

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BERAT
BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KAJHU KABUPATEN ACEH BESAR**



OLEH :

ERISMA

NPM : 1807110085

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2022**

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BERAT
BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KAJHU KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN 2022**

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Mencapai Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh



OLEH:

ERISMA

NPM : 1807110085

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH
2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ERISMA

NPM : 18071100851

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Judul Skripsi : **FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN BBLR PADA BAYI USIA 0-6 BULAN DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BAITUSSALAM KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN
2022**

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi yang saya buat adalah benar hasil karya sendiri/ tidak dibuat oleh orang lain*. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa Skripsi ini dibuat oleh orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang ditetapkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) termasuk pembatalan hasil Sidang Skripsi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, Februari 2022

Penulis



ERISMA

18071100851

ABSTRAK

NAMA : ERISMA
NPM : 18071100851

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS KAJHU KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN 2022**
Xi + 62 halaman + 3 tabel + 2 gambar + 9 lampiran

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) tertinggi. Salah satu penyebab AKB yaitu BBLR. Secara teori menyebutkan penyebab BBLR antara lain faktor ibu (usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat penyakit, sosial ekonomi, kebiasaan), faktor janin, faktor plasenta dan faktor lingkungan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa Faktor-faktor yang berhubungan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.

Penelitian ini menggunakan metode *survei analitik* dengan desain penelitian *case control*, yang dilaksanakan pada tanggal 10 s/d 15 Februari 2021 di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 63 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan data dengan menyebarkan kuesioner. Uji statistik yang digunakan adalah *chi square*, data diolah dengan SPSS 23

Hasil analisa univariat menunjukkan ada hubungan kepuasan pasien ($p=0,000$), keterlambatan pelayanan ($p=0,000$), waktu tunggu ($p=0,004$) dan ketidakramhan petugas ($p=0,000$) dengan Kepuasan Pelanggan.

Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara usia ($p=0,023$: OR:4, CI; 1,34-12,28), hipertensi ($p=0,001$: OR:8, CI; 2,35-27,15), paritas ($p=0,049$: OR:2,9, CI; 0,99-8,64), pendapatan ($p=0,049$: OR:3,5, CI; 1,09-11,37), Status Gizi ($p=0,001$: OR:20,5, CI; 2,31-181,5) dan tidak ada hubungan pendidikan ($p=0,644$: OR:0,6, CI; 0,227-1,95) dengan kejadian BBLR. Diharapkan kepada pihak Puskesmas Kaju perlu adanya peningkatan informasi dan skrining yang berkaitan dengan faktor risiko kejadian BBLR melalui peningkatan fungsi kelas ibu hamil, pemantauan keteraturan kunjungan kehamilandan kebijakan lainnya sehingga angka kelahiran dengan kasus BBLR dapat ditekan.

Kata Kunci : Usia, Pendidikan, Hioertensi, Paritas, Pendapatan, Status Gizi, BBLR.
Daftar kepustakaan : 38 buah (2012-2021)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi Telah Setujui Untuk Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Muhammadiyah Aceh

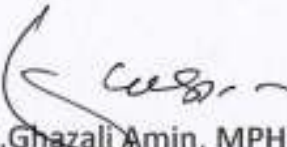
OLEH :

ERISMA

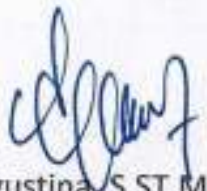
NPM : 18071100851

Banda Aceh, Agustus 2022

Pembimbing I


(Drs. Ghazali Amin, MPH)

Pembimbing II


(Agustina, S.ST, M.Kes)

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
DEKAN,


(Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D)
NIP : 1971 07 03 1995 03 1 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Agustus 2022

TANDA TANGAN

Ketua : Drs.Ghazali Amin, MPH



Penguji I : Ramadhaniah, S.Gz., MPH



Penguji II : Drs. Fauzi Ali Amin, M.Kes



Penguji III : Agustina, SST., M.Kes



FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

DEKAN,


Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc.HPPF, DLSHTM, Ph.D

NIP : 1971 07 03 1995 03 1 001

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah S.W.T, atas rahmat dan hidayah-Nya penulis telah dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “: **FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAJHU KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN 2022**”. Tidak lupa pula shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam islamiyah.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Sarjana Muhammadiyah Aceh (FKM-UNMUHA) dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Drs.Ghazali Amin, MPH** selaku pembimbing I dan juga Ibu **Agustina, SST, M.Kes.** selaku pembimbing II, yang mana beliau berdua telah meluangkan banyak waktu dan tenaga untuk memberikan petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai dari awal penulisan sampai selesainya Skripsi ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. Aslam Nur, M.A selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh.
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc, HPPF, DLSHTM, PhD selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Para dosen dan staf Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh.

4. Semua teman-teman FKM-UNMUHA yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.
5. Kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian Skripsi ini.
6. Kepada suami dan anak-anak tercinta yang telah banyak memberikan support selama pembuatan Skripsi ini

Akhirnya dengan satu harapan semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis sendiri dan bagi semua kalangan yang membacanya.

Banda Aceh, Februari 2022

ERISMA

DAFTAR ISI

COVER

LEMBAR PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PENGESAHAN TIM PENGUJI	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi

BAB I PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang	Error! Bookmark not defined.
1.2 Rumusan Masalah	Error! Bookmark not defined.
1.3 Ruang Lingkup Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.4 Tujuan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
1.5 Manfaat Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.6 Sistematika Penelitian	Error! Bookmark not defined.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1 Kinerja	Error! Bookmark not defined.
2.2 BBLR	Error! Bookmark not defined.
2.3 Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.

BAB III KERANGKA KONSEPSIONAL	Error! Bookmark not defined.
3.1 Kerangka Konsep	Error! Bookmark not defined.
3.2 Variabel Penelitian	Error! Bookmark not defined.
3.3 Definisi Operasional	Error! Bookmark not defined.
3.4 Pengukuran Variabel	Error! Bookmark not defined.
3.5 Hipotesa Penelitian	Error! Bookmark not defined.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	Error! Bookmark not defined.
6.1 Jenis Penelitian	Error! Bookmark not defined.
6.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
6.3 Populasi dan Sampel	Error! Bookmark not defined.
6.4 Pengumpulan Data	Error! Bookmark not defined.
6.5 Pengolahan Data	Error! Bookmark not defined.
6.6 Analisis Data	Error! Bookmark not defined.
6.7 Penyajian Data.....	Error! Bookmark not defined.

BAB V GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.
5.1 Geografis dan Administratif	Error! Bookmark not defined.
5.2 Letak Geografis	Error! Bookmark not defined.
5.3 Visi dan Misi RSUD Meuraxa	Error! Bookmark not defined.
BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
6.1 Hasil Penelitian	Error! Bookmark not defined.
6.2 Analisis Univariat	Error! Bookmark not defined.
6.2 Analisis Bivariat.....	Error! Bookmark not defined.
6.3 Pembahasan	Error! Bookmark not defined.
6.4 Kelemahan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	Error! Bookmark not defined.
7.1 Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.
7.2 Saran	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional	36
Tabel 6.1 Distribusi Frekuensi Faktor Yang Berubungan Dengan Kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Aceh Besar (n=63)	46
Tabel 6.2 Hubungan Keterlambatan Petugas Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Poli Penyakit Dalam di Rumah Sakit TK II Iskandar Muda Kota Banda Aceh Tahun 2022 (n=63)	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Tioritis.....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 : Surat Selesai Pengambilan Data Awal
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 5 : Lembaran Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Lembaran Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Lembaran Kuesioner
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Hasil SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan aset masa depan seseorang dan negara untuk memberikan pengaruh terhadap pembangunan ekonomi suatu negara. Maka dari itu kesehatan penerus bangsa dapat dijaga semasa ia masih didalam kandungan, dikarenakan status gizi sejak dalam kandungan menentukan gizinya dimasa mendatang. Untuk dapat mengontrol gizi anak selama masa kehamilan dibutuhkan kerjasama yang baik antara ibu hamil, keluarga dan dukungan petugas kesehatan terutama bidan melalui deteksi dini gizi semasa ibu mengandung untuk mengurangi angka bayi lahir dengan berat badan rendah (SAS M. & Yulistini, 2015).

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) tertinggi. Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015 dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, namun tidak berhasil mencapai target MDGs yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hasil supas tahun 2015 memperlihatkan angka kematian ibu tiga kali lipat dibandingkan target MDGs. Jumlah kasus kematian bayi tahun 2015 sebanyak 33.278 kasus menurun dibandingkan tahun 2015 yaitu 32.007 dan tahun 2017 di semester I sebanyak

10.294 kasus (KemenkesRI, 2019). Salah satu penyebab kematian bayi di Indonesia adalah kejadian BBLR sebesar 38.85% (WHO, 2014).

Data badan kesehatan dunia (World Health Organization), menyatakan bahwa prevalensi bayi dengan BBLR di dunia yaitu 15,5% atau sekitar 20 juta bayi yang lahir setiap tahun, sekitar 96,5% diantaranya terjadi di negara berkembang (WHO, 2018). Upaya pengurangan bayi BBLR hingga 30% pada tahun 2025 mendatang dan sejauh ini sudah terjadi penurunan angka bayi BBLR dibandingkan dengan tahun 2012 sebelumnya yaitu sebesar 2,9%. Dengan hal ini, data tersebut menunjukkan telah terjadi pengurangan dari tahun 2012 hingga tahun 2019 yaitu dari 20 juta menjadi 14 juta bayi BBLR (Novitasari A., 2020).

Sebanyak 7000 bayi baru lahir di dunia meninggal setiap harinya. Tiga perempat kematian neonatal terjadi pada minggu pertama dan 40% meninggal dalam 24 jam pertama. Kematian neonatal berkaitan erat dengan kualitas pelayanan persalinan dan penanganan Bayi Baru Lahir (BBL) yang kurang optimal segera setelah lahir dan beberapa hari pertama setelah lahir (WHO, 2019). Penyebab utama kematian adalah prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), komplikasi terkait persalinan (*asfixia* atau kesulitan bernafas saat lahir), infeksi dan cacat lahir (*birth defect*) (WHO, 2019).

Insiden Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) paling tinggi terjadi di Asia Tengah dan Asia Selatan (27,1%) dan paling rendah di Eropa (6,4%). Prevalensi global adalah 15,5%, yang artinya sekitar 20,6 juta bayi yang lahir setiap

tahunnya dan 96,5% berada di negara berkembang termasuk Indonesia (WHO, 2019).

Saat ini, satu dari sepuluh balita di Indonesia terlahir dalam kondisi BBLR, sehingga dapat diasumsikan bahwa lebih banyak lagi angka bayi dengan berat badan lahir kurang dari 3.000 gram yang berisiko lebih besar mengalami penyakit degeneratif pada usia dewasa (Kemenkes, 2017). Pada tahun 2017 Provinsi Aceh memiliki persentase prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita di Aceh mencapai 26,3%, sehingga tertinggi di Pulau Sumatera dan masih jauh di atas rata-rata nasional yang hanya 19,6% (ProfilDinkesAceh, 2018).

Jumlah balita lahir dengan berat badan rendah tertinggi berada di Kabupaten Aceh Besar yaitu sebanyak 23% dibandingkan dengan Kabupaten Pidie 18% dan Kabupaten Abdya 13% (Aceh, 2020). Hasil pengambilan data awal di Dinas Kesehatan Aceh Besar diketahui bahwa jumlah kelahiran BBLR pada tahun 2019 adalah sebanyak 90 kasus, meningkat pada tahun 2020 menjadi 210 kasus sementara itu pada tahun 2021 jumlah kasus turun namun tidak terlalu berarti yaitu sebanyak 183 kasus kelahiran dengan BBLR (Dinkes Aceh Besar, 2021).

Salah satu penyebab AKB yaitu BBLR. BBLR merupakan faktor utama dalam peningkatan mortalitas dan disabilitas neonatus bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan. Kejadian BBLR diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran didunia dengan batasan

3.3%-38% dan lebih sering terjadi dinegara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah (Maryunani A., 2015).

Penyebab BBLR secara umum bersifat multifaktorial, sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Secara teori menyebutkan penyebab BBLR antara lain faktor ibu (usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat penyakit, sosial ekonomi, kebiasaan), faktor janin, faktor plasenta dan faktor lingkungan (Proverawati A & Asfuah S., 2014).

