampsia juga ditandai dengan adanya proteinuria, yaitu keberadaan protein dalam urine, yang melebihi 300 mg dalam periode 24 jam.(Handayani, Solama and Hipson, 2023)

Kondisi ini dapat digolongkan menjadi dua kategori berdasarkan keparahannya, yaitu preeklampsia ringan dan preeklampsia berat. Preeklampsia ringan biasanya memiliki gejala yang kurang serius dan dapat dikelola dengan pemantauan yang lebih ketat. Sementara itu, preeklampsia berat cenderung menunjukkan gejala yang lebih serius dan berpotensi mengancam keselamatan ibu dan janin, sehingga memerlukan penanganan medis yang lebih intensif. Pengetahuan mengenai pembagian ini penting untuk pengelolaan dan penanganan yang tepat selama kehamilan. (Hipson and Musriah, 2020)

b) Etiologi Preeklampsia

Terdapat beberapa teori yang diduga sebagai etiologi dari preeklampsia, meliputi:

(1) *Abnormalitas invasi trofoblas*

Abnormalitas invasi trofoblas terjadi ketika proses *invasi trofoblas* tidak berjalan dengan baik atau tidak sempurna, yang mengakibatkan kegagalan dalam remodeling arteri spiral. Akibatnya, aliran darah menuju *lakuna hemokorioendotel* menjadi kurang optimal. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu yang lama, dapat menyebabkan hipoksia atau kekurangan oksigen pada plasenta. Hipoksia yang berkepanjangan dapat merusak sel endotel di plasenta, yang selanjutnya memperburuk

tingkat hipoksia. Produk yang dihasilkan dari kerusakan pembuluh darah ini kemudian dapat terlepas dan masuk ke dalam aliran darah ibu, yang pada gilirannya memicu gejala klinis preeklampsia. (Muzalfah, Santik and Wahyuningsih, 2018)

(2) *Maladaptasi imunologi antara maternal-plasenta (paternal)-fetal*

Maladaptasi imunologi antara maternal, plasenta (paternal), dan fetal dimulai pada awal trimester kedua pada wanita yang berisiko mengalami preeklampsia. Pada tahap ini, terjadi peningkatan sel T *helper tipe 1* (Th1) dan perubahan rasio Th1/Th2. Perubahan ini disebabkan oleh reaksi inflamasi yang dipicu oleh mikropartikel dari plasenta dan sel adiposity. (Muzalfah, Santik and Wahyuningsih, 2018)

(3) *Maladaptasi kardiovaskular atau perubahan proses inflamasi dari proses kehamilan normal.*

Maladaptasi kardiovaskular selama kehamilan merujuk pada perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskular wanita untuk mengakomodasi kebutuhan pertumbuhan janin. Dalam kehamilan normal, tubuh mengalami peningkatan volume darah, penurunan resistensi pembuluh darah, dan peningkatan curah jantung. Proses ini diperlukan untuk memastikan pasokan

oksigen dan nutrisi yang memadai bagi janin. Namun, dalam beberapa kasus, maladaptasi dapat terjadi. Misalnya, peningkatan tekanan darah yang abnormal, seperti pada preeklamsia, menunjukkan adanya gangguan dalam proses ini. Reaksi inflamasi yang tidak normal dapat dipicu oleh faktor-faktor seperti stres oksidatif atau respons imun yang terganggu, yang berkontribusi pada kerusakan endotel dan peningkatan resistensi vascular. (Muzalfah, Santik and Wahyuningsih, 2018)

(4) Faktor genetik, termasuk faktor yang diturunkan secara mekanisme epigenetik

Faktor genetik, termasuk yang diturunkan melalui mekanisme epigenetik, memainkan peran penting dalam preeklamsia. Dari perspektif herediter, preeklamsia merupakan penyakit yang bersifat multifaktorial dan poligenik. Predisposisi genetik terhadap preeklamsia mungkin merupakan hasil interaksi dari ratusan gen yang diwariskan baik dari pihak ibu maupun ayah, yang mengatur fungsi enzimatik dan metabolisme di berbagai sistem organ. Faktor plasma yang diturunkan juga dapat berkontribusi terhadap terjadinya preeklamsia. (Muzalfah, Santik and Wahyuningsih, 2018)

