

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT BADAN
LAHIR (BBL) DI SUMATERA UTARA
(Analisis Lanjut SDKI 2017)**

SKRIPSI



OLEH:

WINDI AULIA
NIM: 0801172176

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UIN SUMATERA UTARA

MEDAN

2021

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT BADAN
LAHIR (BBL) DI SUMATERA UTARA
(Analisis Lanjut SDKI 2017)**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)**

Oleh:

**WINDI AULIA
NIM: 0801172176**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UIN SUMATERA UTARA
MEDAN
2021**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT BADAN
LAHIR (BBL) DI SUMATERA UTARA
(Analisis Lanjut SDKI 2017)**

WINDI AULIA
NIM: 0801172176

ABSTRAK

Kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) menyumbang 60% - 80% dari seluruh kematian neonatus. WHO mencatat bahwa prevalensi BBLR adalah 15,5%, yang berarti sekitar 20 juta bayi BBLR lahir setiap tahun dan 95,5% diantaranya lahir di negara berkembang. Sementara itu, prevalensi kelebihan berat badan juga meningkat selama 2 hingga 3 dekade terakhir, di negara berkembang seperti Afrika, Asia, Amerika Latin, yang memiliki frekuensi 0,5% hingga 15%. Oleh karena itu penelitian ini bermaksud untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan lahir di Sumatera Utara. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dengan menganalisis data sekunder yang diperoleh dari SDKI 2017. Berat badan lahir anak yang tercatat dalam SDKI 2017 di Sumatera Utara adalah 991 anak. Adanya proses eliminasi data karena adanya data yang *missing*, sehingga diperoleh 499 responden yang dijadikan sampel penelitian. Analisis data menggunakan uji *Mann Whitney*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara jenis kehamilan, jenis kelamin, paritas, status bekerja, dan wilayah tempat tinggal dengan berat badan lahir. Diharapkan pemerintah dapat menanggulangi masalah berat badan lahir ini melalui intervensi terhadap faktor risiko dengan melakukan pemantauan kesehatan kehamilan secara berkala kepada ibu hamil serta mengoptimalkan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi.

Kata Kunci: Berat Badan Lahir, Pedesaan, Perkotaan, Faktor Risiko

**Factors Related of Birth Weight in North Sumatra
(Analysis of Indonesia Demographic and Health Survey 2017)**

WINDI AULIA
NIM: 0801172716

ABSTRACT

The incidence of low birth weight (LBW) accounts for 60% - 80% of all neonatal deaths. WHO noted that the prevalence of LBW is 15.5%, which means about 20 million LBW babies are born every year and 95.5% of them are born in developing countries. Meanwhile, the prevalence of overweight has also increased over the last 2 to 3 decades, in developing countries such as Africa, Asia, Latin America, which has a frequency of 0.5% to 15%. Therefore, this study intends to determine the factors associated with birth weight in North Sumatra. This type of research is quantitative with a cross sectional approach by analyzing secondary data obtained from the 2017 IDHS. The birth weight of children recorded in the 2017 IDHS in North Sumatra is 991 children. The existence of a data elimination process due to missing data, so that 499 respondents were obtained as research samples. Data analysis used Man Whitney test. The results showed that there was a significant relationship between the type of pregnancy, gender, parity, work status, and area of residence with birth weight. It is hoped that the government can overcome this problem of birth weight through intervention on risk factors by conducting regular pregnancy health monitoring to pregnant women and optimizing counseling on reproductive health.

Keywords: Birth weight, Urban, Rural, Risk factor

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Windi Aulia
NIM : 0801172176
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Tempat/Tgl Lahir : Bandar Rejo, 25 November 1999
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Berat Badan Lahir (BBL) Di Sumatera Utara (Analisis Lanjut SDKI 2017)

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Skripsi ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Strata 1 di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan skripsi ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.

Medan, 24 Agustus 2021



Windi Aulia

NIM. 0801172176

HALAMAN PERSETUJUAN

Nama : Windi Aulia

NIM : 0801172176

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BERAT BADAN
LAHIR (BBL) DI SUMATERA UTARA
(Analisis Lanjut SDKI 2017)**

Dinyatakan bahwa skripsi dari mahasiswi ini telah disetujui, diperiksa, dan
dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (UINSU Medan)

Medan, 24 Agustus 2021

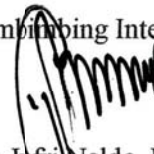
Disetujui,

Dosen Pembimbing



Tri Bayu Purnama, SKM, M. Med. Sci
NIP. 19921014 201903 1 011

Pembimbing Integrasi Keislaman



Dr. Jufri Naldo, M.A
NIP. 19860626 201503 1 007

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Dengan Judul
**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Berat Badan Lahir (BBL) di
Sumatera Utara (Analisis Lanjut Survei Demografi Kesehatan Indonesia
(SDKI) 2017)**

Yang Dipersiapkan dan Dipertahankan Oleh:

WINDIAULIA

NIM: 0801172176

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji Skripsi
Pada Tanggal 24 Agustus 2021 dan
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

**TIM PENGUJI
Ketua Penguji**



Dr. Mhd. Furqan, S.Si, M.Comp.Sc

NIP. 19800806 200604 1 003

Penguji I



Tri Bayu Purnama, SKM, M. Med. Sci
NIP. 19921014 201903 1 011

Penguji II



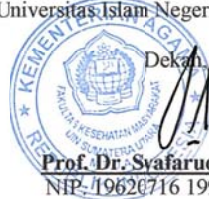
Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes
NIP. 1110000110

Penguji Integrasi



Dr. Jufrinaldo, M.A
NIP. 19860626 201503 1 007

Medan, 2021
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Islam Negeri Sumatera Utara



Prof. Dr. Svafaruddin, M.Pd
NIP. 19620716 199003 1 004

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Windi Aulia
Tempat, Tanggal Lahir : Bandar Rejo, 25 November 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat Rumah : Huta I Bandar Rejo, Kec. Bandar Masilam, Kab.
Simalungun
Contact Person : +6285275285074
Alamat Email : Windiaulia1125@gmail.com

LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

SD (2011) : SDS Taman Siswa
SMP (2014) : MTs Al-Ihya Tanjung Gading
SMA (2017) : SMA Negeri I Sei Suka
Perguruan Tinggi : Universitas Islam Negeri Sumatera Utara (UINSU)
Medan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program
Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan
Epidemiologi.