Berdasarkan pengambilan data awal di Puskesmas Kajhu diketahui bahwa diketahui bahwa jumlah persalinan dalam 6 bulan terakhir (Agustus 2021 hingga Januari 2022) adalah sebanyak 183 persalinan dengan kelahiran BBLR sebanyak 21 kasus. Adapun jumlah ibu hamil yang mengalami KEK sebanyak 10 kasus dan 7 kasus anemia selama masa kehamilan. Berdasarkan latar belakang inilah maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kasus BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar

1.2 Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah faktor-faktor apa sajakah yang menyebabkan terjadinya kasus BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar?.

1.3 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Faktor-faktor yang berhubungan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Untuk menganalisa hubungan gizi ibu hamil dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022
- 2 Untuk menganalisa hubungan status pendidikan ibu hamil dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022
- 3 Untuk menganalisa hubungan hipertensi dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.
- 4 Untuk menganalisa hubungan paritas dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.
- 5 Untuk menganalisa hubungan usia dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.
- 6 Untuk menganalisa hubungan pendapatan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022.

1.5 Manfaat Penelitian

Peneliti berharap penelitian ini bisa dimanfaatkan oleh beberapa pihak :

1.5.1 Bagi kesehatan

Memberikan informasi kepada petugas kesehatan lainnya tentang pentingnya kinerja bidan dalam upaya pencegahan BBLR.

1.5.2 Bagi institusi pendidikan FKM UNMUHA

Memberikan bahan bacaan dan referensi untuk dilakukan penelitian selanjutnya dan memberikan wawasan tentang kinerja bidan.

1.6 Sistematika Penelitian

Penulisan penelitian ini direncanakan terdiri dari tujuh bab, perinciannya adalah:

BAB I : Pendahuluan ini peneliti menjelaskan tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian dan sistematika penelitian.

BAB II : Landasan teoritis yang menjelaskan tentang tinjauan kepustakaan yang dapat digunakan sebagai rujukan atau acuan dalam penelitian.

BAB III : Menjelaskan tentang kerangka konsep yang menjelaskan alur kerja penelitian.

BAB IV : Metodologi penelitian yang mencakup prosedur penelitian, penggambaran populasi dan sampel, situasi lokasi dan waktu penelitian juga cara-cara pengumpulan data.

BAB V : Gambaran umum lokasi penelitian yaitu tempat diperoleh secara fakta mengenai hasil penelitian.

BAB VI : Berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan yaitu hasil yang diperoleh secara fakta mengenai hasil penelitian.

BAB VIII : Berisi tentang kesimpulan dan saran yang berhubungan dengan penelitian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kinerja

Kinerja bidan adalah sesuatu yang dicapai atau prestasi yang diperlihatkan (KBBI, 2018). Menurut Nurmawanti (2010), kinerja bidan merupakan proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam memberikan jasa atau produk kepada pelanggan. Kinerja bidan sebagai rekaman hasil kerja yang diperoleh karyawan tertentu melalui kegiatan dalam kurun waktu tertentu.

Herzberg mengatakan bahwa kinerja bidan (*performance*) dengan prestasi kerja adalah proses penilaian prestasi kerja karyawan suatu organisasi. Kinerja bidan adalah penampilan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Kinerja bidan adalah sesuatu yang didapat dikerjakan oleh seseorang sesuai dengan tugas dan fungsinya. Berbagai teori yang menjelaskan faktor-faktor yang berpengaruh dengan kinerja bidan. Berbagai faktor penting yang berpengaruh dengan prestasi kerja individu. Dapat dikelompokkan pada 2 faktor yaitu faktor internal dan eksternal (Handoko, 2014):

1. Faktor internal, adalah adanya dorongan yang berasal dari diri sendiri yang dapat memberikan tekanan untuk mengerjakan sesuatu dengan gigih untuk mencapai sukses dan tujuan. Faktor internal yang mempengaruhi kinerja bidan adalah umur, status perkawinan, masa kerja, pengetahuan dan motivasi.

2. Faktor eksternal, adalah segala hal yang berasal dari pihak lain yang mempengaruhi seseorang untuk dapat berupaya lebih keras untuk mencapai sesuatu misalnya keluarga, rekan kerja dan pimpinan. Faktor eksternal yang mempengaruhi kinerja bidan adalah supervise, kepemimpinan, pelatihan, kompensasi dan rekan kerja.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan meliputi kecerdasan, stabilitas emosional, motivasi kerja, situasi keluarga, karakteristik fisik, kelompok kerja, serta pengaruh eksternal yang meliputi: peraturan ketenagakerjaan, tekanan konsumen, nilai-nilai sosial, kekuatan ekonomi, perubahan lokasi dan serikat buruh. Faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja karyawan meliputi motivasi, kepuasan kerja, tingkat stres, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis, dan perilaku karyawan (Handoko, 2014).

Persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur serta kesempatan tentang pengertiannya sukar dicapai, karena seseorang individu masuk dan bergabung ke dalam suatu organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang, budaya dan ketrampilan yang berbeda satu sama lainnya.

Untuk mendukung keberhasilan kinerja bidan desa maka bidan desa diwajibkan tinggal serta bertugas melayani masyarakat di wilayah kerjanya yang meliputi 1 atau 2 desa serta melakukan pelayanan secara aktif, artinya tidak selalu menetap atau menunggu pasien di tempat pelayanan atau polindes,

namun juga melakukan kegiatan pelayanan keliling dan kunjungan rumah sesuai dengan kebutuhan (KemenkesRI, 2015b).

Batasan tugas pokok dan fungsi bidan desa seperti yang telah diuraikan di atas dapat dijabarkan lebih rinci berdasarkan tugas pokok dan fungsi bidan desa yaitu sebagai berikut (KemenkesRI, 2015a) :

1. Pelayanan antenatal : dilaksanakan sesuai standar 10T yaitu pemeriksaan fundus uteri, mendapat tetanus toxoid, penimbangan berat badan, pemeriksaan tekanan darah dan mendapat tablet tambah darah.
2. Penjaringan (deteksi): penemuan ibu beresiko hamil.
3. Kunjungan ibu hamil: kunjungan tidak mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke sarana kesehatan tetapi setiap kontak dengan tenaga kesehatan.
4. Kunjungan baru ibu hamil (K-1) : kunjungan ibu hamil yang pertama kali.
5. Kunjungan ulang adalah: kontak ibu hamil yang kedua dan seterusnya dengan tenaga kesehatan.
6. Kunjungan K-4: adalah kunjungan yang keempat (atau lebih) untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan dengan syarat minimal satu kali kontak pada triwulan I, minimal satu kali kontak pada triwulan II dan minimal dua kali kontak pada triwulan III.
7. Cakupan K-1 (akses) adalah presentase ibu hamil di suatu wilayah, waktu tertentu yang pernah mendapat pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit satu kali selama kehamilan.

8. Cakupan ibu hamil cakupan K-4: presentase ibu hamil di suatu wilayah waktu tertentu yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan I, satu kali pada triwulan II dan dua kali pada triwulan III.
9. Sasaran ibu hamil: semua ibu hamil di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.
10. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan: presentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu.
11. Cakupan penjangkaran: deteksi dini ibu yang beresiko yang ditemukan oleh tenaga kesehatan dan dirujuk ke sarana yang lebih tinggi.
12. Cakupan kunjungan neonatal adalah presentase bayi neonatal (kurang satu bulan) yang memperoleh pelayanan kesehatan minimal dua kali dari tenaga kesehatan, satu kali pada hari pertama sampai dengan hari ketujuh dan satu kali pada hari kedelapan sampai pada hari kedua puluh delapan
13. Cakupan kunjungan neonatal adalah persentase bayi neonatal (kurang dari satu bulan) yang memperoleh pelayanan kesehatan minimal dua kali dari tenaga kesehatan, satu kali pada hari pertama sampai dengan hari ketujuh dan satu kali pada hari kedelapan sampai pada hari kedua puluh delapan.

2.2 BBLR

2.2.1 Definisi

Istilah prematuritas telah diganti dengan BBLR karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah kurang dari

2500 gr yaitu karena hamil kurang dari 37 minggu, BBLR dari semestinya, sekalipun umur cukup atau kurang kombinasi keduanya (Manuaba, 2014).

BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang 2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram) tanpa memandang masa kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

WHO mengganti istilah bayi prematur dengan Berat Badan Bayi Lahir Rendah.

Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram pada waktu lahir bayi prematur. Bayi dengan berat badan lahir rendah dibagi 2 golongan yaitu (WHO, 2017):

1. Prematur Murni.

Prematur Murni yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan.

2. Dismaturitas.

Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, hal ini karena mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya.

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya bayi berat badan lahir rendah dibedakan :

1. Bayi berat lahir rendah, berat lahir 1500 - 2500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah, berat lahir kurang dari 1500 gram.
3. Bayi berat lahir eksterem, Berat lahir kurang dari 1000 gram.

2.2.2 Etiologi

BBLR dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Jumarni, 2014), yaitu:

1. Faktor ibu, meliputi penyakit yang diderita ibu misalnya, toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, diabetes melitus, dan lain-lain. Usia ibu saat hamil lebih dari 35 tahun, multi gravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat, dan lain-lain. Keadaan sosial ekonomi, golongan sosial ekonomi dan perkawinan yang tidak sah. Sebab lain termasuk karena ibu adalah seorang perokok dan peminum minuman beralkohol atau pengguna narkotika.
2. Faktor janin, meliputi hidramnion, kehamilan ganda, kelainan kromosom, dan lain-lain.
3. Faktor lingkungan, meliputi tempat tinggal, radiasi dan zat-zat beracun.

2.2.3 Faktor-Faktor Penyebab BBLR

Menurut Manuaba (2014) , faktor-faktor yang mengakibatkan terjadinya BBLR adalah:

1. Faktor Ibu

a. Paritas

Paritas adalah jumlah persalinan yang di alami oleh ibu baik lahir hidup maupun lahir mati, tingkat paritas telah menarik perhatian para peneliti dalam hubungan kesehatan si ibu maupun si anak. Dikatakan bahwa terdapat kecenderungan kesehatan ibu yang berparitas rendah lebih baik dari yang berparitas tinggi, terdapat asosiasi antara tingkat paritas dan

penyakit-penyakit tertentu.

Pada ibu hamil pertama atau >4 mempunyai peluang mengalami hal ini karena kecilnya permukaan rahim dan terdapatnya sikatrik pada luka bekas penempelan plasenta pada kehamilan terdahulu. Malnutrisi pada masa embryogenesis memiliki efek yang kecil terhadap pertumbuhan janin, karena wanita memiliki simpanan nutrisi yang cukup untuk fase ini. Tetapi pada fase pertumbuhan trimester ketiga saat hipertrofi seluler janin dimulai, kebutuhan nutrisi janin bisa melebihi persediaan ibu jika masukan nutrisi ibu rendah sehingga dapat menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (Proverawati A. & Maisaroh, 2013).

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Paritas tinggi banyak terjadi pada ibu usia lebih 35 tahun (Prawirohardjo, 2014). Paritas tinggi merupakan paritas rawan, salah satu dampak kesehatan yang mungkin timbul dari paritas yang tinggi adalah berhubungan dengan kejadian BBLR (Rustam M., 2015).

Paritas dikelompokkan menjadi 4 golongan yaitu:

- 1) *Nulipara* golongan ibu dengan paritas 0 (wanita yang belum pernah melahirkan bayi).
- 2) *Primipara* golongan wanita dengan paritas 1 (ibu yang telah pernah melahirkan bayi sebanyak 1 kali).
- 3) *Multipara* golongan ibu dengan paritas 2-5 (ibu yang telah pernah

melahirkan bayi sebanyak 2 sampai 5 kali)

- 4) *Grande multipara* golongan ibu dengan paritas > 5 (ibu yang telah pernah melahirkan sebanyak lebih dari 5 kali.

- b. Umur kurang dari 20 tahun atau diatas 35 tahun.

Ibu-ibu yang terlalu muda seringkali secara emosional dan fisik belum matang, selain pendidikan pada umumnya rendah, ibu yang masih muda masih tergantung pada orang lain. Umur ibu kurang dari 20 tahun menunjukkan rahim dan panggul ibu belum berkembang secara sempurna karena wanita pada usia ini masih dalam masa pertumbuhan sehingga panggul dan rahim masih kecil. Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda berusia kurang dari 20 tahun. Pada ibu yang tua meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR. Disamping itu, usia di atas 35 tahun cenderung mengakibatkan timbulnya masalah-masalah kesehatan seperti hipertensi, DM, anemia, TB paru dan dapat menimbulkan persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan serta terjadinya resiko terjadinya cacat bawaan pada janin. Faktor usia ibu bukanlah faktor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia di luar usia 20 sampai 35 tahun (Manuaba, 2014).