(5) Faktor nutrisi, kurangnya intake antioksidan

Faktor nutrisi, khususnya kurangnya asupan antioksidan, juga berperan dalam preeklampsia. Konsumsi tinggi sayuran dan buah-buahan yang kaya antioksidan terkait dengan penurunan tekanan darah. Kejadian preeklampsia meningkat dua kali lipat pada wanita yang mengonsumsi asam askorbat kurang dari 85 mg. (Muzalfah, Santik and Wahyuningsih, 2018)

c) Diagnosis Preeklampsia

Terjadinya peningkatan tekanan sistolik sekurang-kurangnya 30 mmHg atau peningkatan tekanan sistolik 15 mmHg atau adanya tekanan sistolik sekurang-kurangnya 140 mmHg atau tekanan diastolik sekurang-kurangnya 90 mmHg atau lebih dengan kenaikan 20 mmHg atau lebih, ini sudah dapat dibuat sebagai diagnosis preeklampsia. (Zuhra and Fitri, 2023) Kriteria terbaru sudah tidak mengkategorikan preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat. Preeklampsia hanya ada dua kriteria yaitu preeklampsia dan preeklampsia berat, dengan kriteria diagnosis sebagai berikut:

(1) Preeklampsia

Preeklampsia tidak dapat dianggap sebagai kondisi yang sama hanya dengan adanya hipertensi saja; diagnosis ini memerlukan adanya gangguan pada organ tertentu yang diakibatkan oleh preeklampsia. Dalam banyak kasus, diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan keberadaan proteinuria, yaitu peningkatan kadar protein dalam urine. Namun, dalam situasi di mana proteinuria tidak terdeteksi, ada gejala atau gangguan lain yang dapat dijadikan sebagai petunjuk untuk menentukan diagnosis preeklampsia. Gejala ini mungkin termasuk peningkatan tekanan darah yang signifikan, pembengkakan (edema), gangguan fungsi hati, atau masalah dengan sistem pembekuan darah.(Nabella, 2021)

Kriteria minimal preeklampsia yaitu:(Nurul Aziza Andi M *et al.*, 2022)

- (a) Tekanan darah $>140/90$ mmHg yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan pada wanita dengan tekanan darah yang sebelumnya normal.
- (b) Protein urin melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstick $>+1$.

Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti dengan salah satu tanda gejala di bawah ini:

- (a) Gangguan ginjal: keratin serum 1,2 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- (b) Edema paru
- (c) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi traminas 2 kali normal dan atau adanya nyeri epigastrium/region kanan atas abdomen
- (d) Trombositopenia: trombosit

(2) Preeklampsia Berat

Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut didapatkan, dikategorikan menjadi kondisi pemberatan preeklampsia atau disebut dengan preeklampsia berat. Kriteria Preeklampsia berat, diagnosis preeklampsia dipenuhi dan jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawah ini:(Nurul Aziza Andi M *et al.*, 2022)

- (a) Tekanan Darah >160/100 mm Hg
- (b) Proteinuria: pada pemeriksaan carik celup (dipstrik) >+2 atau 2,0 g/24 jam
- (c) Gangguan ginjal: keratin serum 1,2 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya

- (d) Edema paru
- (e) Gangguan liver: peningkatan konsentrasi transaminas 2 kali normal dan atau adanya nyeri epigastrium/region kanan atas abdomen
- (f) Trombositopenia: trombosit < 100.000/microliter
- (g) Didapatkan gejala neurologis: nyeri kepala, stroke, dan gangguan penglihatan
- (h) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplacenta : oligohidramnion, Fetal Growth Restriction (FGR).

d) Faktor Risiko Preeklampsia(Nurul Aziza Andi M *et al.*, 2022)

- (1) Primipara
- (2) Riwayat kehamilan dengan preeklampsia
- (3) Hipertensi kronis atau penyakit gagal ginjal kronis atau keduanya
- (4) Riwayat trombofilia
- (5) Kehamilan multifetus
- (6) Fertilisasi in vitro
- (7) Diabetes mellitus tipe I atau tipe II
- (8) Obesitas
- (9) Usia kehamilan ibu tua (>40 tahun)

e) Dampak

(1) Gangguan Sirkulasi utero plasenta

Preeklamsia dapat menyebabkan gangguan sirkulasi utero-plasenta, yang berpotensi mengganggu suplai darah ke janin. Kondisi ini terjadi akibat peningkatan tekanan darah yang mempengaruhi fungsi pembuluh darah, menyebabkan *vasospasme* (penyempitan pembuluh darah) dan penurunan aliran darah ke plasenta. Hal ini berdampak pada oksigenasi dan pemberian nutrisi yang dibutuhkan janin untuk berkembang dengan baik. Gangguan sirkulasi plasenta ini dapat menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi, yang meningkatkan risiko terjadinya komplikasi, seperti *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) pada janin. Selain itu, jika aliran darah ke plasenta terganggu, dapat memicu kerusakan pada jaringan plasenta dan meningkatkan risiko kelahiran prematur, kelahiran dengan berat badan lahir rendah, bahkan hingga kematian janin dalam kasus yang lebih parah. (Pratiwi, 2020)

