

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

1. Pengertian

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) (Saiffudin, 2008).

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat lahir < 2500 gram tanpa memandang masa gestasi (Kosim dkk, 2008)

Sejak tahun 1961 WHO telah mengganti istilah *premature baby* dengan *low birth weight baby* (bayi dengan berat lahir rendah). Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram pada waktu lahir bayi *premature* (Prawiroharjo, 2005).

Keadaan ini disebabkan oleh:

- a. Masa kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang sesuai (Sesuai Masa Kehamilan = SMK)
- b. Bayi *small for gestasional age* (SGA) yaitu bayi yang beratnya kurang dari berat semestinya menurut masa kehamilannya (kecil untuk masa kehamilan = KMK).
- c. Kedua-duanya (SMK dan KMK)

Ciri-ciri dan masalah kedua bentuk BBLR (SMK dan KMK) ini berbeda-beda. Oleh karena itu perlu diketahui umur kehamilan dengan mengetahui hari pertama haid terakhir, bunyi jantung pertama yang dapat didengar (kehamilan 18-12 minggu), tinggi fundus uteri, *fetal quickening*

(kehamilan 16-18 minggu) dan *fetal ultrasound* : diameter *biparietal* atau bila diduga KMK ratio lingkaran kepala terhadap lingkaran perut harus dinilai. Secara klinik umur kehamilan dapat diketahui dengan menimbang berat badan, mengukur panjang badan dan lingkaran kepala (*occipito-frontal circumference*).

Dengan demikian menurut Prawiroharjo (2005) bayi baru lahir dengan berat badan lahir rendah dapat dibedakan menjadi dua golongan yaitu:

a. Bayi Prematur (Sesuai Masa Kehamilan = SMK)

Bayi prematur (Sesuai Masa Kehamilan) adalah bayi yang lahir dengan masa gestasi atau umur kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan sesuai dengan umur kehamilan.

Berdasarkan atas timbulnya bermacam-macam problematika pada derajat prematuritas maka Usher (1995) menggolongkan bayi tersebut dalam 3 kelompok :

1) Bayi yang sangat prematur (*Extremely Premature*)

Masa gestasi 24-28 minggu. Bayi dengan masa gestasi 24-27 minggu masih sangat sukar hidup terutama di negara yang belum atau sedang berkembang. Pada masa gestasi 28-30 minggu masih mungkin dapat hidup dengan perawatan yang sangat intensif agar tercapai hasil yang optimal.

2) Bayi pada derajat prematur sedang (*Moderately Premature*)

Masa gestasi 31-36 minggu. Pada keadaan ini kesanggupan untuk hidup jauh lebih baik dari golongan pertama dan gejala sisa yang dihadapi dikemudian hari jauh lebih ringan, apabila pengelolaan terhadap bayi ini betul-betul intensif.

3) *Borderline Premature*

Yaitu masa gestasi 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat-sifat *prematum* dan dikelola sebagai bayi *matur*, akan tetapi sering timbul problematik seperti yang dialami oleh bayi *prematum* misalnya *syndroma* gangguan pernafasan, *hyperbilirubinemia*, dan daya hisap atau reflek hisap lemah, sehingga bayi harus diawasi dengan seksama.

b. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK)

Adalah bayi yang berat badannya kurang dari seharusnya umur kehamilan. Banyak istilah yang digunakan untuk menunjukkan bahwa bayi KMK ini menderita gangguan pertumbuhan didalam *uterus* (*IUGR*) seperti *pseudoprematur*, *small for dates*, *dysmatur*, *fetal malnutrition syndrome*, *chronic fetal distress*, dan *small for gestational (SGA)*.

Setiap bayi baru lahir (prematum, matur, dan postmatur) mungkin saja mempunyai berat yang tidak sesuai dengan masa gestasinya. Gambaran kliniknya tergantung daripada lamanya, intensitas dan timbulnya gangguan pertumbuhan yang mempengaruhi bayi tersebut (Prawiroharjo, 2005).