Adapun keluarga dengan resiko tinggi kejadian BBLR adalah tingkat social ekonomi rendah, umur ibu (<16 tahun atau >35 tahu), menderita

kekurangan gizi, menderita hipertensi, primipara atau multipara dan riwayat persalinan dengan komplikasi (Widiyasworo & Prahesti, 2014).

Pengaruh usia ibu terhadap kejadian BBLR merupakan factor resiko tinggi, karena wanita yang hamil usia dibawah 20 tahun perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal. Selain itu emosi dan kejiwaannya belum cukup matang sehingga pada saat kehamilan ibu tersebut belum dapat menanggapi kehamilannya secara sempurna dan sering terjadi komplikasi. Sedangkan kehamilan diatas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan, mengingat mulai usia ini sering muncul penyakit seperti hipertensi, tumor jinak, dan penyakit degeneratif lainnya. Dalam proses persalinan sendiri, kehamilan diusia 35 tahun ke atas akan menghadapi kesulitan akibat lemahnya kontraksi rahim serta timbul kelainan pada tulang panggul tengah (Hidayati, 2014).

c. Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat.

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik. Ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Manuaba, 2014).

Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik. Ibu yang melahirkan anak dengan jarak yang sangat berdekatan (dibawah dua tahun) akan mengalami peningkatan resiko terhadap terjadinya perdarahan pada trimester III, termasuk karena alasan plasenta previa, anemia dan ketuban pecah dini serta dapat melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Prawirohardjo, 2014).

Beberapa faktor lainnya yang dapat mempengaruhi berat badan lahir, antara lain umur ibu, paritas, tinggi badan ibu, jarak kelahiran, dan pekerjaan ibu. Kehamilan yang terjadi pada usia dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap berat badan lahir bayi (Proverawati A. & Maisaroh, 2013).

d. Pengetahuan

Menurut England, faktor yang paling berperan terjadinya BBLR adalah faktor ibu, faktor janin dan faktor plasenta. Dari tiga faktor tersebut, faktor ibu merupakan yang paling mudah diidentifikasi. Faktor ibu yang berhubungan dengan BBLR antara lain umur ibu (35 tahun), dan faktor sosial ekonomi (sosial 4 ekonomi rendah, pekerjaan fisik yang berat, kurangnya pemeriksaan kehamilan, kehamilan yang tidak dikehendaki), serta faktor lain (ibu perokok, pecandu narkoba, dan alkohol). Namun faktor yang ada pada

suatu daerah yang satu dengan yang lain berbeda, tergantung pada faktor geografis, sosial ekonomi, dan budaya (Simbolon D, 2016).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (over behavior). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Selain itu, orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini (Maryunani A., 2015).

e. Gizi saat hamil yang kurang.

Kekurangan gizi selama hamil akan berakibat buruk terhadap janin seperti prematuritas, gangguan pertumbuhan janin, kelahiran mati maupun kematian neonatal dini. Penentuan status gizi yang baik yaitu dengan mengukur berat badan ibu sebelum hamil dan kenaikan berat badan selama hamil (Manuaba, 2014).

f. Pekerjaan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berat bayi lahir dikelompokkan sebagai, faktor lingkungan internal, yang meliputi umur ibu, paritas, jarak kehamilan, kesehatan ibu, kadar hemoglobin ibu hamil serta ukuran antropometri ibu hamil, faktor lingkungan eksternal, yang meliputi, kondisi lingkungan, masukan makanan ibu selama hamil, jenis pekerjaan ibu, tingkat pendidikan ibu dan bapak (kepala keluarga), pengetahuan gizi dan tingkat sosial ekonomi, faktor penggunaan pelayanan kesehatan yaitu frekuensi pemeriksaan kehamilan (ANC) (Susilowati et al., 2016).

Pekerjaan seorang ibu berhubungan dengan status ekonomi. Pengaruh sosial ekonomi merupakan hal yang cukup berpengaruh dalam kejadian BBLR, walaupun secara tidak langsung. Pendapatan yang rendah akan menyulitkan seorang ibu untuk memenuhi kebutuhan bayi terutama dalam hal gizi. Hal ini pada akhirnya akan menyebabkan bayi dengan BBLR. McCarthy dan Maine menunjukkan bahwa angka kematian ibu dapat diturunkan secara tidak langsung dengan memperbaiki status sosial ekonomi yang mempunyai efek terhadap salah satu dari seluruh faktor langsung yaitu perilaku kesehatan dan perilaku reproduksi, status kesehatan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan (Manuaba, 2014).

g. Pendapatan

Secara tidak langsung penghasilan keluarga akan mempengaruhi kejadian BBLR karena umumnya ibu-ibu dengan penghasilan keluarga

rendah akan mempunyai asupan makanan yang lebih rendah baik secara kualitas maupun kuantitas yang akan berakibat terhadap rendahnya status gizi ibu hamil tersebut. Ibu dengan tingkat sosial ekonomi rendah cenderung memiliki tingkat kunjungan ke fasilitas kesehatan yang lebih rendah pula dibandingkan dengan ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi (Jayanti F.A. et al., 2017).

Faktor lain yang mempengaruhi berat badan lahir bayi adalah sosio ekonomi. Kesenjangan sosioekonomi di Indonesia masih sangat terlihat jelas dan mencolok. Status sosioekonomi seperti usia ibu, pekerjaan, pendapatan dan pendidikan ibu mempunyai hubungan dengan berat badan lahir anak. Bayi yang dilahirkan dengan orangtua status sosioekonomi rendah beresiko akan lahir dengan BBLR (Jornayvaz et al., 2018).

Pemerintah Aceh telah menetapkan upah minimum (UMP) pada tahun 2021 sebesar Rp. 3.165.031. angka ini sama dengan UMP 2020. Keputusan ini dilatar belakangi dengan mengikuti Surat Edaran Menteri No. M/11/HK.04/X/2020 tentang penetapan upah minimum pada tahun 2021 pada masa pandemi corona virus disease 2019 (Covid-19) (Pergub, 2021).

2. Faktor Kehamilan

Menurut Manuaba (2014) , faktor kehamilan terdiri dari

a. Hamil Dengan Hidramnion.

Hidramnion adalah kondisi suatu kondisi dimana ibu hamil yang memiliki terlalu banyak air ketuban dalam rahimnya. Gangguan

kehamilan ini jarang terjadi, kondisi yang juga disebut dengan polihidramnion ini diperkirakan hanya terjadi pada sekitar 1-2% perempuan hamil.

Hidramnion yang kadang-kadang disebut polihidramnion merupakan keadaan cairan amnion yang berlebihan. Hidromnion dapat menimbulkan persalinan sebelum kehamilan 28 minggu, sehingga dapat menyebabkan kelahiran prematur dan dapat meningkatkan kejadian BBLR.

Hidramnion adalah kondisi suatu kondisi dimana ibu hamil yang memiliki terlalu banyak air ketuban dalam rahimnya. Gangguan kehamilan ini jarang terjadi, kondisi yang juga disebut dengan polihidramnion ini diperkirakan hanya terjadi pada sekitar 1-2% perempuan hamil (Ester M., 2013).

Menurut Triana (2016) menjelaskan bahwa hidramnion merupakan kehamilan dengan jumlah air ketuban >2 liter. Hal ini terjadi bila produksi air ketuban bertambah serta dikarenakan terganggunya pengaliran air ketuban. Akibat dari berlebihnya cairan ketuban menyebabkan perengangan maksimal pada kehamilan sebelum aterm sehingga ibu dapat melahirkan secara premature, yang berdampak pada bayinya (bayi lahir dengan berat badan rendah).

b. Perdarahan Antepartum.

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan yaitu sebelum bayi dilahirkan. Komplikasi utama dari perdarahan antepartum adalah perdarahan yang menyebabkan anemia dan syok yang menyebabkan keadaan ibu semakin jelek. Keadaan ini yang menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan anemia pada janin bahkan terjadi syok intrauterin yang mengakibatkan kematian janin intrauterin. Bila janin dapat diselamatkan, dapat terjadi berat badan lahir rendah, sindrom gagal napas dan komplikasi asfiksia.

c. Anemia

Penyebab terjadinya BBLR antara lain karena ibu hamil mengalami anemia, kurang suplai gizi waktu dalam kandungan, komplikasi kehamilan, hipertiroid kehamilan dan lahir prematur. Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah perlu penanganan serius, karena pada kondisi tersebut bayi mudah sekali mengalami hipotermi dan belum sempurnanya pembentukan organ-organ tubuhnya yang biasanya akan menjadi penyebab utama kematian bayi.

Anemia pada ibu hamil menyebabkan rendahnya kadar oksigen sehingga suplai oksigen terhadap janin terganggu. Ibu yang tinggal didataran tinggi beresiko mengalami hipoksia janin yang menyebabkan

asfiksia neonatorum dan berpengaruh terhadap janin karena gangguan oksigenasi dan menyebabkan BBLR (Brough L. et al., 2013).

Anemia pada kehamilan cenderung meningkatkan kejadian BBLR. Hal ini dapat terjadi karena anemia penyebab langsung angka prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat. Mekanisme lain yang berkontribusi terhadap kejadian BBLR adalah depresi imun pada penderita anemia yang meningkatkan morbiditas karena infeksi, seperti infeksi saluran kemih (Kalaivani K., 2013).

d. Komplikasi Hamil.

1) Ketuban Pecah Dini

Faktor–faktor resiko yang mempengaruhi terhadap kejadian BBLR, antara lain adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 35 tahun, ras kulit hitam, status sosial ekonomi yang kurang, status perkawinan yang tidak sah, tingkat pendidikan yang rendah). Risiko medis ibu sebelum hamil juga berperan terhadap kejadian BBLR (paritas, berat badan dan tinggi badan, pernah melahirkan BBLR, jarak kelahiran). Status kesehatan reproduksi ibu berisiko terhadap BBLR (status gizi ibu, penyakit selama kehamilan, riwayat kehamilan dan komplikasi kehamilan). Status pelayanan antenatal (frekuensi dan kualitas pelayanan antenatal, tenaga kesehatan tempat pemeriksaan hamil, umur kandungan saat

pertama kali pemeriksaan kehamilan) juga dapat beresiko untuk melahirkan BBLR (Prawirohardjo, 2014).

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. BBLR tidak hanya dapat terjadi pada bayi prematur, tapi juga pada bayi cukup bulan yang mengalami hambatan pertumbuhan selama kehamilan (Indiarti M.T., 2015).

2) Plasenta Previa

Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) salah satunya dipengaruhi oleh plasenta previa. Sebagai perdarahan yang berlangsung secara cepat dan dalam jumlah banyak akan menyebabkan gangguan ke plasenta yang mengakibatkan suplai nutrisi dan O₂ ke janin terhambat sehingga pertumbuhan bayi juga terhambat (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Sastrawinata (2015), plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan-keadaan yang endometriumnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Keadaan ini ditemukan pada multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek, mioma uteri, kuretase yang berulang, umur lanjut, bekas seksio sesarea, perubahan inflamasi atau atrofi.

Teori menurut Proverawati A & Asfuah (2014) faktor penyebab terjadinya BBLR adalah plasenta previa terbukti pada penelitian ini. Jadi plasenta previa masih menjadi faktor risiko terpenting terjadinya BBLR. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh terjadinya perdarahan pada ibu sehingga ibu mengalami anemia dan menyebabkan gangguan ke plasenta sehingga suplai nutrisi dan O₂ ke janin terhambat sehingga dapat menyebabkan BBLR. Hal ini disebabkan karena dengan kurangnya suplai nutrisi dan O₂ ke janin maka sistem metabolisme pada janin mengalami gangguan dan tidak bekerja secara optimal yang menyebabkan kebutuhan nutrisi dan O₂ janin tidak terpenuhi. Oleh karena itu pertumbuhan janin terhambat dan mengalami berat badan lahir rendah (BBLR).

3) Pre-eklampsia/Eklampsia.

Pre-eklampsia/Eklampsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau IUGR dan kelahiran mati. Hal ini disebabkan karena Pre-eklampsia/Eklampsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya perkapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang.

4) Ketuban Pecah Dini.

Ketuban dinyatakan pecah sebelum waktunya bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban Pecah Dini (KPD) disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membran yang diakibatkan oleh adanya infeksi yang dapat berasal dari vagina dan serviks. Pada persalinan normal selaput ketuban biasanya pecah atau di pecahkan setelah pembukaan lengkap, apabila ketuban pecah dini, merupakan masalah yang penting dalam obstetri yang berkaitan dengan penyulit kelahiran prematur dan terjadinya infeksi ibu.

5) Hipertensi.