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi ini dengan judul Faktor-**“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Berat Badan Lahir (BBL) di Sumatera Utara (Analisis Lanjut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017)”**, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata 1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan.

Ucapan terima kasih juga saya haturkan sebanyak-banyaknya dan sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua tercinta, **Ibu Tasmah** dan **Bapak Wagiran** atas cinta, kasih sayang, doa dan dukungannya yang tiada henti kepada penulis.

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, arahan dan bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan penuh hati penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan skripsi ini:

1. Kepada Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (FKM UINSU Medan) **Bapak Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd.**
2. Kepada Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UINSU Medan **Ibu Susilawati, S.K.M, M.Kes.**
3. Kepada Bapak Penasehat Akademik **Bapak Dr. Watni Marpaung, MA.**

4. Kepada seluruh **Staff dan Dosen Pengajar** di FKM UINSU. Terima kasih atas ilmu dan pengalaman yang telah diberikan selama masa perkuliahan.
5. Kepada **Bapak Tri Bayu Purnama, SKM, M. Med. Sci** selaku pembimbing umum skripsi. Saya mengucapkan banyak terima kasih atas waktu, ilmu, bimbingan, arahan, masukan, doa, dan kepercayaannya yang diberikan kepada penulis.
6. Kepada **Bapak Dr. Jufri Naldo, M.A** selaku pembimbing integrasi keislaman. Terima kasih atas waktu, ilmu, bimbingan, arahan, serta masukannya yang diberikan kepada penulis.
7. Kepada penguji umum skripsi. **Ibu Fitriani Pramita Gurning, SKM, M.Kes.** Terima kasih atas saran dan masukannya yang membangun untuk menjadikan skripsi ini lebih baik.
8. Kepada ketua peminatan Epidemiologi FKM UINSU Medan. **Ibu Zata Ismah, S.K.M., M.K.M.** Terima kasih atas ilmu dan dan pengalaman yang telah diberikan.
9. Kepada keluarga **Dani Haryono, Agung Aspriadi, Putri Khairunnisa, dan Muklis.** Terima kasih telah mendoakan, membimbing, mengarahkan dan berbagi semangat dengan penulis
10. Kepada **R. Ajeng Wuri Gayatri, Nisa Andriani Saragih, Veni Renita Mislik, Windy Anaqory, Rafika Jumaini.** Saya mengucapkan terima kasih telah menjadi teman yang selalu menemani suka dan duka selama masa perkuliahan dari awal hingga akhir.
11. Kepada teman seper dopingan **Maduri Sakilla dan Dini Pratiwi.** Terima kasih telah berbagi semangat dan motivasi kepada penulis. Serta kepada

Citra Cahyati Nasution. Terima kasih telah berbagi semangat dan motivasinya kepada penulis.

12. Kepada teman seperjuangan di **Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2017**, khususnya kelas **IKM-D** terima kasih atas pengalaman yang luar biasa dalam menemani masa perkuliahan sampai akhirnya terpisahkan oleh kelas peminatan.

13. Kepada teman seperjuangan **Peminatan Epidemiologi FKM UINSU Medan angkatan II**. Terima kasih atas kisah dan pelajaran yang berkesan walaupun kita tidak dapat bertatap muka lama karena pandemi.

14. Diakhir penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dan tidak dapat disebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah disusun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kesalahan dan kekurangan yang terjadi didalamnya. Oleh karena itu, peneliti dengan tangan dan hati terbuka menerima masukan yang membangun untuk perbaikan skripsi ini. Semoga tulisan ini berguna dan bermanfaat bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Medan, 24 Agustus 2021

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Berat Lahir Bayi	7
2.2 Faktor Risiko	8
2.3 Kajian Integrasi Keislaman	14

2.4 Kerangka Teori	21
2.5 Kerangka Konsep	22
2.6 Hipotesis Penelitian	23

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian	24
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	25
3.3 Populasi dan Sampel	25
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	
3.4.1 Variabel Penelitian	26
3.4.2 Definisi Operasional	27
3.5 Data dan Sumber Data	31
3.6 Teknik Pengumpulan Data	31
3.7 Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data	
3.6.1 Teknik Pengolahan Data	32
3.6.2 Teknik Analisis Data	33

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	35
4.1.1 Gambaran Karakteristik Peserta	35
4.1.2 Hubungan Faktor Risiko dengan Berat Badan Lahir.....	36
4.1.3 Karakteristik Bayi di Perkotaan	37
4.1.4 Karakteristik Bayi di Pedesaan	38
4.2 Pembahasan	39
4.2.1 Gambaran Berat Badan Lahir Bayi	39
4.2.2 Hubungan Jenis Kehamilan dengan Berat Badan Lahir	40
4.2.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Berat Badan Lahir	42
4.2.4 Hubungan Jarak Kelahiran dengan Berat Badan Lahir	43
4.2.5 Hubungan Usia Ibu dengan Berat Badan Lahir	44
4.2.6 Hubungan Paritas dengan Berat Badan Lahir.....	46

4.2.7 Hubungan Kunjungan <i>Antenatal care</i> dengan Berat Badan Lahir ...	47
4.2.8 Hubungan Status Bekerja dengan Berat Badan Lahir	48
4.2.9 Hubungan Kekayaan dengan Berat Badan Lahir	49
4.2.10 Hubungan Pendidikan dengan Berat Badan Lahir	50
4.2.11 Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Berat Badan Lahir.....	51
4.2.12 Hubungan Faktor Risiko Berat Badan Lahir di Wilayah Perkotaan	52
4.2.13 Hubungan Faktor Risiko Berat Badan Lahir di Wilayah Pedesaan	54
4.3 Pembahasan Integrasi Keislaman	55