2. Faktor Predisposisi

Faktor yang merupakan predisposisi terjadi kelahiran prematur adalah :

a. Faktor ibu

- 1) Kelahiran prematur sebelumnya.
- 2) Paritas
- 3) Jarak dua kehamilan yang terlalu dekat.
- 4) Hipertensi
- 5) Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah umur kehamilan 20 minggu. Perdarahan diatas 20 minggu dianggap *plasenta previa* dan *solutio plasenta*. *Plasenta previa* adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh permukaan jalan lahir. Perdarahan pada *plasenta previa* disebabkan pelebaran segmen bawah rahim dan pembukaan *serviks* menyebabkan *sinus uterus* robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan *sinus marginalis* dari plasenta. Komplikasi yang dapat terjadi akibat *plasenta previa* antara lain kelahiran prematur yang dikarenakan oksigenasi dan pasokan nutrisi yang terganggu dari ibu kejanin (Mansjoer arif, 2001).

6) Malnutrisi

Persalinan preterm salah satunya disebabkan oleh malnutrisi pada ibu, akibatnya adalah asupan nutrisi dan oksigenasi pada janin juga kurang optimal sehingga menyebabkan bayi yang dilahirkan mempunyai berat lahir rendah (Manuaba, 2007).

7) Kelainan uterus

Ada beberapa kondisi ibu yang merangsang terjadi kontraksi spontan, kemungkinan telah terjadi produksi prostaglandin, salah satunya adalah kelainan bentuk uterus yang bisa menyebabkan persalinan *preterm* karena pasokan nutrisi dari ibu ke janin yang kurang maksimal (Prawiroharjo, 2005).

8) Penyakit jantung atau kronik lainnya

Penderita penyakit jantung mempunyai gejala yaitu mudah lelah, napas terengah-engah dan kongesti paru. Keadaan ini berpengaruh pada oksigenasi ke janin sehingga pasokan nutrisi berkurang dan menyebabkan *IUGR* dan apabila lahir maka berat lahir akan rendah (Prawiroharjo, 2005).

9) Umur ibu

Usia reproduksi sehat adalah usia 20-35 tahun, apabila ibu hamil pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun maka akan terjadi banyak komplikasi salah satunya adalah persalinan preterm (Manuaba, 2007).

b. Faktor janin

Menurut Prawiroharjo (2005) antara lain disebabkan oleh :

- 1) Cacat bawaan.
- 2) Kehamilan ganda

Kehamilan ganda terjadi distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan seringkali terjadi partus prematurus. Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih ringan daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Hal ini dikarenakan regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah dan oksigenasi ke janin berkurang.

- 3) Hidramnion

Hidramnion adalah keadaan dimana banyaknya air ketuban melebihi 2000 cc. Hal ini menyebabkan uterus mengalami distensi yang berlebihan sehingga akan timbul kontraksi dan akibatnya adalah janin lahir sebelum waktunya dengan berat lahir rendah.

- 4) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini merupakan salah satu kondisi ibu yang merangsang terjadi kontraksi spontan, sehingga terjadi kelahiran prematur dengan berat lahir rendah.

c. Keadaan sosial ekonomi yang rendah

Keadaan ini sangat berperan terhadap timbulnya *prematunitas*. Hal ini disebabkan oleh status gizi kurang, pengawasan antenatal yang tidak optimal.

Adapun faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya IUGR menurut Prawiroharjo (2005) adalah :

a. Faktor ibu

Hipertensi dan penyakit ginjal yang kronik, perokok, penderita diabetes mellitus yang berat, toksemia, penyakit paru kronik, gizi buruk, peminum alkohol.

b. Faktor uterus dan plasenta

Kelainan pembuluh darah, insersi tali pusat yang tidak normal, uterus bikornis, infark plasenta, sebagian plasenta lepas.

c. Faktor janin

Hamil ganda, kelainan kromosom, cacat bawaan, infeksi dalam kandungan (*TORCH : Toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, herpes, sifilis*).

d. Penyebab lain : keadaan sosial ekonomi yang rendah.