(2) Iskemia utero plasenta

Preeklampsia dapat menyebabkan iskemia pada uteroplacenta, yang merupakan salah satu dampak paling serius dari kondisi ini. Iskemia uteroplacenta terjadi ketika aliran darah ke plasenta terganggu akibat peningkatan tekanan darah yang

mengurangi suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh janin. Penurunan aliran darah ini menyebabkan plasenta tidak dapat berfungsi secara optimal dalam mendukung perkembangan janin, yang dapat berujung pada komplikasi seperti *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) atau kelahiran prematur. Iskemia uteroplasenta juga dapat meningkatkan risiko gangguan metabolik dan bahkan kematian janin. Selain itu, iskemia ini memperburuk kondisi preeklampsia dengan memperburuk kerusakan pembuluh darah dan meningkatkan risiko perdarahan atau solusio plasenta. (Zuhra and Fitri, 2023)

(3) Hambatas nutrisi dan oksigenasi

Preeklampsia mengganggu fungsi plasenta, yang berperan penting dalam mengalirkan darah, oksigen, dan nutrisi ke janin. Gangguan ini terjadi akibat peningkatan tekanan darah yang mengurangi aliran darah melalui pembuluh darah plasenta, yang menghambat pertumbuhan janin. Kondisi ini dapat menyebabkan janin mengalami *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR), yang ditandai dengan pertumbuhan janin yang terhambat atau tidak sesuai dengan usia kehamilan. Kekurangan oksigen dan nutrisi dapat mempengaruhi perkembangan organ dan sistem tubuh janin, meningkatkan risiko komplikasi serius,

seperti kelahiran prematur, kelainan jantung, atau gangguan perkembangan saraf.(Zuhra and Fitri, 2023)

(4) Kebocoran kapiler

Kebocoran kapiler menyebabkan cairan dan protein, terutama albumin, keluar dari pembuluh darah dan masuk ke jaringan tubuh, yang berkontribusi pada pembentukan edema. Edema ini sering terlihat pada kaki, tangan, dan wajah ibu hamil yang menderita preeklampsia. Selain itu, kebocoran kapiler ini juga berdampak pada peningkatan protein dalam urin, yang dikenal sebagai proteinuria. Proteinuria terjadi karena albumin, yang seharusnya berada dalam aliran darah, bocor ke dalam urin sebagai akibat dari kerusakan pada pembuluh darah kecil (kapiler) di ginjal. Kehadiran protein dalam urin adalah salah satu kriteria utama dalam diagnosis preeklampsia. Kondisi ini menunjukkan adanya gangguan pada fungsi ginjal dan sirkulasi tubuh, yang dapat memperburuk keadaan ibu hamil dan meningkatkan risiko komplikasi bagi janin, seperti pertumbuhan terhambat dan kelahiran prematur.(Zuhra and Fitri, 2023)

f) Hubungan Preeklampsia dengan Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK)

Preeklampsia merupakan kondisi serius yang dapat terjadi selama kehamilan dan memiliki hubungan yang erat dengan

kejadian kecil masa kehamilan (KMK). Kondisi ini ditandai oleh peningkatan tekanan darah yang signifikan dan adanya protein dalam urine, biasanya setelah usia kehamilan 20 minggu. Salah satu dampak utama dari preeklampsia adalah gangguan aliran darah ke plasenta, yang dapat mengakibatkan insufisiensi plasenta. Ketika aliran darah ini terhambat, suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan janin menjadi tidak memadai (Nabella, 2021).