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan persalinan, hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya insufisiensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur.

3. Faktor Janin

Adapun faktor janin menurut Manuaba (2014), adalah sebagai berikut:

a. Cacat Bawaan (kelainan kongenital).

Kelainan kongenital merupakan kelainan dalam pertumbuhan struktur bayi yang timbul sejak kehidupan hasil konsepsi sel telur. Bayi yang dilahirkan

dengan kelainan kongenital, umumnya akan dilahirkan sebagai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) atau bayi kecil untuk masa kehamilannya. Bayi Berat Lahir Rendah dengan kelainan kongenital yang mempunyai berat kira-kira 20% meninggal dalam minggu pertama kehidupannya.

a. Infeksi Dalam Rahim.

Infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh, sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu, pengaruh infeksi hepatitis menyebabkan abortus atau persalinan prematuritas dan kematian janin dalam rahim. Wanita hamil dengan infeksi rubella akan berakibat buruk terhadap janin. Infeksi ini dapat menyebabkan bayi berat lahir rendah, cacat bawaan dan kematian janin.

a. Hamil Ganda.

Berat badan kedua janin pada kehamilan kembar tidak sama, dapat berbeda antara 50 sampai 1.000 gram, karena pembagian darah pada plasenta untuk kedua janin tidak sama. Regangan pada uterus yang berlebihan kehamilan ganda salah satu faktor yang menyebabkan kelahiran BBLR. Pada kehamilan ganda distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi partus prematur. Kebutuhan ibu akan zat-zat makanan pada kehamilan ganda bertambah yang dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain, sehingga sering lahir bayi yang kecil. Kematian perinatal anak kembar lebih tinggi dari pada anak dengan

kehamilan tunggal dan prematuritas merupakan penyebab utama (Prawirohardjo, 2014).

Salah satu faktor risiko yang mempunyai kontribusi terhadap kematian bayi khususnya pada masa perinatal. Berat badan bayi baru lahir ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti keadaan ibu waktu hamil, umur ibu, paritas, status gizi, jarak kehamilan, cukup tidaknya masa kehamilan, dan sosial ekonomi ibu. Kombinasi berbagai faktor inilah yang menentukan apakah bayi yang lahir nantinya termasuk bayi dengan berat badan lahir cukup atau rendah (Saifuddin A.B., 2014).

BBLR disebabkan oleh beberapa faktor, hal tersebut menjadikan BBLR seringkali sulit untuk dicegah. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR antara lain faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor lingkungan. Faktor ibu meliputi usia, status gizi saat hamil, pendidikan, pekerjaan, jarak kehamilan, umur kehamilan, paritas, kehamilan ganda, hipertensi, anemia, perilaku (Pantiawati I., 2016).

Determinan BBLR menurut Ohlsson & Shah (2016) antara lain adalah faktor demografi (umur ibu, jarak kelahiran, paritas, kehamilan yang tidak diinginkan), status gizi ibu (antropometri, body mass index dan kenaikan berat badan ibu saat hamil), antenatal care, aktivitas (kondisi dan tipe pekerjaan), sosio-ekonomi, faktor lingkungan (keterpaparan asap rokok), faktor medis, faktor gaya hidup, faktor genetik, asupan nutrisi, dan anemia).

2.2.4 Prognosis BBLR

Prognosis BBLR ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal, misalnya masa gestasi. Makin muda masa gestasi atau makin rendah berat bayi makin tinggi angka kematian. Prognosis ini juga tergantung dari keadaan sosial ekonomi, pendidikan orang tua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan dan postnatal. Bayi Berat Lahir Rendah cenderung memperlihatkan gangguan pertumbuhan setelah lahir (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Manuaba (2014), menghadapi bayi BBLR harus memperlihatkan masalah-masalah berikut :

a. Suhu tubuh yang belum stabil

- 1) Pusat mengatur napas badan masih belum sempurna.
- 2) Luas badan bayi relatif besar sehingga penguapannya bertambah.
- 3) Otot bayi masih lemah.
- 4) Lemak kulit kurang, sehingga cepat kehilangan panas.
- 5) Pusat pengaturan suhu yang belum berfungsi dengan baik.

b. Gangguan pernapasan

Penanganan BBLR yang mengalami gagal nafas memerlukan suatu unit perawatan intensif, dan penatalaksanaan yang optimal tergantung pada sistem perawatan neonatus yang ada, yaitu ketersediaan tenaga ahli, fasilitas yang memiliki kemampuan dalam menilai dan memberikan tatalaksana kehamilan resiko tinggi, serta memiliki kemampuan menerima rujukan dari fasilitas kesehatan dibawahnya (Angus et al., 2013).

Penatalaksanaan gagal nafas pada neonatus di ruang perawatan intensif neonatus (NICU) saat ini telah mengalami perkembangan. Penggunaan surfaktan, *high frequency ventilator*, *inhaled nitric oxide* (iNO), telah banyak dilakukan dan berakibat pada berkurangnya penggunaan extracorporeal membrane oxygenation yang memiliki banyak efek samping.

c. Gangguan alat pencernaan makanan dan problema nutrisi (Field D., 2013).

- 1) Alat pencernaan belum berfungsi sempurna sehingga penyerapan makanan masih lemah dan kurang baik.
- 2) Aktivitas otot pencernaan makanan masih belum sempurna, sehingga pengosongan lambung berkurang.
- 3) Hepar yang belum matang (immatur).
- 4) Mudah menimbulkan gangguan pemecahan bilirubin, sehingga mudah terjadi hiperbilirubinemia (kuning) dan defisiensi vitamin K.
- 5) Ginjal masih belum matang. Kemampuan mengatur pembuangan sisa metabolisme dan air masih belum sempurna sehingga mudah terjadi edema dan asidosis metabolic.
- 6) Perdarahan dalam otak. Pembuluh darah bayi prematur masih rapuh dan mudah pecah, pemberian O₂ belum mampu diatur sehingga mempermudah terjadi perdarahan dan nekrosis, perdarahan dalam otak memperburuk keadaan dan menyebabkan kematian bayi, sering mengalami gangguan pernapasan sehingga mempermudah terjadi perdarahan otak. Alat tubuh bayi prematur belum berfungsi seperti bayi

matur. Oleh sebab itu, ia mengalami lebih banyak kesulitan untuk hidup diluar uterus ibunya. Makin pendek masa kehamilannya makin kurang sempurna pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya, dengan akibat makin mudahnya komplikasi dan makin tingginya angka kematiannya (Prawirohardjo, 2014). Pada saat persalinan, BBLR mempunyai resiko yaitu asfiksia atau gagal untuk bernapas secara spontan dan teratur saat atau beberapa menit setelah lahir. Hal itu diakibatkan faktor paru yang belum matang.

2.2.5 Penanganan BBLR

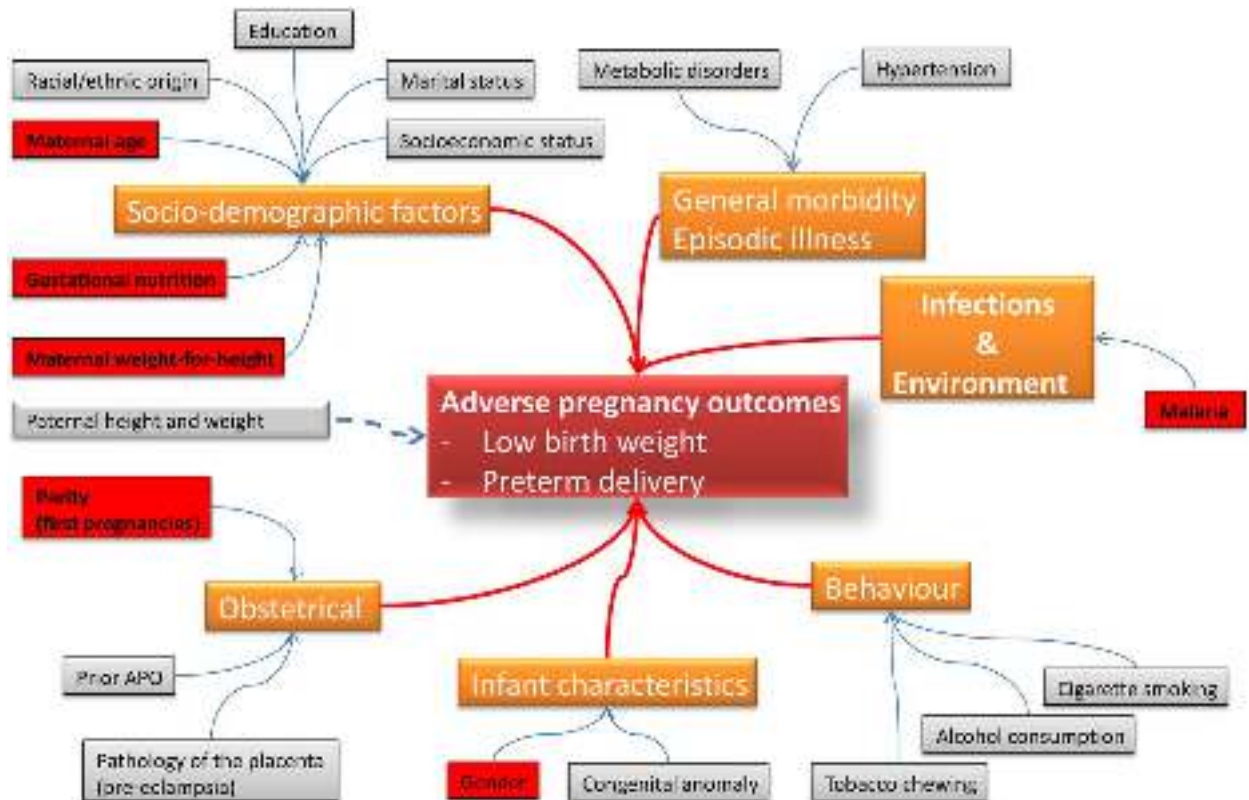
Adapun penanganan BBLR menurut Prawirohardjo (2012), adalah sebagai berikut

1. Mempertahankan suhu dengan ketat, BBLR mudah mengalami hipotermia, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
2. Mencegah infeksi dengan ketat. BBLR sangat rentan akan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi/ASI. Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi / nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.

2.3 Kerangka Teori

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Conceptual framework of risk factors of adverse pregnancy outcome (APO).

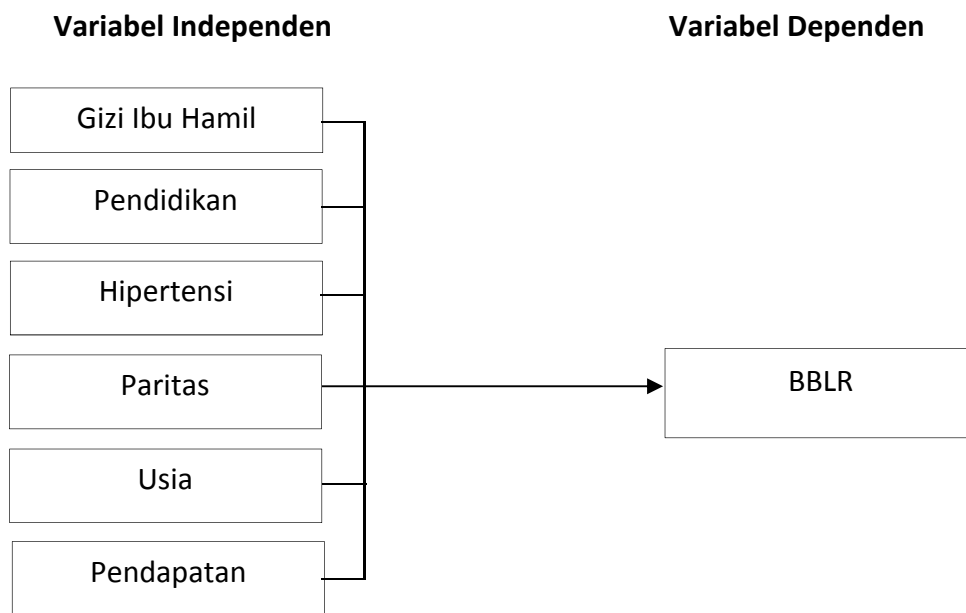
(Mombo-Ngoma et al., 2016)

BAB III

KERANGKA KONSEPSIONAL

1.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep teoritis yang dikemukakan oleh Gibson dalam Setiawan (2014) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR, maka peneliti dapat menggambarkan kerangka penelitian sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

1.2 Variabel Penelitian

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (independen): meliputi gizi ibu hamil, pendidikan, hipertensi, paritas, pengetahuan, usia dan pendapatan
2. Variabel terikat (dependen): kejadian BBLR