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	58
5.2 Saran	59

DAFTAR PUSTAKA	62
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN	73
-----------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel 2.4 Definisi Operasional	27
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Peserta	35
Tabel 4.2 Hubungan Faktor Risiko dengan Berat Badan Lahir	37
Tabel 4.3 Karakteristik Bayi di Perkotaan	38
Tabel 4.4 Karakteristik Bayi di Pedesaan.....	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	21
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	22
Gambar 2.3 Alur Penetapan Sampel	25

DAFTAR SINGKATAN

ACOG	:	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AIDS	:	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ANC	:	<i>Antenatal Care</i>
ASI	:	Air Susu Ibu
BBLB	:	Berat Badan Lahir Bayi
BLL	:	Berat Badan Lahir Lebih
BBLR	:	Berat Badan Lahir Rendah
BBLSAR	:	Berat Badan Lahir Sangat Amat Rendah
BBLSR	:	Berat Badan Lahir Sangat Rendah
BKKBN	:	Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BPS	:	Badan Pusat Statistik
DHS	:	<i>Demographic and Health Survey</i>
HIV	:	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICF	:	<i>International Coach Federation</i>
IMT	:	Indeks masa tubuh
IUGR	:	<i>Intrauterine Growth Restriction</i>
K4	:	Pemeriksaan Kehamilan Minimal 4 Kali Selama Kehamilan
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
LBW	:	<i>Low birth weight</i>
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Daerah
SDG'S	:	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	:	Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SP	:	Sensus Penduduk
UNICEF	:	<i>United Nations Children's Fund</i>
USAID	:	<i>United States Agency for Information Development</i>

VLBW : *Very Low Birth Weight*
WHA : *World Health Assembly*
WHO : *World Health Organization*

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Uji Normalitas Data	73
Lampiran Analisis Univariat	79
Lampiran Analisis Bivariat	82
Lampiran Analisis Bivariat Wilayah Perkotaan	90
Lampiran Analisis Bivariat Wilayah Pedesaan	96

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian bayi merupakan indikator yang mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, serta kemajuan yang dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan penyakit (Badan Pusat Statistik, 2015). Angka kematian bayi merupakan tolak ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan. Menurut *World Health Organization* (WHO) sebanyak 75% seluruh kematian balita terjadi dalam tahun pertama kehidupan, dengan kasus tertinggi berada pada Wilayah Afrika yakni 52 per 1000 kelahiran hidup (World Health Organization, 2018).

Angka kematian bayi di Indonesia masuk dalam 10 negara dengan kematian bayi tertinggi, yakni sebesar 22,48/1000 kelahiran hidup (UNICEF, 2016). Berdasarkan profil kesehatan Sumatera Utara tahun 2016 diperhitungkan bahwa angka kematian bayi di Sumatera Utara sebesar 4 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Sumatera Utara, 2016). Sedangkan angka kematian bayi berdasarkan data sensus yaitu SP tahun 2000 dan 2010 angka kematian bayi di Sumatera Utara sebesar 44/1000 kelahiran hidup dan 26/1000 kelahiran hidup, yang artinya telah terjadi penurunan angka kematian sebesar 1,8/1000 kelahiran hidup per tahunnya. Sehingga, diperkirakan angka kematian bayi Sumatera Utara tahun 2016 sebesar 15,2/1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Sumatera Utara, 2016). Walaupun terjadi penurunan setiap tahunnya namun angka kematian bayi

di Sumatera Utara masih belum mencapai target SDG's yakni sebesar 12/1000 kelahiran hidup.

Penyebab utama kematian bayi berkaitan dengan perawatan saat kelahiran, kesehatan bayi baru lahir dan kesehatan sang ibu. Terdapat 1,1 juta bayi mati dari kelahiran prematur dan diikuti oleh berat badan kelahiran yang rendah (Weise, 2012). Berat bayi lahir rendah (BBLR) berkontribusi terhadap 60% - 80% dari semua kematian neonatal (World Health Organization, 2018). Secara global, prevalensi BBLR sebesar 15,5% yang berarti sekitar 20 juta bayi BBLR lahir setiap tahun dan 95,5% diantaranya lahir di negara berkembang (WHO, 2014). Sementara itu, *World Health Assembly* (WHA) menargetkan pada tahun 2025 kasus BBLR turun sebesar 30% (Weise, 2012).

Angka morbiditas dan mortalitas tidak hanya terjadi pada bayi dengan BBLR, namun hal yang sama juga terjadi pada bayi dengan berat badan lahir lebih (BBLL) (Usman, 2018). Berat bayi lahir lebih (BBLL) atau yang disebut juga makrosomia adalah bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram (Musti et al., 2019). Secara global, prevalensi berat badan lahir lebih (BBLL) meningkat selama 2 hingga 3 dekade terakhir, pada negara berkembang seperti Afrika, Asia, Amerika latin yang memiliki frekuensi sebesar 0,5% hingga 15 persen (Mengesha et al., 2017).

Berat badan lahir merupakan penentu kesehatan bayi kedepannya. Bayi yang lahir dalam keadaan BBLR memiliki risiko lebih besar untuk *stunting* dan mengidap penyakit tidak menular seperti penyakit jantung dan diabetes saat dewasa (Kemenkes RI, 2019). Hal ini juga diperkuat dengan hasil penelitian Nasution (2014) bahwa ada hubungan antara BBLR dengan kejadian *stunting*

pada anak usia 6-2 bulan dan berpeluang 5,60 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak BBLR (Nasution, Nurdiati and Huriyati, 2014). Sedangkan pada bayi dengan berat badan lebih dampak yang ditemukan adalah mengalami kelebihan berat badan atau obesitas pada usia 7 tahun (Gu et al., 2012).