3. Karakteristik

Bayi prematur mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, masa gestasi kurang dari 37 minggu. Kepala relatif lebih besar dari badannya, kulit tipis atau transparan *lanugo* banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga, dan lengan, lemak subkutan kurang.

Pembentukan tulang tengkorak sedikit, ubun-ubun dan sutura lebar, *genetalia imatur, desensus testikulorum* biasanya belum sempurna dan labia

minor belum tertutup labia mayor. Pembuluh darah kulit banyak terlihat dan peristaltik usus dapat dilihat. Tulang rawan daun telinga *imatur* sehingga *elastisitas* daun telinga masih kurang. Jaringan *mamae* belum sempurna, demikian pula puting susu belum terbentuk dengan baik. Bayi kecil, posisinya masih posisi *fetal*, pergerakan kurang dan masih lemah. Bayi lebih banyak tidur, tangis lemah pernafasan belum teratur dan sering mengalami serangan *apnea*. Otot masih *hipotonik*, reflek menghisap dan menelan belum sempurna, frekuensi nadi berkisar 100-140 kali permenit. Pada hari pertama pernafasan berkisar 40-50 kali permenit, pada hari berikutnya 35-45 kali permenit. bila frekuensi pernafasan terus meningkat dan selalu diatas 60 kali permenit, harus waspada kemungkinan terjadi sindrom gangguan pernafasan.

4. Penatalaksanaan BBLR

Tatalaksana bayi dengan BBLR (Protokol Asuhan Neonatal, 2008) adalah sebagai berikut:

- a. Pengaturan suhu tubuh ditujukan untuk mencapai lingkungan suhu netral yaitu $36,5^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$
- b. Terapi oksigen dan bantuan ventilasi
- c. Terapi cairan dan elektrolit harus menggantikan *IWL* (*insensible water loss*) serta mempertahankan hidrasi yang baik serta konsentrasi *glukosa* dan elektrolit plasma normal
- d. Nutrisi: *neonatus* kurang bulan mungkin memerlukan pemberian asupan dengan sonde atau nutrisi *parenteral*

- e. *Hiperbilirubinemia*: biasanya dapat ditangani secara efektif dengan pemantauan seksama kadar *bilirubin* dan pelaksanaan terapi sinar. Transfusi tukar mungkin diperlukan dalam berbagai kasus berat.
- f. Antibiotik spektrum luas dapat diberikan jika ada kecurigaan kuat adanya infeksi. Pertimbangkan antibiotik anti *staphylococcus* untuk BBLSR yang telah mengalami sejumlah besar prosedur atau yang sudah dirawat dalam waktu lama di rumah sakit
- g. *Patent Ductus Arteriosus (PDA)*
 - 1) Tatalaksana awal biasanya bersifat konservatif, oksigenasi yang memadai, pembatasan cairan, dan diuretik
 - 2) Pada kasus yang lebih berat, anti *prostaglandin* seperti *indomethacine* mungkin diperlukan
 - 3) Pada kasus yang sangat berat ligasi melalui pembedahan mungkin diperlukan

B. *Respiratory Distress Syndroma (RDS)*

1. Pengertian

Respiratory Distress Syndroma (RDS) atau Sindroma Gangguan Nafas (SGN) dikenal juga Penyakit Membran Hialin, hampir terjadi sebagian besar pada Bayi Kurang Bulan. Gangguan Nafas adalah suatu keadaan meningkatnya kerja pernafasan yang ditandai dengan (Sholeh Kosim, 2008):