1.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1	2	3	4	5	6
Variabel Dependen					
BBLR	Ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan < 2500 gram	Kuesioner	Buku KIA dengan kriteria – Ya jika bayi lahir dengan berat badan < 2500gr – -tidak jika bayi lahir dengan berat badan ≥ 2500 gram	– Ya – Tidak	Ordinal
Variabel Independen					
Gizi ibu selama kehamilan	Suatu keadaan keseimbangan dalam tubuh ibu hamil yang digunakan oleh tubuh untuk kelangsungan hidup dalam mempertahankan fungsi-fungsi organ tubuh	Kuesioner	Lihat buku KIA dengan kriteria : – Risiko KEK, bila LILA < 23,5 cm. – Baik, bila LILA ≥ 23,5 cm.	– Resiko KEK – Baik	Ordinal
Pendapatan	Jumlah uang yang dihasilkan oleh orangtua baduta dalam 1 bulan berdasarkan Upah Minimum Provinsi Aceh Tahun 2019.	Kuesioner	Membagikan kuesioner yang terdiri dari 1 pertanyaan dengan kriteria: – Tinggi: ≥Rp. 3.165.031 – Rendah: <Rp. 3.165.031	– Tinggi – Rendah	Ordinal

Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang berhasil diselesaikan oleh ibu hamil	Kuesioner	Buku KIA dengan kriteria - Dasar - Menengah - Tinggi	Dasar - Menengah - Tinggi	Ordinal
Hipertensi	Riwayat memiliki tekanan darah tinggi selama masa kehamilan	Kuesioner	Buku KIA dengan kriteria - Ya (TD $\geq$ 140/90mmHg) - Tidak (TD <140/90mmHg)	Ya - Tidak	Ordinal
Paritas	Jumlah persalinan ibu baik yang lahir hidup maupun yang mati	Kuesioner	Buku KIA dengan kriteria - Primipara - Multipara	Tidak Berisiko - Berisiko	Ordinal
Umur	Usia ibu hamil pada saat hamil sekarang dan pada saat mengalami abortus	Kuesioner	Buku KIA dengan kriteria - Tidak berisiko (20–35tahun) - Berisiko (<20 tahun, atau >35 tahun)	Tidak Berisiko - Berisiko	Ordinal

1.4 Pengukuran Variabel

1.4.1 Kejadian BBLR (Manuaba, 2014)

Kejadian BBLR diukur menggunakan lembar *Kuesioner* dengan dua opsi :

- BBLR, bila berat badan lahir < 2500.
- Tidak BBLR, bila berat badan lahir $\geq$ 2500.

1.4.2 Status Gizi Ibu Hamil (Manuaba, 2014)

Status gizi ibu saat hamil diukur melihat buku KIA dengan dua opsi:

a. Risiko KEK, bila LILA < 23,5 cm.

b. Baik, bila LILA $\geq$ 23,5 cm.

1.4.3 Pendapatan (Pergub, 2021)

Pendapatan diukur dengan menggunakan kuesioner dengan dua opsi :

a. Tinggi: $\geq$ Rp. 3.165.031

b. Rendah: <Rp. 3.165.031

1.4.4 Pendidikan (Manuaba, 2014)

Anemia diukur dilihat melalui buku KIA dengan dua opsi :

a. Dasar jika tamat SD atau SMP

b. Menengah jika tamat SMA/Sederajat

c. Tinggi jika tamat D1/D3/S1/S2/Sederajat

1.4.5 Hipertensi (Manuaba, 2014)

Jarak kehamilan dilihat melalui buku KIA dengan dua opsi :

a. Ya jika ibu memiliki riwayat tekanan darah $\geq$ 140/80 mmHg

b. Tidak jika memiliki riwayat tekanan darah < 140/90 mmHg

1.4.6 Paritas (Manuaba, 2014)

Paritas diukur dilihat melalui buku KIA dengan dua opsi :

a. Primipara

b. Multipara

1.4.7 Usia (Manuaba, 2014)

Usia diukur dilihat melalui buku KIA dengan dua opsi :

a. Tidak berisiko (20–35tahun)

b. Berisiko (<20 tahun, atau >35 tahun)

1.5 Hipotesa Penelitian

Adapun hipotesa dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1.5.1 Ha: Ada hubungan status gizi ibu saat hamil dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan status gizi ibu saat hamil dengan kejadian BBLR
- 1.5.2 Ha: Ada hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian BBLR
- 1.5.3 Ha: Ada hubungan pendidikan dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan pendidikan dengan kejadian BBLR
- 1.5.4 Ha: Ada hubungan hipertensi dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan hipertensi dengan kejadian BBLR
- 1.5.5 Ha: Ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR
- 1.5.6 Ha: Ada hubungan usia dengan kejadian BBLR
Ho: Tidak ada hubungan usia dengan kejadian BBLR

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

1.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *survei analitik* dengan desain penelitian *case control*. Penelitian dimulai dengan melakukan pengukuran variabel dependent, yakni BBLR pada balita, baik pada kelompok kasus maupun kelompok control, sedangkan variabel independennya ditelusuri secara retrospektif (Dharma K.K, 2013).

1.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan menggunakan data primer yang pada tanggal 10 s/d 15 Februari 2022 di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar.

1.3 Populasi dan Sampel

1.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar sejak Agustus 2021 sampai dengan Januari 2022 yang berjumlah 21 orang.

1.3.2 Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu ibu yang melahirkan bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh

Besar. Adapun jumlah sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 63 orang, dengan perbandingan 1:2 yang terdiri dari 21 bayi yang lahir dengan BBLR dan 42 balita dengan berat badan lahir normal.

1.4 Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Memperoleh izin melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah.
2. Setelah memperoleh surat izin penelitian, peneliti melakukan persiapan penelitian seperti lembar alat tulis yang digunakan pada saat penelitian.
3. Memperoleh izin untuk penelitian dari Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar
4. Pada penelitian ini dibantu oleh 2 orang enumerator yang telah dilatih sebelumnya agar sesuai dengan kepentingan penelitian ini.
5. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian kepada kepala ruangan yang dijadikan tempat penelitian.
6. Selanjutnya peneliti akan memulai mengumpulkan data melihat buku KIA ibu bersalin.
7. Setelah melakukan pengumpulan data, penelitian melakukan terminasi kepada responden dengan mengucapkan terimakasih secara lisan atas kesediaannya memberikan izin dan kooperatif dalam pengumpulan data.

8. Setelah pengumpulan data selesai. Maka selanjutnya memperoleh keterangan telah selesai melakukan penelitian dari Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar.

1.5 Pengolahan Data

Dharma (2013), mengatakan bahwa seluruh data hasil penelitian diolah dengan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

- 4.1.1 *Editing* yaitu melakukan pengecekan terhadap hasil penelitian meliputi kelengkapan kuesioner. Setelah pengumpulan data, dilakukan penelitian kembali terhadap instrumen pengumpulan data. Data yang berisikan pertanyaan jawaban berdasarkan skala guttmant untuk memastikan semua pertanyaan telah terisi, dapat terbaca dan melihat kekeliruan yang mempunyai kemungkinan mengganggu pengolahan selanjutnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan terhadap seluruh lembar kuesioner, peneliti tidak menemukan ketidak lengkapan pengisian sebab peneliti telah memeriksa segera setelah pengisian dilakukan.
- 4.1.2 *Coding* yaitu memberi kode jawaban secara angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana. Peneliti memberikan kode pada lembar Kuesioner berdasarkan *skala guttmant* yang terdapat pada lembar Kuesioner untuk memudahkan pengolahan data. Kode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kode responden yang diawali

dengan 1 untuk responden. Setiap jawaban positif akan diberikan nilai 1 dan jawaban negatif diberikan nilai 0.

4.1.3 *Transferring* yaitu memindahkan jawaban responden kedalam bentuk tabel data yang telah diberi kode, peneliti susun secara berurutan mulai dari responden pertama sampai yang terakhir untuk kemudian dimasukkan ke dalam tabel yang sesuai dengan sub variabel yang diteliti.

4.1.4 *Tabulating* yaitu mengelompokkan data berdasarkan kategori yang telah dibuat untuk variabel yang diukur dan ditampilkan kedalam bentuk tabel pada tahap tabulating, peneliti mengelompokkan data berisi pertanyaan skala guttmant berdasarkan kategori yang telah dibuat untuk setiap sub variabel dan selanjutnya dimasukkan kedalam tabel.

1.6 Analisis Data

1.6.1 Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti baik variabel terikat (dependen) maupun variabel bebas (independen).

1.6.2 Analisa Bivariat

Untuk mengukur hubungan uvariabel independen terhadap variabel dependen dilakukan dengan menggunakan tabel silang yang dikenal dengan tabel bayis kali kolom ($b \times k$) dengan derajat kebebasan (df) yang sesuai dan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Skor diperoleh dengan menggunakan metode statistik *Chi-square test* (χ^2) dengan rumus berikut:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Dimana :

O = frekuensi observasi

E = frekuensi harapan

Bila pada tabel 3 x 4 terdapat nilai frekuensi harapan (*expected frequency*) <5 lebih dari 20%, maka dilakukan marger sel (*grouping*) menjadi 3 x 2 atau 2 x 2 dengan derajat kebebasan (*degree of freedom*) yang sesuai. Jika setelah dilakukan penggabungan sel sehingga membentuk tabel *contingency* 2 x 2 terdapat nilai frekwensi harapan kurang dari 5, maka akan dilakukan upaya koreksi dengan menggunakan formula *yate's correction for continuity*, dengan rumus:

$$\chi^2 = \frac{[(O - e) - (0,5)^2]}{e}$$

Pengujian hipotesa dilakukan dengan kriteria bahwa jika χ^2 hitung < χ^2 tabel maka hipotesa (H_0) diterima dan sebaliknya apabila χ^2 hitung $\geq \chi^2$ tabel maka hipotesa (H_0) ditolak. Perhitungan statistik untuk analisa tersebut dilakukan dengan menggunakan program komputer yaitu SPSS versi 23 maka hasil yang diperoleh diinterpretasikan menggunakan nilai probabilitas dengan keputusan tabel kontigensi 3 x 2 dapat dilihat pada kolom *value bayis pearson Chi-square*, untuk tabel kontigensi 2 x 2 dimana tidak terdapat sel yang kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada kolom *asympt. Sig (2-sided) bayis contiunity correction* dan untuk tabel kontigensi

2 x 2 dimana terdapat sel yang kurang dari 5 dapat dilihat nilai *p-value* pada bayis *fisher's Exact Text* kolom *Exact sig (2-sided)* maka jika *p-value* > 0,05 maka H_0 diterima sedangkan jika *p-value* $\leq 0,05$ H_0 ditolak (Dharma K.K, 2013).

Menurut Dharma (2013), syarat uji *Chi-Square* adalah sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka uji alternatifnya adalah uji *chi-square* untuk tabel 2x2 dengan uji *Fisher* dimana syarat nilai *expected* lebih dari 5, lebih 20% dari jumlah sel. Setelah dilakukan penggabungan akan terbentuk suatu tabel BxK yang baru tersebut.

1.7 Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan akan disajikan secara manual kemudian disajikan dalam bentuk tabular dan tekstular untuk mempermudah bagi pembaca dalam pengambilan kesimpulan.

BAB V

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

5.1 Geografis dan Administratif

5.2 Letak Geografis

RSUD Meuraxa terletak di tepi jalan raya yang membelah 2 kabupaten yaitu Kota Banda Aceh dan Kabupaten Aceh Besar. Meskipun RS ini merupakan RS rujukan milik pemerintah Kota Banda Aceh, namun berdasarkan data pada tahun 2011, 62% pelanggannya adalah masyarakat yang berdomisili di Kabupaten Aceh Besar sehubungan dengan jarak RS Kabupaten Aceh Besar berkisar 40 km dari pemukiman penduduk Aceh Besar yang berdomisili di sekitar RS Meuraxa. RS ini memiliki lahan seluas 35.000 m².

5.3 Visi dan Misi RSUD Meuraxa

5.3.1 Visi

Visi RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh adalah “Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Prima Yang Islami”.