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa ada banyak variabel yang menjadi faktor risiko berat badan lahir. Penelitian Sitoayu dan Aula Rumana (2017) menunjukkan bahwa terdapat faktor determinan kejadian BBLR yang meliputi faktor maternal (wilayah tempat tinggal, pendidikan, umur, status ekonomi, status perkawinan, paritas, lokasi persalinan), faktor neonatal (jenis kelamin bayi, berat lahir), faktor pelayanan kesehatan (konsumsi zat besi, kunjungan kehamilan/ANC) (Sitoayu and Aula Rumana, 2017). Penelitian juga menunjukkan faktor penyebab kejadian berat lahir lebih seperti multiparitas, riwayat berat bayi lahir lebih (BBL) sebelumnya, riwayat diabetes, usia kehamilan 40 minggu keatas, berat badan persalinan ≥ 80 kg, dan usia ibu berkisar antara 30 dan 39 tahun (Said and Manji, 2016).

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menyediakan gambaran menyeluruh tentang kependudukan serta kesehatan ibu dan anak di Indonesia termasuk Provinsi Sumatera Utara. Masalah berat badan lahir merupakan masalah yang dapat memberikan efek jangka panjang dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, masalah ini memerlukan penanganan yang tepat dengan melihat berbagai faktor yang mempengaruhi berat lahir bayi. Penggunaan data SDKI 2017 untuk dianalisis diharapkan dapat memberi gambaran kondisi terkini mengenai kesehatan sehingga dapat dijadikan sumber dan bahan evaluasi

terhadap upaya pencegahan secara optimal dan pembangunan kesehatan khususnya terkait masalah kesehatan ibu dan anak.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan berat lahir bayi dan perbedaan rata-rata berat badan lahir di Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan berat lahir bayi dna perbedaan rata-rata berat badan lahir di Sumatera Utara berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk Mengetahui distribusi frekuensi dari jenis kelamin bayi, jarak kelahiran, jenis kehamilan, kunjungan ANC, kekayaan, paritas, pendidikan, usia, status bekerja, wilayah tempat tinggal, dan berat badan lahir bayi di Sumatera Utara
2. Untuk Mengetahui hubungan berat badan lahir bayi dengan jenis kelamin bayi, jarak kelahiran, jenis kehamilan, kunjungan ANC, kekayaan, paritas,

pendidikan, usia, status bekerja, dan wilayah tempat tinggal di Sumatera Utara.

3. Untuk Mengetahui perbedaan rata-rata berat badan lahir bayi berdasarkan jenis kelamin bayi, jarak kelahiran, jenis kehamilan, kunjungan ANC, kekayaan, paritas, pendidikan, usia, status bekerja, dan wilayah tempat tinggal di Sumatera Utara.
4. Untuk Mengetahui hubungan berat badan lahir bayi dengan jenis kelamin bayi, jarak kelahiran, jenis kehamilan, kunjungan ANC, kekayaan, paritas, pendidikan, usia dan status bekerja berdasarkan wilayah tempat tinggal di Sumatera Utara.
5. Untuk Mengetahui perbedaan rata-rata berat badan lahir bayi berdasarkan jenis kelamin bayi, jarak kelahiran, jenis kehamilan, kunjungan ANC, kekayaan, paritas, pendidikan, usia, dan status bekerja berdasarkan wilayah tempat tinggal di Sumatera Utara.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah khazanah ilmu pengetahuan khususnya terkait berat badan lahir di Sumatera Utara.

1.4.2 Manfaat Praktis

A. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan rujukan dan masukan terkait masalah kesehatan masyarakat khususnya pada kasus berat badan lahir.

B. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan informasi yang konkret mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah kesehatan masyarakat khususnya pada kasus berat badan lahir di Sumatera Utara, sehingga para penyedia pelayanan kesehatan dapat mengetahui gambaran masalah kesehatan untuk dapat memberikan alternatif pemecahan masalah terkait kasus tersebut.

C. Bagi masyarakat

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan informasi dan edukasi terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah kesehatan masyarakat khususnya pada kasus berat badan lahir di Sumatera Utara, sehingga diharapkan masyarakat dapat melakukan pencegahan sedini mungkin terkait masalah tersebut.

D. Bagi peneliti

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan wawasan dalam proses pelaksanaan penelitian dalam bidang kesehatan masyarakat. Penelitian ini juga merupakan implementasi kompetensi peneliti yang diperoleh selama masa perkuliahan dalam mengidentifikasi terkait masalah kesehatan masyarakat khususnya pada kasus berat badan lahir.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Berat Lahir Bayi

Berat lahir bayi adalah berat badan pertama yang dicatat setelah bayi lahir yang idealnya diukur dalam beberapa jam setelah lahir dan sebelum terjadi penurunan berat badan *postnatal* yang signifikan (Cutland et al., 2017). Berikut Kategori berat badan lahir menurut (Wingate, Epstein and Bello, 2016)

Tabel kategori berat badan lahir

Berat badan lahir rendah	< 2500 gram
Berat badan lahir cukup	1500 – 2499 gram
Berat badan lahir sangat rendah	< 1500 gram
Berat badan lahir amat sangat rendah (ekstrem)	< 1000 gram
Makrosomia (berat badan lahir lebih)	>4000 gram
Kelas I	4000 – 4999 gram
Kelas II	4500 – 4999 gram
Kelas III	>5000 gram

Sumber: Wingate et al (2016)

Menurut Surasmi (2003) klasifikasi bayi baru lahir berdasarkan umur kehamilan atau masa gestasi sebagai berikut: (Surasmi dkk, 2003)

- a. *Preterm infant* atau bayi prematur, yaitu bayi yang lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- b. *Term infant* atau bayi cukup bulan (*maturelater*), yaitu bayi yang lahir dengan usia kehamilan lebih dari 37 sampai 42 minggu.
- c. *Term infant* atau bayi lebih bulan (*postermal postmature*), yaitu bayi yang lahir dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

Menurut *World Health Organization* berat badan lahir rendah adalah berat badan saat lahir kurang dari 2500 gram (UNICEF & WHO, 2019). Klasifikasi berat badan lahir rendah jenisnya tanpa memperhatikan usia kehamilan sebagai berikut: (World Health Organisation, 2004)

- a) BBLR (Berat Badan Lahir Rendah atau *Low Birth Weight* atau LBW), yaitu bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram.
- b) BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah atau *Very Low Birth Weight* atau VLBW), yaitu bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari 1.500 gram.
- c) BBLSAR (Berat Badan Lahir Sangat Amat Rendah), yaitu bayi yang lahir dengan berat kurang dari 1.000 gram.