Bayi yang lahir dari ibu yang mengalami preeklampsia sering kali memiliki berat badan yang lebih rendah dibandingkan dengan bayi dari kehamilan normal, dan ini menjadi salah satu penyebab utama terjadinya KMK. Selain itu, preeklampsia dapat menyebabkan komplikasi serius lainnya seperti plasenta previa, di mana plasenta terletak rendah di rahim, dan solusio plasenta, di mana plasenta terlepas dari dinding rahim sebelum persalinan. Kedua kondisi ini dapat memperburuk pertumbuhan janin dan meningkatkan risiko lahir prematur, yang juga berkontribusi pada kejadian KMK (Nabella, 2021).

Selain itu, preeklampsia sering kali dihubungkan dengan kondisi maternal seperti hipertensi kronis, diabetes, atau gangguan autoimun, yang semuanya dapat mempengaruhi kesehatan janin. Penelitian menunjukkan bahwa preeklampsia tidak hanya

mempengaruhi berat badan lahir, tetapi juga dapat berdampak pada perkembangan jangka panjang bayi, seperti risiko gangguan kognitif dan masalah kesehatan lainnya. (Nurul Aziza Andi M *et al.*, 2022)

Dalam beberapa kasus, persalinan mungkin perlu dipercepat untuk melindungi kesehatan ibu dan janin. Dengan pengelolaan yang tepat dan perhatian yang baik, risiko KMK pada bayi yang lahir dari kehamilan dengan preeklampsia dapat diminimalkan, sehingga meningkatkan kemungkinan hasil yang lebih baik bagi kedua pihak. Dapat disimpulkan bahwa preeklampsia dan kejadian kecil masa kehamilan (KMK) memiliki hubungan yang signifikan, di mana preeklampsia dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke plasenta, sehingga mengurangi suplai oksigen dan nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan janin, yang pada gilirannya meningkatkan risiko lahirnya bayi dengan berat badan rendah. (Irianti *et al.*, 2022)

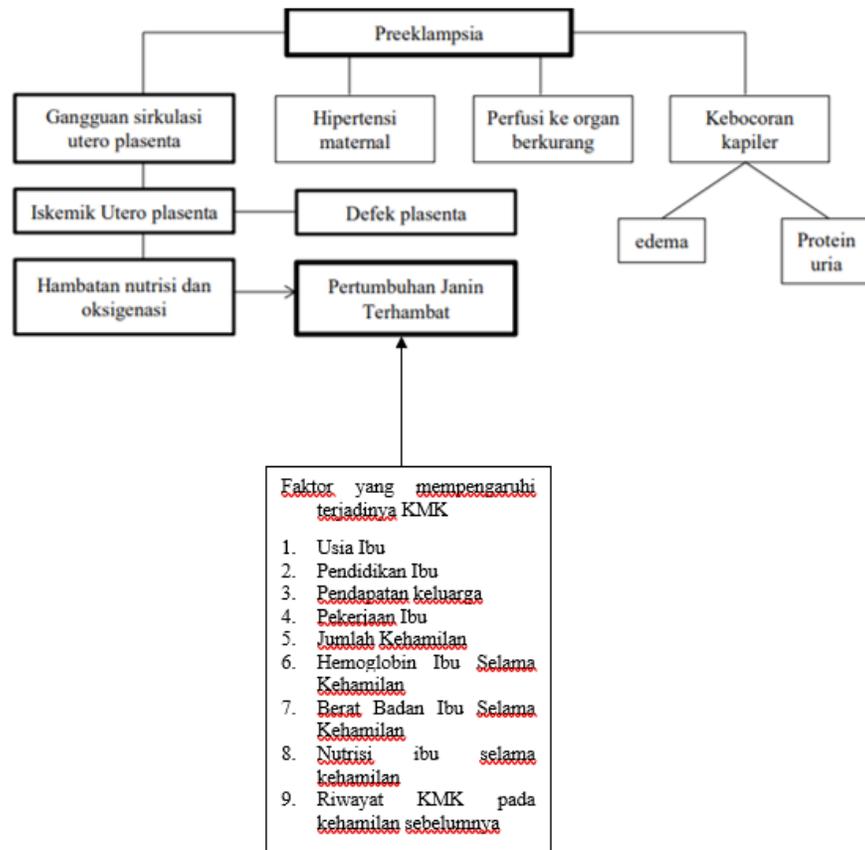
3. Dampak KMK

Hasil studi observasional berskala besar, terdapat hubungan antara gangguan kognitif dengan berat badan lahir rendah, panjang badan lahir yang pendek, dan lingkaran kepala yang kecil untuk masa kehamilan. Efek gangguan kognitif ini adalah sedang namun bermakna. Mereka tumbuh tanpa tahap tumbuh kejar terkait dengan tinggi badan dan / atau lingkaran kepala. Bayi yang