- a. *Takipnea* : frekuensi nafas > 60 – 80 kali/menit
- b. *Retraksi* : cekungan atau tarikan kulit antara iga (*interkostal*) dan atau dibawah sternum (*sub sterna*) selama inspirasi
- c. Nafas cuping hidung : kembang kempis lubang hidung selama inspirasi
- d. Merintih atau *grunting* : terdengar merintih atau menangis saat inspirasi
- e. *Sianosis* : *sianosis* sentral yaitu warna kebiruan pada bibir (berbeda dengan biru lebam atau *membrane mukosa*). *Sianosis* sentral tidak pernah normal, selalu memerlukan perhatian dan tindakan segera. Mungkin mencerminkan abnormalitas jantung, hematologik atau pernafasan yang harus dilakukan tindakan segera
- f. *Apneau* atau henti nafas (harus dinilai dan dilakukan tindakan segera)
- g. Dalam jam-jam pertama sesudah lahir, empat gejala distress respirasi (*takipnea*, *retraksi*, nafas cuping, *grunting*) kadang juga dijumpai pada bayi baru lahir normal tapi tidak berlangsung lama. Gejala ini disebabkan karena perubahan fisiologik akibat reabsorpsi cairan dalam paru bayi dan masa transisi dari sirkulasi *fetal* ke sirkulasi *neonatal*.
- h. Bila *takipnea*, *retraksi*, cuping hidung dan *grunting* menetap pada beberapa jam setelah lahir, ini merupakan indikasi adanya gangguan nafas atau distress respirasi yang harus dilakukan tindakan segera.

2. Penyebab

Faktor predisposisi terjadinya distress respirasi (Kosim, 2008) adalah :

- a. Bayi Kurang Bulan (BKB) : Paru bayi secara biokimiawi masih imatur dengan kekurangan surfaktan yang melapisi rongga alveoli
- b. Depresi *neonatal* (Kegawatan neonatal):
 - 1) Kehilangan darah dalam periode *perinatal*
 - 2) *Aspirasi Mekoneum*
 - 3) *Pneumotoraks* akibat tindakan resusitasi
 - 4) *Hipertensi pulmonal* dengan pirau kanan ke kiri yang membawa darah keluar dari paru
- c. Bayi dari Ibu *Diabetes Melitus (DM)* : terjadi respirasi distress akibat kelambatan pematangan paru
- d. Bayi lahir dengan operasi sesar : berapapun usia gestasinya dapat mengakibatkan terlambatnya absorpsi cairan paru (*TTN : Transient Tachypnea of the newborn*)
- e. Bayi yang lahir dari ibu yang menderita demam, ketuban pecah dini atau air ketuban yang berbau busuk dapat terjadi *pneumonia bakterialis* atau *sepsis*
- f. Bayi dengan kulit berwarna seperti *mekoneum*, mungkin mengalami *aspirasi mekoneum*

3. Komplikasi

Bayi dengan gangguan nafas mempunyai resiko atau komplikasi terjadinya :

- a. *Hipoksia*, bila berlangsung lama dapat mengakibatkan gangguan pada organ vital seperti otak, paru, jantung, dan ginjal
- b. *Asidosis metabolik (hipoglikemia, hipotermia)*
- c. Problem hematologik misalnya : *anemia, polisitemia*

4. Klasifikasi

Gangguan nafas dapat diklasifikasi berdasarkan pada mekanisme patofisiologi yang mengakibatkan *hipoksemia* dan/ atau *hiperkarbia*.

Buku Pedoman Manajemen masalah BBL untuk Dokter, Perawat dan Bidan di Rumah Sakit membagi klasifikasi gangguan nafas, menjadi :

- a. Gangguan nafas ringan
- b. Gangguan nafas sedang
- c. Gangguan nafas berat

Secara rinci dapat dilihat dari tabel dengan menggunakan skor *Downes* dibawah ini:

Tabel 2.1
Evaluasi Gangguan Nafas dengan skor *Downes*

| Pemeriksaan | Skor | | |
|------------------|----------------|--|--|
| | 1 | 2 | 3 |
| Frekuensi nafas | < 60 x/mnt | 60-80 x/mnt | > 80 x/mnt |
| <i>Retraksi</i> | Tidak ada | <i>Retraksi</i> ringan | <i>Retraksi</i> berat |
| <i>Sianosis</i> | Tidak ada | <i>Sianosis</i> hilang dengan O ₂ | <i>Sianosis</i> menetap walaupun diberi O ₂ |
| <i>Air entry</i> | Udara masuk | Penurunan ringan udara masuk | Tidak ada udara masuk |
| Merintih | Tidak merintih | Dapat didengar dengan stetoskop | Dapat didengar tanpa alat bantu |