Sedangkan makrosomia adalah istilah yang dimaksudkan untuk menunjukkan pertumbuhan berat lahir bayi melebihi 4000 gram atau 4500 gram terlepas dari usia kehamilannya (ACOG, 2020a).

2.2 Faktor Risiko

Berat badan lahir disebabkan oleh beberapa faktor risiko selama proses kehamilan, seperti yang dijabarkan dibawah ini:

- a) Wilayah tempat tinggal

Adanya pendistribusian tenaga kesehatan yang tidak merata antara pedesaan dan perkotaan memberikan dampak terhadap pembangunan kesehatan di wilayah tersebut. Masyarakat pedesaan memiliki akses ke pelayanan kesehatan lebih rendah dikarenakan terbatasnya fasilitas kesehatan, kurangnya pengetahuan kesehatan, serta pendapatan yang rendah (Sarumpaet, Tobing and Siagian, 2012). Berdasarkan penelitian tingkat aktivitas fisik wanita hamil di perkotaan dan pedesaan memiliki perbedaan, ibu hamil pedesaan lebih aktif dalam rumah tangga

dan aktivitas fisik olahraga sedangkan ibu hamil perkotaan lebih aktif dalam aktivitas fisik pekerjaan (Hinkle et al., 2014). Sebuah penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan perbedaan berat lahir bayi di pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa wanita hamil di pedesaan lebih banyak melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan wanita hamil di perkotaan, sedangkan di perkotaan kejadian sebaliknya terjadi wanita hamil di perkotaan memiliki kejadian berat badan lahir tinggi lebih besar dibandingkan di pedesaan (Kaur et al., 2019).

b) Pendidikan

Pendidikan secara umum dapat menentukan sikap dan tindakan dalam menjalani kehidupan, termasuk dalam kasus kejadian berat bayi lahir rendah. Tingkat pendidikan yang tinggi lebih memungkinkan untuk menunjukkan penguasaan pengetahuan yang erat kaitannya dengan kehamilan. Berdasarkan penelitian pendidikan ibu secara keseluruhan berpengaruh positif terhadap berat badan lahir, semakin tinggi pendidikan ibu maka berat badan lahir akan semakin tinggi pula (Mahmoodi et al., 2013a). Hal ini diperkuat dalam sebuah penelitian yang menunjukkan bahwa angka berat badan lahir rendah sangat tinggi pada kategori pendidikan terendah (Martinson and Reichman, 2016). Penelitian lain juga menunjukkan ibu yang berpendidikan tinggi mengalami penurunan kemungkinan kelahiran prematur (Cantarutti et al., 2017). Oleh karena itu, tingkat pendidikan merupakan faktor penting yang terkait dengan hasil akhir neonatal.

c) Indeks Massa Tubuh Ibu

Ibu hamil dengan status gizi rendah memiliki efek negatif bagi janin yang dikandungnya dan berdampak pada kelahiran dengan berat badan lahir rendah

sedangkan ibu hamil dengan status gizi lebih menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir lebih. Menurut penelitian IMT ibu pada saat persalinan berpengaruh terhadap komplikasi kehamilan dan keluaran perinatal (Sativa, 2011). Penelitian lain juga menegaskan bahwa ibu yang obesitas berkaitan pertumbuhan janin berlebih, obesitas ibu berkontribusi melalui mekanisme peningkatan resistensi insulin yang mengakibatkan kadar glukosa dan insulin janin lebih tinggi (Gaudet et al., 2014).

d) Usia

Menurut Kemenppa usia 21 tahun bagi perempuan merupakan usia ideal perkawinan, karena sudah dianggap matang dari segi emosi, kepribadian, dan sosialnya. Sedangkan usia kurang dari 21 tahun, rahim dan pinggulnya belum matang atau berkembang dengan baik sehingga dapat terjadi malah dalam persalinan. Pada usia lebih dari 35 tahun merupakan usia terlalu tua untuk hamil dan termasuk kehamilan berisiko tinggi (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, 2016). Wanita yang hamil di usia tua lebih memungkinkan untuk mengalami masalah kesehatan seperti tekanan darah tinggi, diabetes, masalah pada pertumbuhan janin, masalah kelainan turunan, masalah plasenta, fibroid, dan komplikasi persalinan (Simkin, 2008). Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara perubahan berat lahir bayi dengan usia ibu, risiko makrosomia atau berat badan lahir lebih meningkat seiring dengan peningkatan usia ibu, sedangkan ambang batas usia ibu untuk melahirkan bayi BBLR adalah 36 tahun (Wang et al., 2020). Penelitian lain juga menyatakan bahwa kehamilan pada usia ekstrem seperti remaja dan usia setelah 40 tahun berisiko tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Aras, 2013).

e) Status ekonomi

Perbedaan status ekonomi mengakibatkan ketimpangan di bidang kesehatan yang menunjukkan ketidaksetaraan akses ke pelayanan kesehatan khususnya hal ini kunjungan antenatal (Sarumpaet, Tobing and Siagian, 2012). Keluarga dengan pendapatan rendah akan lebih sulit dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dibandingkan dengan keluarga dengan pendapatan tinggi (Rahim and Muharry, 2018). Menurut penelitian ibu dengan suami yang menganggur lebih cenderung memiliki bayi dengan berat badan rendah, karena tidak mendapat kecukupan untuk memenuhi kebutuhan kehamilan (Mahmoodi et al., 2013b). Sebuah penelitian yang bertujuan untuk melihat efek status ekonomi terhadap berat lahir menunjukkan hasil bahwa berat lahir meningkat sejalan dengan status ekonomi yang lebih baik (Mohammadzadeh et al., 2010). Penelitian lain juga menunjukkan peningkatan risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah pada pendapatan yang relatif rendah (Aregay and B. Lawson, 2015).