5.3.2 Misi

Misi RSUD Meuraxa adalah:

1. Memberikan Pelayanan secara Profesional dan Islami
2. Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
3. Meningkatkan kualitas dan Kesejahteraan SDM
4. Menciptakan Lingkungan dan Budaya Kerja yang Sehat dan Islami

BAB VI

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

6.1 Hasil Penelitian

Bab ini menjelaskan hasil penelitian, uraian dimulai dengan analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat menggambarkan secara deskriptif untuk melihat distribusi frekuensi variabel-variabel yang diteliti baik variabel *dependent* maupun *independent* yang meliputi: usia, pendidikan, riwayat hipertensi, paritas, pendapatan, status gizi dan BBLR.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hipotesis dengan menggunakan uji *chi square* untuk melihat hubungan antara variabel *independent* (variabel bebas) dengan *variabel dependent* (variabel terikat). Hasil dari pengumpulan data dilapangan yang dilakukan pada tanggal 10 s/d 25 Februari 2022. Subyek penelitian terdiri dari ibu hamil yang memiliki bayi 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu, selanjutnya dianalisis secara univariat dan bivariat.

Adapun kendala dan hambatan dalam penelitian ini adalah adanya ibu yang buku KIAnya hilang atau rusak sehingga peneliti harus menrlusuri data Puskesmas Meski sedang dalam masa pandemic, namun pihak Puskesmas bersedia untuk dijumpai dan memberikan izin melakukan penelitian dengan syarat tetap mematuhi protocol kesehatan.

6.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel usia, pendidikan, riwayat hipertensi, paritas, pendapatan, status gizi dan BBLR. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.1
Distribusi Frekuensi Faktor Yang Berubungan Dengan Kejadian BBLR
di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Aceh Besar (n=63)

No	Usia	n	%
1	Tidak Berisiko	38	60,3
2	Berisiko	25	39,7
No	Pendidikan	n	%
1	Tinggi	23	36,5
2	Menengah	40	63,5
No	BBLR	n	%
1	Tidak	42	66,7
2	Ya	21	33,3
No	Riwayat Hipertensi	n	%
1	Tidak	45	71,4
2	Ya	18	28,6
No	Paritas	n	%
1	Primipara	35	55,6
2	Multipara	28	44,4
No	Pendapatan	n	%
1	Tinggi	27	42,9
2	Rendah	36	57,1
No	Status Gizi	n	%
1	Baik	55	87,3
2	Risiko KEK	8	12,7
Total		63	100

Sumber: Data Skunder (diolah) 2022

Berdasarkan tabel 6.1 menunjukkan bahwa dari 100 responden, sebagian besar pada kategori usia tidak berisiko sebanyak 38 responden (60,3%), dengan pendidikan menengah yaitu sebanyak 40 responden (63,5%), melahirkan

bayi dengan berat badan lahir normal yaitu sebanyak 42 orang (66,7%), tidak memiliki riwayat tekanan darah tinggi selama kehamilan sebanyak 45 orang (71,4%), dengan paritas primipara sebanyak 35 responden (55,6%), tingkat pendapatan rendah sebanyak 36 orang (57,1%) dan status gizi baik sebanyak 55 responden (87,3%).

6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara usia, pendidikan, riwayat hipertensi, paritas, pendapatan, status gizi dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Aceh Besar Tahun 2022. Analisis bivariat dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* (χ^2) dan dinyatakan bermakna apabila P value < 0,05.

Tabel 6.2
Hubungan Keterlambatan Petugas Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Poli Penyakit Dalam di Rumah Sakit TK II Iskandar Muda Kota Banda Aceh Tahun 2022 (n=63)

Usia	BBLR				Total		OR (CI)	P-Value
	Tidak		Ya					
	n	%	N	%	n	%		
Tidak Berisiko	30	78,9	8	21,1	38	100	4 (1,34-12.28)	0,023
Berisiko	12	48	13	52	25	100		
Pendidikan	n	%	N	%	n	%	OR (CI)	P-Value
Tinggi	14	60,9	9	39,1	23	100	0,6 (0,227-1,95)	0,644
Menengah	28	70	12	30	40	100		
Hipertensi	n	%	N	%	n	%	OR (CI)	P-Value

Tidak	36	80	9	20	45	100	8 (2,35-27,15)	0,001
Ya	6	33,3	12	66,7	18	100		
Paritas	n	%	n	%	n	%	OR (CI)	P-Value
Primipara	27	77,1	8	22,9	35	100	2,9 (0,99-8,64)	0,049
Multipara	15	53,6	13	46,4	28	100		
Pendapatan	n	%	n	%	n	%	OR (CI)	P-Value
Tinggi	22	81,5	5	18,5	27	100	3,5 (1,09-11,37)	0,049
Rendah	20	55,6	16	44,4	37	100		
Status Gizi	n	%	n	%	n	%	OR (CI)	P-Value
Baik	41	74,5	14	25,5	55	100	20,5 (2,31-181,5)	0,001
Risiko KEK	1	12,5	7	87,5	8	100		
Total	42		21		63	100		

Sumber: Data Sekunder (diolah) 2020

Tabel 6.2 menunjukkan bahwa proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan normal pada usia kategori tidak berisiko lebih tinggi (78,9%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (21,1%). Sebaliknya proporsi responden yang memiliki usia berisiko memiliki proporsi kejadian BBLR lebih besar (52%) dibandingkan dengan berat lahir normal (48%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 dengan OR=4 yang bermakna bahwa ada hubungan usia ibu dengan kejadian BBLR. Ibu yang hamil usia <20 tahun atau < 35 tahun berisiko 4 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan normal dengan tingkat pendidikan tinggi, lebih tinggi (60,9%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (39,1%). Sedangkan proporsi responden dengan pendidikan menengah

bersiko memiliki proporsi kejadian BBLR lebih rendah (30%) dibandingkan dengan berat lahir normal (70%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,644 dengan OR=0,6 yang bermakna bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara pendidikan dengan kejadian BBLR dimana pendidikan merupakan faktor protektif.

Proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan normal pada ibu yang tidak memiliki riwayat hipertensi dalam kehamilan lebih tinggi (80%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (20%). Sebaliknya proporsi responden yang memiliki riwayat hipertensi, proporsi kejadian BBLR lebih besar (66,7%) dibandingkan dengan berat lahir normal (33,3%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 dengan OR=8 yang bermakna bahwa ada hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian BBLR. Ibu yang dengan hipertensi tahun berisiko 8 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan lahir normal yang berstatus primipara lebih tinggi (77,1%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (22,9%). Sebaliknya proporsi responden dengan status orimipara dan melahirkan bayi BBLR lebih rendah (46,4%) dibandingkan dengan berat lahir normal (55,6%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,049 dengan OR=2,9 yang bermakna bahwa ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR. Ibu yang dengan paritas multipara berisiko 2,9 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan normal pada ibu dengan pendapatan tinggi lebih tinggi (81,5%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (18,5%). Sedangkan proporsi responden yang memiliki pendapatan rendah, proporsi kejadian BBLR lebih rendah (44,4%) dibandingkan dengan berat lahir normal (55,6%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,049 dengan OR=3,5 yang bermakna bahwa ada hubungan pendapatan dengan kejadian BBLR. Ibu dengan pendapatan tinggi berisiko 3,5 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Proporsi ibu melahirkan bayi dengan berat badan normal pada ibu dengan status gizi baik lebih tinggi (74,5%) dibandingkan dengan ibu yang melahirkan bayi BBLR (25,5%). Sebaliknya proporsi responden dengan status gizi risiko KEK, proporsi kejadian BBLR lebih besar (87,5%) dibandingkan dengan berat lahir normal (12,5%). Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 dengan OR=20,5 yang bermakna bahwa ada hubungan status gizi dengan kejadian BBLR. Ibu dengan status gizi risiko KEK berisiko 20,5 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

6.3 Pembahasan

6.3.1 Hubungan Usia Ibu dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 dengan OR=4 yang bermakna bahwa ada hubungan usia ibu dengan kejadian BBLR. Ibu yang hamil usia <20 tahun atau < 35 tahun berisiko 4 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Kelahiran bayi BBLR lebih tinggi pada ibu-ibu muda berusia kurang dari 20 tahun. Pada ibu yang tua meskipun mereka telah berpengalaman, tetapi kondisi badannya serta kesehatannya sudah mulai menurun sehingga dapat mempengaruhi janin intra uterin dan dapat menyebabkan kelahiran BBLR. Disamping itu, usia di atas 35 tahun cenderung mengakibatkan timbulnya masalah-masalah kesehatan seperti hipertensi, DM, anemia, TB paru dan dapat menimbulkan persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan serta terjadinya resiko terjadinya cacat bawaan pada janin. Faktor usia ibu bukanlah faktor utama kelahiran BBLR, tetapi kelahiran BBLR tampak meningkat pada wanita yang berusia di luar usia 20 sampai 35 tahun (Manuaba, 2014).

Pengaruh usia ibu terhadap kejadian BBLR merupakan factor resiko tinggi, karena wanita yang hamil usia dibawah 20 tahun perkembangan organ-organ reproduksi dan fungsi fisiologisnya belum optimal. Selain itu emosi dan kejiwaannya belum cukup matang sehingga pada saat kehamilan ibu tersebut belum dapat menanggapi kehamilannya secara sempurna dan sering terjadi komplikasi. Sedangkan kehamilan diatas usia 35 tahun juga tidak dianjurkan, mengingat mulai usia ini sering muncul penyakit seperti hipertensi, tumor jinak, dan penyakit degeneratife lainnya. Dalam proses persalinan sendiri, kehamilan diusia 35 tahun ke atas akan menghadapi kesulitan akibat lemahnya kontraksi rahim serta timbul kelainan pada tulang panggul tengah (Hidayati, 2014).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu dimana terdapat hubungan yang signifikan antara (usia $p_v = 0,006$ dan paritas $p_v = 0,002$), usia

kehamilan dengan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di RSUD Cilacap (usia kehamilan $p_v = 0,000$) dengan nilai $OR = 20,213$ pada $CI=(6,332-64,522)$ hal ini dapat diartikan usia kehamilan dengan kategori praterm berpeluang sebesar 20,213 kali untuk mengalami kejadian BBLR dibandingkan dengan paritas dengan risiko rendah (Apriani, 2021).

Menurut peneliti, usia ibu hamil berisiko berhubungan dengan kejadian BBLR disebabkan karena umur yang terlalu muda atau pun terlalu tua tidaklah baik bagi kehamilan seorang ibu apalagi ketika ibu harus melalui persalinan yang berulang-ulang. Ibu yang hamil berusia kurang dari 20 tahun dapat berisiko pada kehamilan disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan janin. Ibu hamil yang berusia diatas 35 tahun, cenderung terjadi penyakit degeneratif seperti hipertensi dan diabetes mellitus. Faktor usia memegang peranan penting terhadap derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu hamil serta bayi, maka sebaiknya merencanakan kehamilan pada usia antara 20-35 tahun.

6.3.2 Hubungan Pendidikan Ibu dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai $p\text{-value}$ 0,644 dengan $OR=0,6$ yang bermakna bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara pendidikan dengan kejadian BBLR dimana pendidikan merupakan faktor protektif.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa Faktor–faktor resiko yang mempengaruhi terhadap kejadian BBLR, antara lain

adalah karakteristik sosial demografi ibu (umur kurang dari 20 tahun dan umur lebih dari 35 tahun, ras kulit hitam, status sosial ekonomi yang kurang, status perkawinan yang tidak sah, tingkat pendidikan yang rendah) (Norma & Dwi, 2015).

Namun hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya, dimana hasil penelitian menunjukkan variabel yang berhubungan dengan kejadian BBLR adalah usia ibu beresiko ($p = 0,014$), paritas $p = 0,018$, komplikasi kehamilan $p = 0,009$, jarak kehamilan $p = 0,011$, penyakit ibu $p = 0,009$, perilaku $p = 0,003$ sementara itu pendidikan tidak memiliki hubungan bermakna dengan kejadian BBLR ($p = 0,675$). Hasil analisis multivariat terdapat 7 faktor yang masuk dalam pemodelan akhir yang berperan terhadap terjadinya BBLR, yaitu faktor usia, paritas, jarak kehamilan, riwayat melahirkan BBLR, penyakit yang dimiliki ibu, komplikasi yang disebabkan kehamilan ibu, jumlah janin yang dikandung, dengan faktor yang paling dominan adalah riwayat BBLR (Indrasari, 2016).

Menurut peneliti pendidikan erat kaitanya dengan pengetahuan seseorang. Dewasa ini, walaupun pendidikan formal tidak terlalu tinggi, masyarakat sangat mudah mengakses informasi salah satunya dengan menggunakan sosial media maupun mencari informasi melalui website-website tertentu. Sebagian besar para ibu di wilayah pedesaan sudah memiliki gadget, sehingga dapat dengan mudahnya mendapatkan informasi apapun terutama seputar kehamilan. Dengan demikian, pengetahuan ibu dapat bertambah dengan semakin meningkatnya pencarian informasi yang dibutuhkan.