Sumber : Wood DW, Downes JJ, Locks HL

Evaluasi :

| | |
|-------|-----------------------|
| Total | Diagnosis |
| 1-3 | Gangguan Nafas Ringan |
| 4-5 | Gangguan Nafas Sedang |
| ≥ 6 | Gangguan Nafas Berat |

5. Manajemen spesifik

Manajemen gangguan nafas sebagai berikut: (Buku Pedoman Manajemen masalah BBL untuk, Dokter, Perawat dan Bidan di Rumah Sakit)

a. Gangguan Nafas Berat

Semakin kecil bayi, kemungkinan terjadi gangguan nafas semakin sering dan semakin berat. Pada bayi kecil (beral lahir < 2500 gram atau umur kehamilan < 37 minggu) gangguan nafas sering memburuk dalam waktu 36 – 48 jam pertama, dan tidak banyak terjadi

perubahan dalam satu dua hari berikutnya dan kemudian akan membaik pada hari ke 4-7

- 1) Teruskan pemberian O₂ dengan kecepatan aliran sedang
- 2) Tangani sebagai kemungkinan besar *sepsis*
- 3) Bila bayi menunjukkan perburukan atau sianosis sentral, naikkan pemberian O₂ pada kecepatan aliran tinggi. Jika gangguan nafas bayi semakin berat dan sianosis sentral menetap walaupun diberi O₂ 100% maka diberi ventilator mekanik.
- 4) Jika gangguan nafas masih menetap setelah 2 jam, pasang pipa lambung untuk mengosongkan cairan lambung dan udara
- 5) Nilai kondisi bayi 4 kali setiap hari apakah ada perbaikan
- 6) Jika bayi mulai menunjukkan tanda perbaikan (frekuensi nafas menurun, tarikan dinding dada berkurang, warna kulit membaik :
 - a) Kurangi pemberian O₂ secara bertahap
 - b) Mulailah pemberian ASI peras melalui pipa lambung
 - c) Bila pemberian O₂ tidak diperlukan lagi, bayi dilatih menyusu.
 - d) Pantau dan catat setiap 3 jam mengenai :
 - i. Frekuensi nafas
 - ii. Adanya tarikan dinding dada atau suara merintih saat ekspirasi
 - iii. Episode *apnu*

- iv. Periksa kadar *glukosa* darah sehari sekali sampai setengah kebutuhan minum dapat dipenuhi secara oral
- v. Amati bayi selama 24 jam setelah pemberian antibiotika dihentikan. Jika bayi tampak kemerahan tanpa terapi O₂ selama 3 hari, minum baik, dan tidak ada masalah lain yang memerlukan perawatan di rumah sakit, bayi dapat dipulangkan.

b. Gangguan Nafas Sedang

- 1) Lanjutkan pemberian O₂ dengan aliran sedang
- 2) Bayi jangan diberikan minum
- 3) Jika ada tanda berikut, ambil sampel darah untuk kultur dan berikan antibiotika (*ampisillin* dan *gentamisin*) untuk terapi kemungkinan besar *sepsis*.
 - a) Suhu < 34° C atau 39°C
 - b) Air ketuban bercampur *mekoneum*
 - c) Riwayat infeksi *intrauterine*, demam curiga infeksi berat atau ketuban pecah dini (>18 jam)
 - d) Bila suhu 34- 36,5° C atau 37,5 – 39 °C tangani untuk masalah suhu abnormal ulangi tahap tersebut diatas