f) Status pekerjaan

Aktivitas bekerja pada ibu hamil dapat menyebabkan kelelahan dan risiko trauma fisik sehingga berpengaruh terhadap kekuatan ibu saat persalinan (Nurlaela, Emi dan Diyah, 2018). Pekerjaan yang menuntut selama kehamilan juga berkontribusi pada pertumbuhan janin yang buruk (UNICEF & WHO, 2019). Ibu yang bekerja akan berpengaruh dengan aktivitas fisik ibu hamil. Ibu hamil yang bekerja terus menerus selama kehamilan dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Hal ini dibuktikan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pekerjaan memiliki hubungan dengan kejadian berat badan lahir rendah di RSUD Muhammadiyah Bantul (Wahyu Ernawati, 2017). Ibu

yang bekerja cenderung mengalami kendala saat pemenuhan pemeriksaan kehamilan karena kesibukannya dalam bekerja (Sunarsih, 2010).

g) Paritas

Berbagai penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan paritas dengan berat lahir bayi. Penelitian menunjukkan bahwa secara statistik ada hubungan yang bermakna antara paritas ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Rumah sakit Islam Siti Khadijah Palembang (KHOIRIAH, 2017). Penelitian lain juga menunjukkan hasil bahwa wanita dengan paritas lebih dari 3 lebih mungkin memiliki bayi dengan berat ≥ 2500 gram dibandingkan dengan wanita dengan paritas kurang dari 3 (Manyeh et al., 2016).

h) Jarak antara kelahiran

Jarak kelahiran yang pendek dapat menyebabkan ibu belum cukup untuk memulihkan kondisi kesehatan pasca melahirkan sebelumnya. Ibu yang hamil dalam kondisi kesehatan tidak siap atau kurang sehat inilah yang menjadi salah satu faktor risiko penyebab berat badan lahir rendah pada bayi. Ibu yang hamil dengan jarak kehamilan kurang dari 2 tahun dapat berpengaruh dengan kesehatan fisik dikarenakan sang ibu juga masih harus menyusui dan memberikan perhatian kepada anak yang dilahirkan sebelumnya, karena kondisi inilah akan berdampak pada kesehatan janin dan berat badan lahirnya bayi (Dewie Sulistyorini, 2014).

i) Kehamilan kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan lebih dari satu janin atau bisa disebut juga kehamilan ganda (ACOG, 2020b). Pertumbuhan dalam kehamilan kembar rentan mengalami masalah, hal ini dikarenakan adanya peregangan uterus akibat besarnya janin (Lockart, 2014). Wanita dengan usia 35 lebih cenderung

melepaskan dua atau lebih telur selama satu siklus menstruasi dibandingkan wanita yang lebih muda (ACOG, 2020b). Menurut Pennings (2018) kehamilan multipel dapat menyebabkan peningkatan pada komplikasi kehamilan, angka kesakitan perinatal, angka kematian ibu dan anak, kelainan kongenital, kelahiran prematur, kesulitan sosial, finansial, dan psikologis jangka panjang (Pennings, 2018). Komplikasi yang sering dialami dari adanya kehamilan ganda ini adalah kelahiran prematur, lebih dari setengah anak kembar lahir dengan keadaan prematur, bahkan kembar 3 dan lebih banyak lagi hampir selalu lahir prematur (ACOG, 2020b). Kehamilan kembar juga membutuhkan nutrisi yang lebih besar untuk pertumbuhan janinnya, apabila terjadi defisiensi nutrisi makan akan mengganggu pertumbuhan janin dalam kandungan (Ladewig, 2003).

j) Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa bayi dengan jenis kelamin laki-laki cenderung mengalami berat badan lahir ≥ 2500 gram dibandingkan dengan bayi perempuan (Mahmoodi et al., 2013b), sejalan dengan penelitian itu Kemfaq (2014) dan Li (2014) menyatakan bahwa bayi laki-laki umumnya lebih berat daripada bayi perempuan (Kemfang Ngowa et al., 2014; Li et al., 2014). Menurut Riskesdas 2013 BBLR pada bayi perempuan ditemukan sebanyak 11,2% lebih tinggi daripada bayi laki-laki yaitu sebesar 9,2%, namun persentase berat lahir berbanding terbalik jika berat ≥ 4000 gram pada laki-laki sebesar 5,6% lebih tinggi dibandingkan perempuan sebesar 3,9%. (Riskesdas, 2013)

k) Kunjungan kehamilan/ANC

Pemeriksaan ANC (*Antenatal Care*) adalah pemeriksaan kehamilan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada ibu hamil, sehingga ibu

mampu menghadapi masa persalinan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI eksklusif, serta kembalinya kesehatan alat reproduksi seperti semula (Kemenkes RI, 2018). Cakupan K4 merupakan jumlah ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali sesuai dengan jadwal (Kemenkes, 2017). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kunjungan ANC (*Antenatal Care*) setidaknya lima atau delapan kali berkaitan secara positif dengan kejadian berat bayi lahir rendah (Zhou et al., 2019). Kunjungan ANC sangat penting untuk mendeteksi adanya kelainan pada bayi yang dikandung. Hal ini dikarenakan pada saat kunjungan ANC, pelayanan kesehatan akan memantau gizi dari ibu dan janin selama hamil hingga melahirkan sehingga dapat mengurangi kejadian berat badan lahir rendah (Fatimah, Utama and Sastri, 2018).