6.3.3 Hubungan Riwayat Hipertensi Ibu dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,001 dengan OR=8 yang bermakna bahwa ada hubungan hipertensi dalam kehamilan dengan kejadian BBLR. Ibu yang dengan hipertensi tahun berisiko 8 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Menurut Sastrawinata (2015) tekanan darah tinggi selama kehamilan dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau IUGR dan kelahiran mati. Hal ini disebabkan karena Pre-eklampsia/Eklampsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya perkapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang.

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan persalinan, hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya insufisiensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran premature (Jayanti F.A. et al., 2017).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dimana hasil analisis riwayat anemia saat kehamilan dengan kejadian BBLR diperoleh nilai $p=0,001$, sedangkan hasil analisis riwayat hipertensi saat kehamilan dengan kejadian BBLR diperoleh nilai $p=0,004$ (Widi, 2021).

Asumsi Peneliti, tekanan darah berkaitan dengan kemampuan jantung memompa darah, dimana pada kehamilan diketahui bahwa asupan nutrisi janin bergantung pada plasenta, dimana nutrisi dialirkan melalui darah ibu kepada janin. Jika terjadi masalah pada sistem peredaran darah maka tentunya turut mempengaruhi asupan yang akan diterima oleh janin. Hal inilah yang diduga menjadi dasar adanya hubungan penyakit hipertensi selama kehamilan dengan kejadian BBLR

6.3.4 Hubungan Riwayat Paritas Ibu dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,049 dengan OR=2,9 yang bermakna bahwa ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR. Ibu yang dengan paritas multipara berisiko 2,9 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Pada ibu hamil pertama atau >4 mempunyai peluang mengalami hal ini karena kecilnya permukaan rahim dan terdapatnya sikatrik pada luka bekas penempelan plasenta pada kehamilan terdahulu. Malnutrisi pada masa embryogenesis memiliki efek yang kecil terhadap pertumbuhan janin, karena wanita memiliki simpanan nutrisi yang cukup untuk fase ini. Tetapi pada fase pertumbuhan trimester ketiga saat hipertrofi seluler janin dimulai, kebutuhan nutrisi janin bisa melebihi persediaan ibu jika masukan nutrisi ibu rendah sehingga dapat menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah (Proverawati A. & Maisaroh, 2013).

Paritas yang tinggi akan berdampak pada timbulnya berbagai masalah kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Paritas tinggi banyak terjadi pada ibu usia lebih 35 tahun (Prawirohardjo, 2014). Paritas tinggi merupakan paritas rawan, salah satu dampak kesehatan yang mungkin timbul dari paritas yang tinggi adalah berhubungan dengan kejadian BBLR (Rustam M., 2015).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menunjukkan variabel usia hamil berisiko berhubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai p- value = 0,008 dan OR = 5,231. Variabel paritas berhubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai p- value = 0,034 dan OR = 3,755. Variabel usia kehamilan berhubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai p- value = 0,012 dan OR = 8,105. Variabel kekurangan energi kronik berhubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai p- value = 0,007 dan OR = 5,714. Variabel kunjungan ANC berhubungan dengan kejadian BBLR dengan nilai p- value = 0,036 dan OR = 3,596 (Septiani, 2019).

Menurut peneliti, paritas berhubungan dengan kejadian BBLR disebabkan karena Paritas tinggi (lebih dari 3 atau ≥ 4) mempunyai angka kematian maternal lebih tinggi. Semakin tinggi paritas, maka semakin tinggi juga kematian maternal. Ibu yang pernah melahirkan anak empat kali atau lebih karena paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal fungsi pembuluh darah. Hal ini akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada

kehamilan selanjutnya sehingga dapat melahirkan bayi dengan BBLR. Oleh sebab itu sebaiknya ibu melahirkan anak dibawah 4 orang.

6.3.5 Hubungan Riwayat Pendapatan Ibu dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai *p-value* 0,049 dengan OR=3,5 yang bermakna bahwa ada hubungan pendapatan dengan kejadian BBLR. Ibu dengan pendapatan tinggi berisiko 3,5 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Secara tidak langsung penghasilan keluarga akan mempengaruhi kejadian BBLR karena umumnya ibu-ibu dengan penghasilan keluarga rendah akan mempunyai asupan makanan yang lebih rendah baik secara kualitas maupun kuantitas yang akan berakibat terhadap rendahnya status gizi ibu hamil tersebut. Ibu dengan tingkat sosial ekonomi rendah cenderung memiliki tingkat kunjungan ke fasilitas kesehatan yang lebih rendah pula dibandingkan dengan ibu hamil dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi (Jayanti F.A. et al., 2017).

Faktor lain yang mempengaruhi berat badan lahir bayi adalah sosio ekonomi. Kesenjangan sosioekonomi di Indonesia masih sangat terlihat jelas dan mencolok. Status sosioekonomi seperti usia ibu, pekerjaan, pendapatan dan pendidikan ibu mempunyai hubungan dengan berat badan lahir anak. Bayi yang dilahirkan dengan orangtua status sosioekonomi rendah berisiko akan lahir dengan BBLR (Jornayvaz et al., 2018).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu dimana dari 11 faktor yang memiliki hubungan dengan kejadian BBLR, terdapat 5 faktor dominan

yang berpengaruh untuk mengakibatkan ibu mengalami terjadinya BBLR, yaitu variabel pendapatan, paritas, status gizi ibu, Frekuensi pemeriksaan ANC dan lama kerja. Di antara 5 faktor tersebut, faktor pendapatan yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian BBLR di Kecamatan Ketanggungan Kabupaten Brebes, yaitu dengan nilai p value 0.006 dan nilai OR 8.117 (Sundani, 2020).

Asumsi peneliti, pendapatan keluarga mempengaruhi secara positif dalam berat badan lahir anak, dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dalam suatu keluarga harus didukung oleh pendapatan. Dengan pendapatan yang tinggi seseorang mudah untuk membeli obat saat sakit, membeli makanan yang bergizi saat hamil serta mendapatkan akses pelayanan dokter dengan mudah saat mengandung.

6.3.6 Hubungan Status Gizi dengan kejadian BBLR

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik didapatkan nilai p -value 0,001 dengan OR=20,5 yang bermakna bahwa ada hubungan status gizi dengan kejadian BBLR. Ibu dengan status gizi risiko KEK berisiko 20,5 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Kekurangan gizi selama hamil akan berakibat buruk terhadap janin seperti prematuritas, gangguan pertumbuhan janin, kelahiran mati maupun kematian neonatal dini. Penentuan status gizi yang baik yaitu dengan mengukur berat badan ibu sebelum hamil dan kenaikan berat badan selama hamil (Manuaba, 2014).

BBLR disebabkan oleh beberapa faktor, hal tersebut menjadikan BBLR seringkali sulit untuk dicegah. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR antara lain faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor lingkungan. Faktor ibu meliputi usia, status gizi saat hamil, pendidikan, pekerjaan, jarak kehamilan, umur kehamilan, paritas, kehamilan ganda, hipertensi, anemia, perilaku (Pantiawati I., 2016).

Menurut peneliti, kekurangan energi kronik berhubungan dengan kejadian BBLR disebabkan karena adanya kekurangan energi kronik (KEK) yang mengakibatkan ukuran plasenta kecil dan kurangnya suplai zat-zat makanan ke janin sehingga janin yang akan dilahirkan mengalami BBLR. Kekurangan zat gizi pada ibu yang lama dan berkelanjutan selama masa kehamilan akan berakibat lebih buruk pada janin.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian peneliti terdahulu dimana Hasil Penelitian terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi dengan kejadian BBLR, dengan hasil p value 0.000 ($< 0,05$) OR = 16,684 yang bermakna bawa status gizi ibu saat hamil memiliki resiko 16,6 kali mempengaruhi berat badan lahir pada bayi (Puspanagara, 2021).

Asumsi peneliti kemungkinan hidup seorang bayi secara sederhana dapat dihubungkan dengan status gizi makro ibunya. Zat gizi makro yang dikonsumsi oleh ibu akan meningkatkan berat badan ibu, yang pada akhirnya akan meningkatkan pertumbuhan janin, sehingga bayi mempunyai kemungkinan lebih besar untuk lahir hidup. Gizi yang baik memiliki peranan besar pada

pembentukan kualitas SDM, karena kekurangan gizi berdampak negatif pada kesehatan dan dapat menghambat kualitas SDM seperti yang diharapkan. Bila kekurangan gizi terjadi pada ibu hamil maka akan berakibat buruk baik bagi ibu itu sendiri maupun anak yang dilahirkannya salah satunya adalah bayi lahir dengan berat badan rendah yang akan lebih rentan terhadap penyakit pada kehidupan selanjutnya.

6.4 Kelemahan Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada masa kasus omicron ditemukan di Aceh, dimana masyarakat mulai enggan dijumpai. Beberapa responden menolak menjadi responden pada penelitian ini dengan alasan pembatasan jarak karena kasus omicron, namun hal ini dapat dijelaskan dengan baik oleh kader (enumerator).

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Aceh Besar, maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Terdapat hubungan usia dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value 0,023 (OR: 4, CI; 1,34-12,28).
- 7.1.2 Tidak ada hubungan status pendidikan ibu hamil dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value 0,644 (OR: 0,6, CI; 0,227-1,95).
- 7.1.3 Terdapat hubungan hipertensi dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value 0,001 (OR: 8 , CI; 2,35-27,15).
- 7.1.4 Terdapat hubungan paritas dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value 0,049 (OR: 2,9, CI; 0,99-8,64).
- 7.1.5 Terdapat hubungan pendapatan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value 0,049(OR: 3,5, CI; 1,09-11,37).

7.1.6 Terdapat hubungan gizi ibu hamil dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kajhu Kabupaten Aceh Besar Tahun 2022 dengan p value dengan p value 0,001 (OR: 20,5, CI; 2,31-181,5).

7.2 Saran

- 7.2.1 Diharapkan bagi institusi pendidikan khususnya pada pembaca dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai informasi khususnya mengenai yang berkaitan dengan kepuasan pasien sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- 7.2.2 Diharapkan kepada pihak Puskesmas Kaju perlu adanya peningkatan informasi dan skrining yang berkaitan dengan faktor risiko kejadian BBLR melalui peningkatan fungsi kelas ibu hamil, pemantauan keteraturan kunjungan kehamilandan kebijakan lainnya sehingga angka kelahiran dengan kasus BBLR dapat ditekan.
- 7.2.3 Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk dapat meneliti lebih lanjut tentang BBLR dengan desain penelitian yang berbeda, sampel yang lebih besar serta variabel yang lebih komplit.

DAFTAR PUSTAKA

- Aceh, D. (2020). *Profil Dinkes Aceh Tahun 2020*. Dinkes Provinsi Aceh.
- Angus, Linde-Zwirble, Clermont, Griffin, & Clark. (2013). Epidemiology of neonatal respiratory failure in the United States. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 164.
- Apriani, E. (2021). Hubungan Usia Ibu Hamil, Paritas dan Usia Kehamilan dengan Kejadian BBLR di RSUD Cilacap. *TeNS*, 7(3).
- Brough L., Rees G.A, & Craford A.M. (2013). Effect of Multiple-Micronutrient Supplementation on Maternal Nutrient Status, Infant Birth Weight and Gestational Age at Birth in a Low-Income Multhi Ethnic Population. *British Journal of Nutrition*, 104, 437–445.
- Dharma K.K. (2013). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media.
- Dinkes Aceh Besar. (2021). *Data Kasus BBLR*.
- Ester M. (2013). *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*. Jakarta : EGC.
- Field D. (2013). Alternative Strategies for the Management of Respiratory Failure in the Newborn – Clinical Realities. *Semin Neonatol*, 2(7), 429–363.
- Handoko. (2014). Manajemen Personalia Sumber Daya Manusia. 13, E,. Editor, Yogyakarta, Penerbit: BPFE.
- Hidayati, D. S. (2014). Latar belakang psikologis kecemasan ibu hamil usia 35 tahun ke atas. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 2(2), 325–334.
- Indiarti M.T. (2015). Panduan Terbaik a-Z Kehamilan Persalinan Dan Perawatan Bayi. In Yogyakarta. Indoliterasi.
- Indrasari, N. (2016). FAaktor Risiko Pada Kejadian Bberat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Keperawatan*, 8(2).
- Jayanti F.A., Dharmawan Y., & Aruben R. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Wilayaah Kerja Puskesmas Bangetayu Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), 812–822.
- Jornayvaz, Vollenweider, Bochud, Mooser, & Marques, W. &. (2018). Low Birth Weight Leads to Obesity, Diabetes and Increased Leptin Levels in Adults: The ColaUS Study,. *Cardiovasc Diabetol*, 15(73).
- Jumarni. (2014). *Cardiovasc Diabetol*. Jakarta : EGC.