terlahir sebagai bayi KMK, khususnya berhubungan dengan kemampuan kognitif yang lebih rendah dalam bidang matematika dan keahliannya dalam hal membaca, lebih emosional, dan memiliki Gangguan Perhatian dan Perilaku Hiperaktif (GPPH). Hasil penelitian yang diperoleh, perlu dilakukan evaluasi dan intervensi dini terhadap perkembangan neurologis bagi anak-anak dengan risiko tinggi. ASI eksklusif (24 minggu atau lebih) dapat mencegah beberapa penurunan intelektual.(Irianti *et al.*, 2022)

Terapi Growth Hormon (GH) dapat menginduksi pertumbuhan kejar lingkaran kepala terutama pada mereka yang memiliki lingkaran kepala kecil saat lahir. Ada beberapa bukti bahwa GH juga dapat meningkatkan Intelejensi Quotion (IQ) pada anak KMK, namun diperlukan beberapa data tambahan. Hasil data evaluasi jangka panjang untuk anak-anak yang lahir KMK tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam hal pekerjaan, status perkawinan, atau kebahagiaan dalam hidup. Namun, dalam hal pekerjaan, mereka lebih rendah dari segi profesionalitas dan manajerial dan penghasilan mereka pun lebih rendah secara signifikan dibandingkan dengan mereka yang lahir normal.(Pitriani, Nurvinanda and Lestari, 2023)

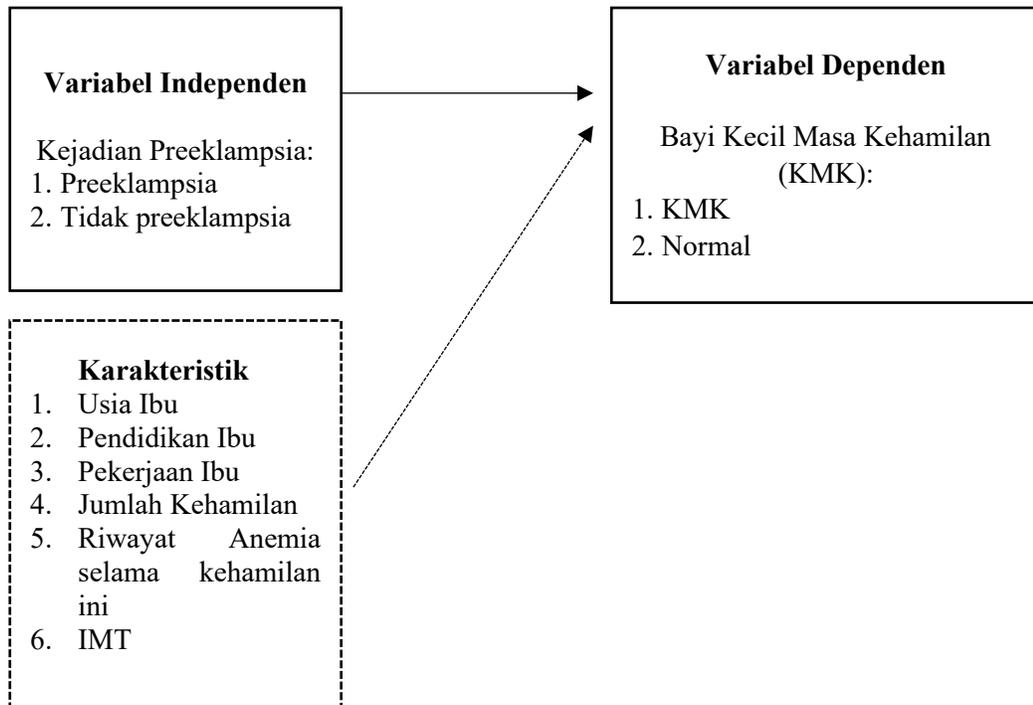
B. Kerangka Teori



Bagan 1. Kerangka Teori

Sumber: *Relationship Between Preeclampsia And Restricted Fetal Growth Incidents*(2020)

C. Kerangka Konsep



Bagan 2. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

□ : Variabel yang diteliti

□ : Variabel yang tidak diteliti

→ : Arah hubungan

D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah adanya hubungan antara kejadian Preeklampsia dengan kejadian Bayi Kecil Masa Kehamilan (KMK).