- e) Bila suhu masih belum stabil atau gangguan nafas belum ada perbaikan ambil sampel darah dan berikan terapi kemungkinan besar *sepsis*
- f) Bila tidak ada tanda – tanda *sepsis*, nilai kembali bayi setelah 2 jam. Apabila bayi tidak menunjukkan perbaikan atau tanda – tanda perburukan setelah 2 jam, terapi untuk kemungkinan besar *sepsis*
- 4) Bila bayi menunjukkan tanda perbaikan (frekuensi jantung menurun, tarikan dinding dada berkurang atau suara merintih berkurang)
- i. Kurangi terapi O₂ secara bertahap
 - ii. Mulailah pemberian ASI peras melalui pipa lambung
 - iii. Bila pemberian O₂ tidak diperlukan lagi, bayi dilatih menyusu
- 5) Amati bayi selama 24 jam setelah pemberian antibiotika dihentikan. Jika bayi tampak kemerahan tanpa terapi O₂ selama 3 hari, minum baik, dan tidak ada masalah lain yang memerlukan perawatan di rumah sakit, bayi dapat dipulangkan.
- c. Gangguan Nafas Ringan
- 1) Amati pernafasan bayi setiap 2 jam selama 6 jam berikutnya
 - 2) Bila dalam pengamatan gangguan nafas memburuk atau timbul gejala *sepsis* lainnya terapi untuk kemungkinan besar *sepsis* dan tangani gangguan nafas sedang atau berat

- 3) Berikan ASI bila bayi mampu menghisap. Bila tidak, berikan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternative pemberian minum
- 4) Kurangi pemberian O₂ secara bertahap bila ada perbaikan gangguan nafas, hentikan pemberian O₂ jika frekuensi nafas antara 30-60 kali/menit
- 5) Amati bayi selama 24 berikutnya, jika frekuensi nafas menetap antara 30-60 kali/menit, tidak ada tanda-tanda *sepsis*, dan tidak ada masalah lain yang memerlukan perawatan, bayi dapat dipulangkan.

C. Patofisiologi BBLR dengan RDS

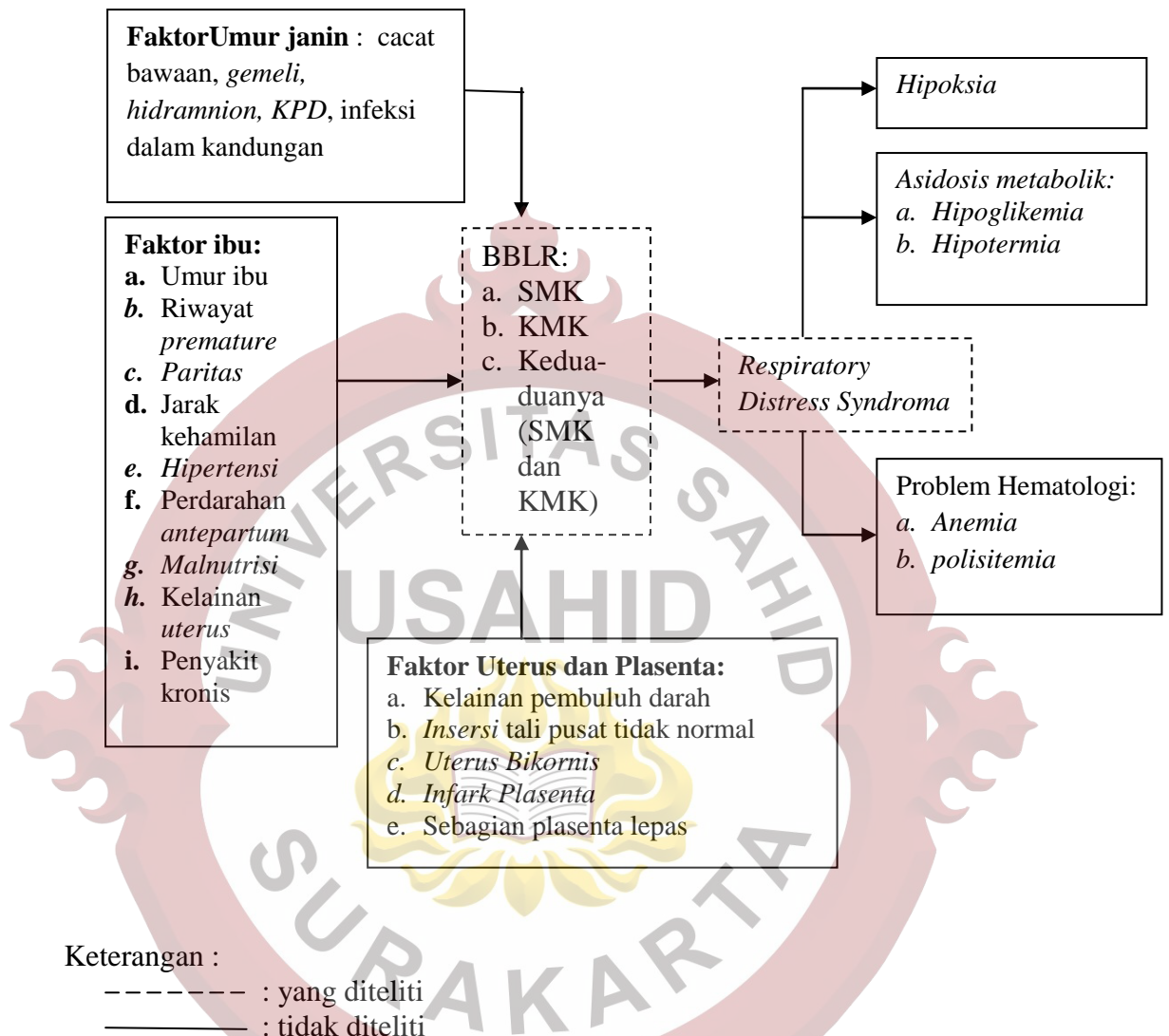
Pada bayi BBLR terjadi *immaturitas* sistem neurologi dan ketidaktimalan fungsi motorik dan autonom pada awal kehidupannya. Hal ini mengakibatkan ketidaktimalan kemampuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup dan adaptasi dengan lingkungan sekitarnya.