2.3 Kajian Integrasi Keislaman

Allah telah menganugerahkan kepada perempuan sebagaimana menganugerahkan kepada lelaki potensi dan kemampuan yang cukup untuk memikul tanggung jawab dan menjadikan kedua jenis kelamin ini dapat melaksanakan aktivitas-aktivitas yang bersifat umum maupun khusus (Hanapi, 2015). Sebagai perempuan yang diberi tanggung jawab khusus yakni mengandung dan melahirkan, seorang ibu harus paham dan mengerti tanggung jawabnya ini.

Al-Qur'an telah menjelaskan bagaimana seorang wanita harus mengandung janin dalam rahimnya kemudian melahirkan dengan penuh kelelahan dan susah payah. Proses ini hanya dialami wanita sebagai bentuk keistimewaan yang Allah berikan kepadanya. Surah Al-Ahqaf ayat 15 yang menjelaskan tentang proses mengandung dan melahirkan dengan susah payah.

وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا ۖ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا ۖ وَحَمَلُهُ وَفِصْلُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا ۚ حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ ۖ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ

Artinya:

“Dan Kami perintahkan kepada manusia agar berbuat baik kepada orang tuanya. Ibunya telah mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). Masa mengandung sampai menyapihnya selama tiga puluh bulan, sehingga apabila dia (anak itu) telah dewasa dan umurnya mencapai empat puluh tahun, dia berdoa “Ya Tuhanku, berilah aku petunjuk agar aku dapat mensyukuri nikmat-Mu yang telah Engkau limpahkan kepadaku dan kepada kedua orang tuaku, dan agar aku dapat berbuat kebijakan yang Engkau ridhai; dan berilah aku kebaikan yang akan mengalir sampai kepada cucuku. Sungguh, aku bertobat kepada Engkau, dan sungguh aku termasuk orang muslim”.

Pada masa mengandung wanita berhak mendapat perlindungan dari suaminya sebagai pemimpin dalam rumah tangga, sebagaimana firman Allah SWT yang berbunyi:

الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ ۗ فَالصَّالِحَاتُ قَنَاطٌ لِّلْغَيْبِ بِمَا حَفِظَ اللَّهُ ۗ وَالَّتِي تَخَافُونَ نُشُوزَهُنَّ فَعِظُوهُنَّ وَأَهْجُرُوهُنَّ فِي الْمَضَاجِعِ وَاضْرِبُوهُنَّ ۚ فَإِنْ أَطَعْتُمْ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِنَّ سَبِيلًا ۗ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا كَبِيرًا ۝ ٣٤

“Laki-laki (suami) itu pelindung bagi perempuan (istri), karena Allah telah melebihkan sebagian dari mereka (laki-laki) atas sebagian yang lain

(perempuan), dan karena mereka (laki-laki) telah memberikan nafkah dari hartanya. (An-Nisa 34)

Bentuk perlindungan yang diberikan suami kepada istrinya meliputi berbagai aspek seperti terhindar dari kekerasan rumah tangga, perlindungan dari kelaparan dan penyakit (Susanti, 2018). Memberikan perlindungan gizi yang cukup berkaitan positif terhadap perkembangan dan pertumbuhan janin, sehingga akan melahirkan bayi yang sehat.

Dalam Islam proses perkembangan janin telah dijelaskan oleh Allah dalam Al-Qur'an surat Al-Mu'minin ayat 12 – 14.

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّنْ طِينٍ ۝١٢

ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ۝١٣

ثُمَّ خَلَقْنَا النَّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظْمًا فَكَسَوْنَا الْعِظْمَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ

خَلْقًا آخَرَ ۝١٤ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ ۝

Artinya:

“Dan sungguh, Kami telah menciptakan manusia dari saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kukuh (rahim). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Maha suci Allah, Pencipta yang paling baik.”

Dalam kesehatan, perkembangan janin terbagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester I atau biasa disebut 3 bulan pertama, trimester II atau 3 bulan

selanjutnya setelah trimester I, dan trimester akhir (III) atau 3 bulan terakhir setelah trimester II (Tyastuti and Wahyuningsih, 2016). Hadits shahih Bukhari Muslim juga memperkuat ayat Al-qur'an tentang perkembangan janin sebagai berikut:

“Sesungguhnya penciptaan salah seorang diantara kalian dihimpun didalam perut ibunya selama 40 hari berupa air mani, kemudian menjadi segumpal darah dalam waktu yang sama, kemudian menjadi segumpal daging juga dalam waktu yang sama. Setelah itu malaikat diutus untuk meniupkan ruh ke dalamnya dan diperintahkan untuk mencatat 4 perkara, mencatat rezekinya, ajalnya, perbuatannya dan celaka ataukah bahagia” (HR. Bukhari dan Muslim)

Proses selanjutnya yang akan dialami oleh ibu hamil adalah melahirkan. Dalam firman Allah Surah An-Nahl ayat 78 menjelaskan proses melahirkan yang juga menunjukkan luar biasanya kuasa Allah.

وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ ۗ لَعَلَّكُمْ

تَشْكُرُونَ - ٧٨

Artinya:

“Dan Allah mengeluarkan kamu dari perut ibumu dalam keadaan tidak mengetahui sesuatu pun, dan Dia memberimu pendengaran, penglihatan dan hati nurani agar kamu bersyukur”

Peristiwa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan fase kehidupan yang sangat tinggi risikonya karena dapat membawa kematian. Maka dari itu, muncullah kategori hak-hak kaum perempuan/ibu dalam mengemban fungsi reproduksi seperti hak jaminan keselamatan dan kesehatan, hak jaminan

kesejahteraan, dan hak pengambilan keputusan menyangkut kepentingan yang berkaitan dengan proses reproduksi.

Adanya proses ini menyebabkan timbulnya hak perempuan untuk menentukan kehamilan karena mempertimbangkan kesehatan reproduksinya. Dalam perkembangan teknologi sistem pengaturan kehamilan pada masa sekarang berbentuk alat kontrasepsi dalam pengaturan keluarga berencana. Keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes, 2014).