- Kalaivani K. (2013). *Prevalance & Consequences of Anemia in Pragnancy*. 627–633.
- KBBI. (2018). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*.
- KemenkesRI. (2015a). Petunjuk Teknis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu Dan Anak. *Jakarta: Kementerian Kesehatan RI*.
- KemenkesRI. (2015b). Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019 Melalui Peran Aktif Tenaga Kesehatan. *Jakarta: Kementerian Kesehatan RI*.
- KemenkesRI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Manuaba. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Pustaka YBP.
- Maryunani A. (2015). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Mombo-Ngoma, G., Mackanga, J. R., González, R., Ouedraogo, S., Kakolwa, M. A., Manego, R. Z., Basra, A., Rupérez, M., Cot, M., & Kabanywany, A. M. (2016). Young adolescent girls are at high risk for adverse pregnancy outcomes in sub-Saharan Africa: an observational multicountry study. *BMJ Open*, 6(6), e011783.
- Norma, N., & Dwi, M. (2015). *Asuhan Kebidanan Patologi Kebidanan dan Tinjauan kasus*. Nuha Medika.
- Novitasari A. (2020). Pencegahan Dan Pengendalian Bblr Di Indonesia: Systematic Review. *Indonesian Journal of Health Development*, 2(3).
- Nurmawanti. (2015). *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ohlsson A., & Shah P. (2016). *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*. Canada: Institute of Health Economics.
- Pantiawati I. (2016). *Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pergub. (2021). *Upah Minimum Provinsi Aceh. Banda Aceh: Biro Humas Dan Protokol Sekretariat Daerah Aceh*. Banda Aceh.
- Prawirohardjo. (2014). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP.
- ProfilDinkesAceh. (2018). *Profil Dinas Kesehatan Aceh*. Dinas Kesehatan Provinsi Aceh.
- Proverawati A., & Maisaroh. (2013). *Anemia Dan Ansemia Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Proverawati A, & Asfuah S. (2014). *Gizi Untuk Kebidananan*. Yogyakarta: Nuha

Medika.

Puspanagara, A. (2021). Hubungan Status Gizi Ibu Bersalin dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Journal of Holistics and Health Sciences*, 3(1), 42–50.

Rustam M. (2015). *Sinopsis Obstetri*. Jakarta : EGC.

Saifuddin A.B. (2014). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*,. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

SAS M., E. C., & Yulistini. (2015). Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Rsup Dr.M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*.

Sastrawinata S. (2015). *Obstetri Patologi*. Jakarta : EGC.

Septiani, M. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Peudada Kabupaten Bireuen. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 4(2).

Setiawan W. (2014). *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan Di Desa Dalam Pertolongan Persalinan Di Kabupaten Tasikmalaya*. Semarang: Universitas Diponogoro.

Simbolon D. (2016). Berat Lahir dan Kelangsungan Hidup Neonatal di Indonesia. *Kesmas Natl Public Heal J*, 7(1), 8.

Sundani, I. P. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Pada Petani Bawang Merah di Kecamatan Ketanggungan Kabupaten Brebes Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 5(6), 99–119.

Susilowati, Wilar, & Salendu. (2016). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Pada Neonatus Yang Dirawat Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Periode Januari 2015-Juli 2016. *Jurnal E-Clinic (ECI)*, 4(2).

Triana. (2016). Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan Dan Kehamilan Ganda Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(5), 193–198.

WHO. (2014). *Low Birthweight : Country, Regional and Global Estimate*. New York: UNICEF.

WHO. (2017). *Development of a Strategy Towards Promoting Optimal Fetal Growth*. Geneva: WHO.

WHO. (2018). *Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief*. Geneva: WHO.

WHO. (2019). *Key Facts. Newborns: Reducing Mortality*.

Widi, E. G. (2021). Hubungan Riwayat Anemia dan Hipertensi Saat kehamilan Dengan Kejadian BBLR di Kabupaten Boyolali. *Scholar*.

Widiyasworo, H., & Prahesti, R. (2014). *Gambaran Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Berdasarkan Paritas Ibu Di RSUD Wates Kulon Progo*.

LEMBARAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah bersedia menjadi responden yang akan di lakukan oleh Mahasiswa Universitas Muhammadiyah:

Alamat :

No Hp :

Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan ini sangat besar manfaatnya bagi pengembangan ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah di Indonesia dan Aceh khususnya. Demikian pernyataan persetujuan menjadi responden bagi saya semoga dapat dipergunakan seperlunya.

Banda Aceh, Februari 2022
Responden

(.....)

KUESIONER

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAJHU KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN 2022

No Resp :

Umur Ibu : _____ (Tahun)

Pendidikan ☐ : SD/SMP-
☐ : SMA/Sederajat
☐ : DI/DIII/S1/Sederajat

Pekerjaan : _____

Pendapatan: ☐ : $\geq$ Rp. 3.165.031,- per bulan
☐ : $<$ Rp. 3.165.031,- per bulan

Status Gizi (LILA)		Keterangan	Berat Badan Lahir Bayi		Keterangan
$< 23,5$ Cm	$\geq 23,5$ Cm		< 2500 Gram	≥ 2500 Gram	

Hipertensi : ☐ Ya
☐ Tidak

Paritas

: 2-3 kali melahirkan

Melahirkan 1 kali dan >3 kali

Frequencies
Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	T.Berisiko	38	60.3	60.3	60.3
	Berisiko	25	39.7	39.7	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bidan	1	1.6	1.6	1.6
	Honorer	2	3.2	3.2	4.8
	IRT	52	82.5	82.5	87.3
	kontrak	3	4.8	4.8	92.1
	Kontrak	1	1.6	1.6	93.7
	PNS	4	6.3	6.3	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	23	36.5	36.5	36.5
	Menengah	40	63.5	63.5	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	42	66.7	66.7	66.7
	Ya	21	33.3	33.3	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Hipertensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	45	71.4	71.4	71.4
	Ya	18	28.6	28.6	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primipara	35	55.6	55.6	55.6
	Multipara	28	44.4	44.4	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	27	42.9	42.9	42.9
	Rendah	36	57.1	57.1	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

S_Gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	55	87.3	87.3	87.3
	Risiko KEK	8	12.7	12.7	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Crosstabs
Usia * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		Tidak	Ya		
Usia	T.Berisiko	Count	30	8	38
		Expected Count	25.3	12.7	38.0
		% within Usia	78.9%	21.1%	100.0%
		% of Total	47.6%	12.7%	60.3%
	Berisiko	Count	12	13	25
		Expected Count	16.7	8.3	25.0
		% within Usia	48.0%	52.0%	100.0%
		% of Total	19.0%	20.6%	39.7%
Total	Count	42	21	63	
	Expected Count	42.0	21.0	63.0	
	% within Usia	66.7%	33.3%	100.0%	
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.499 ^a	1	.011		
Continuity Correction ^b	5.181	1	.023		
Likelihood Ratio	6.470	1	.011		
Fisher's Exact Test				.015	.012
N of Valid Cases	63				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (T.Berisiko / Berisiko)	4.063	1.344	12.281
For cohort BBLR = Tidak	1.645	1.059	2.553
For cohort BBLR = Ya	.405	.197	.833
N of Valid Cases	63		

Pendidikan * BBLR

Crosstab

			BBLR		Total
			Tidak	Ya	
Pendidikan	Tinggi	Count	14	9	23
		Expected Count	15.3	7.7	23.0
		% within Pendidikan	60.9%	39.1%	100.0%
		% of Total	22.2%	14.3%	36.5%
	Menengah	Count	28	12	40
		Expected Count	26.7	13.3	40.0
		% within Pendidikan	70.0%	30.0%	100.0%
		% of Total	44.4%	19.0%	63.5%
	Total	Count	42	21	63
		Expected Count	42.0	21.0	63.0
		% within Pendidikan	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.548 ^a	1	.459		
Continuity Correction ^b	.214	1	.644		
Likelihood Ratio	.543	1	.461		
Fisher's Exact Test				.580	.320
N of Valid Cases	63				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Tinggi / Menengah)	.667	.227	1.956
For cohort BBLR = Tidak	.870	.591	1.278
For cohort BBLR = Ya	1.304	.651	2.615
N of Valid Cases	63		

Hipertensi * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		Tidak	Ya		
Hipertensi	Tidak	Count	36	9	45
		Expected Count	30.0	15.0	45.0
		% within Hipertensi	80.0%	20.0%	100.0%
		% of Total	57.1%	14.3%	71.4%
	Ya	Count	6	12	18
		Expected Count	12.0	6.0	18.0
		% within Hipertensi	33.3%	66.7%	100.0%
		% of Total	9.5%	19.0%	28.6%
Total	Count	42	21	63	
	Expected Count	42.0	21.0	63.0	
	% within Hipertensi	66.7%	33.3%	100.0%	
	% of Total	66.7%	33.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.600 ^a	1	.000	.001	.001
Continuity Correction ^b	10.588	1	.001		
Likelihood Ratio	12.250	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	12.400	1	.000		
N of Valid Cases	63				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Hipertensi (Tidak / Ya)	8.000	2.357	27.159
For cohort BBLR = Tidak	2.400	1.229	4.688
For cohort BBLR = Ya	.300	.154	.586
N of Valid Cases	63		

Paritas * BBLR

Crosstab

		BBLR		Total	
		Tidak	Ya		
Paritas	Primipara	Count	27	8	35
		Expected Count	23.3	11.7	35.0
		% within Paritas	77.1%	22.9%	100.0%
		% of Total	42.9%	12.7%	55.6%
	Multipara	Count	15	13	28
		Expected Count	18.7	9.3	28.0
		% within Paritas	53.6%	46.4%	100.0%
		% of Total	23.8%	20.6%	44.4%
Total		Count	42	21	63
		Expected Count	42.0	21.0	63.0
		% within Paritas	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.889 ^a	1	.049	.043	.044
Continuity Correction ^b	2.901	1	.049		
Likelihood Ratio	3.899	1	.048		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.828	1	.050		
N of Valid Cases	63				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.33.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Paritas (Primipara / Multipara)	2.925	.990	8.644
For cohort BBLR = Tidak	1.440	.976	2.125
For cohort BBLR = Ya	.492	.238	1.019
N of Valid Cases	63		

Pendapatan * BBLR

Crosstab

			BBLR		Total
			Tidak	Ya	
Pendapatan	Tinggi	Count	22	5	27
		Expected Count	18.0	9.0	27.0
		% within Pendapatan	81.5%	18.5%	100.0%
		% of Total	34.9%	7.9%	42.9%
	Rendah	Count	20	16	36
		Expected Count	24.0	12.0	36.0
		% within Pendapatan	55.6%	44.4%	100.0%
		% of Total	31.7%	25.4%	57.1%
	Total	Count	42	21	63
		Expected Count	42.0	21.0	63.0
		% within Pendapatan	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.667 ^a	1	.031	.035	.028
Continuity Correction ^b	3.573	1	.049		
Likelihood Ratio	4.865	1	.027		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4.593	1	.032		
N of Valid Cases	63				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendapatan (Tinggi / Rendah)	3.520	1.090	11.371
For cohort BBLR = Tidak	1.467	1.041	2.067
For cohort BBLR = Ya	.417	.174	.996
N of Valid Cases	63		

S_Gizi * BBLR

Crosstab

			BBLR		Total
			Tidak	Ya	
S_Gizi	Baik	Count	41	14	55
		Expected Count	36.7	18.3	55.0
		% within S_Gizi	74.5%	25.5%	100.0%
		% of Total	65.1%	22.2%	87.3%
	Risiko KEK	Count	1	7	8
		Expected Count	5.3	2.7	8.0
		% within S_Gizi	12.5%	87.5%	100.0%
		% of Total	1.6%	11.1%	12.7%
	Total	Count	42	21	63
		Expected Count	42.0	21.0	63.0
		% within S_Gizi	66.7%	33.3%	100.0%
		% of Total	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.099 ^a	1	.001	.001	.001
Continuity Correction ^b	9.468	1	.002		
Likelihood Ratio	11.772	1	.001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	11.907	1	.001		
N of Valid Cases	63				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.67.
b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for S_Gizi (Baik / Risiko KEK)	20.500	2.314	181.596
For cohort BBLR = Tidak	5.964	.947	37.545
For cohort BBLR = Ya	.291	.172	.491
N of Valid Cases	63		