Faktor resiko RDS pada bayi adalah BBLR, bayi kurang bulan, usia maternal ≥ 32 tahun, ibu yang menderita gangguan perfusi darah uterus selama kehamilan yaitu ibu penderita *DM*, *hipertensi*, *toksemia*, *hipotensi* atau perdarahan *antepartum*, sebelumnya melahirkan bayi dengan RDS. Sindroma ini diperberat dengan asfiksia perinatal, infeksi dan bayi kembar. (Tamad, 2011)

Penyebab utama *RDS* adalah surfaktan paru yang tidak adekuat. Imaturitas struktur paru dan kekurangan surfaktan paru menyebabkan penurunan tegangan sehingga terjadi *atelektasis*. Fungsi surfaktan paru adalah untuk mengurangi tegangan permukaan dan menstabilkan saluran nafas kecil selama ekspirasi yang memungkinkan stabilisasi dan pemeliharaan sisa volume paru.

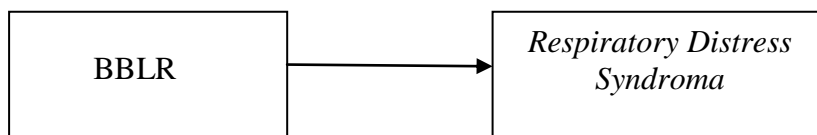
Faktor lain yang terjadi pada bayi BBLR yang dapat meningkatkan resiko *atelektasis* adalah menurunnya radius alveoli dan lemahnya otot jantung. *Atelektasis* dapat menyebabkan *hipoksemia* dan *hiperkarbia*. Mekanisme terjadinya kedua hal ini mungkin berbeda. *Hipoksemia* sering terjadi akibat gangguan ventilasi perfusi, pirau intrapumonial, gangguan difusi atau *hipoventilasi*. Gangguan nafas *hiperkapnik* karena penyebab multifaktor, tapi sering disebabkan depresi pernafasan sentral atau pemompaan otot pernafasan yang tidak adekuat. *Hiperkapnea* dapat terjadi akibat obstruksi saluran nafas atas atau bawah, kelemahan otot pernafasan atau biasanya akibat produksi CO₂ yang berlebihan.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka teori

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2
Kerangka konsep

F. Hipotesa

Ada hubungan antara BBLR dengan *Respiratory Distress Syndrome*.