Dalam islam sendiri pengaturan kehamilan dilakukan dengan ‘azl yakni pencegahan kehamilan pada aktivitas seksual dengan tidak memasukkan sperma ke ovum (Husein, Dan and Ali, 2017). Program keluarga berencana ini dapat diterima oleh Islam dengan maksud menciptakan keluarga sejahtera yang berkualitas dan tangguh sejalan dengan syari’at Islam untuk mewujudkan kemashlahatan bagi umatnya (Suhaedah, 2013).

Sejalan dengan itu, hadis Rasulullah yang membenarkan pengaturan kehamilan menggunakan metode ‘azl sebagai berikut:

Diriwayatkan dari Jabir ra, ia berkata, *“Kami melakukan ‘azl di masa Rasulullah saw pada waktu ayat-ayat Al-Qur’an masih diturunkan dan tidak ada satu ayat pun yang melarangnya”* (H.R Al-Bukhari dan Muslim).

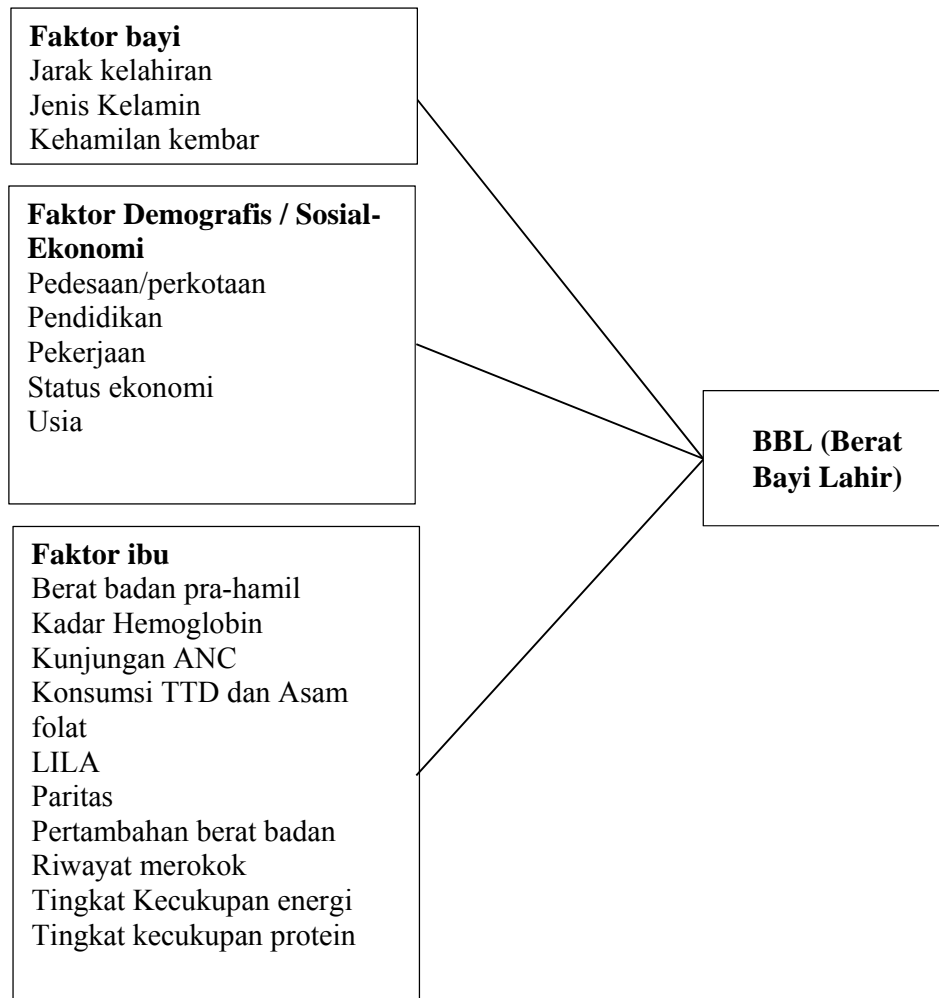
Menurut Kemenkes (2008) jarak melahirkan idealnya adalah ≥ 2 tahun, hal ini dikarenakan jarak kehamilan yang pendek dalam proses kelahiran menyebabkan belum cukupnya masa pemulihan kondisi tubuh setelah melahirkan sebelumnya (Kemenkes, 2008). Dalam Al-qur'an surah Al-Baqarah ayat 233 ditegaskan bahwa seorang ibu harus menyusui anaknya secara baik dan mencukupi dengan batas waktu hingga 2 tahun, sebagaimana firman Allah yang berbunyi:

“Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna. Dan kewajiban ayah menanggung nafkah dan pakaian mereka dengan cara yang patut. Seseorang tidak dibebani lebih dari kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita karena anaknya dan janganlah seorang ayah (menderita) karena anaknya. Ahli waris pun berkewajiban seperti itu pula. Apabila keduanya ingin menyapih dengan persetujuan dan permusyawaratan antar keduanya, maka tidak ada dosa antar keduanya. Dan jika kamu ingin menyusukan anakmu kepada orang lain, maka tidak ada dosa untukmu memberikan pembayaran dengan cara yang patut. Bertaqwalah kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan”.

Proses penyusuan hingga 2 tahun inilah yang dijadikan upaya untuk pengaturan jarak kehamilan. Hal ini bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk memulihkan kesehatannya pasca melahirkan, karena jika terjadi kehamilan sebelum masa itu atau pada masa kondisi menyusui maka akan terganggu kebutuhan gizi anak yang dikandungnya dan anak yang sedang dirawatnya, begitu juga dengan kondisi kesehatan ibu itu sendiri.

Oleh karena itu, kesehatan seorang perempuan sangat terkait dengan kondisi lingkungan keluarga dan masyarakatnya. Beberapa uraian diatas memberikan gambaran bagaimana Islam mengatur kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak. Sebagai umat Islam, sudah seharusnya menaati pedoman yang telah diberikan dalam Islam dalam bentuk melakukan perintah-Nya.

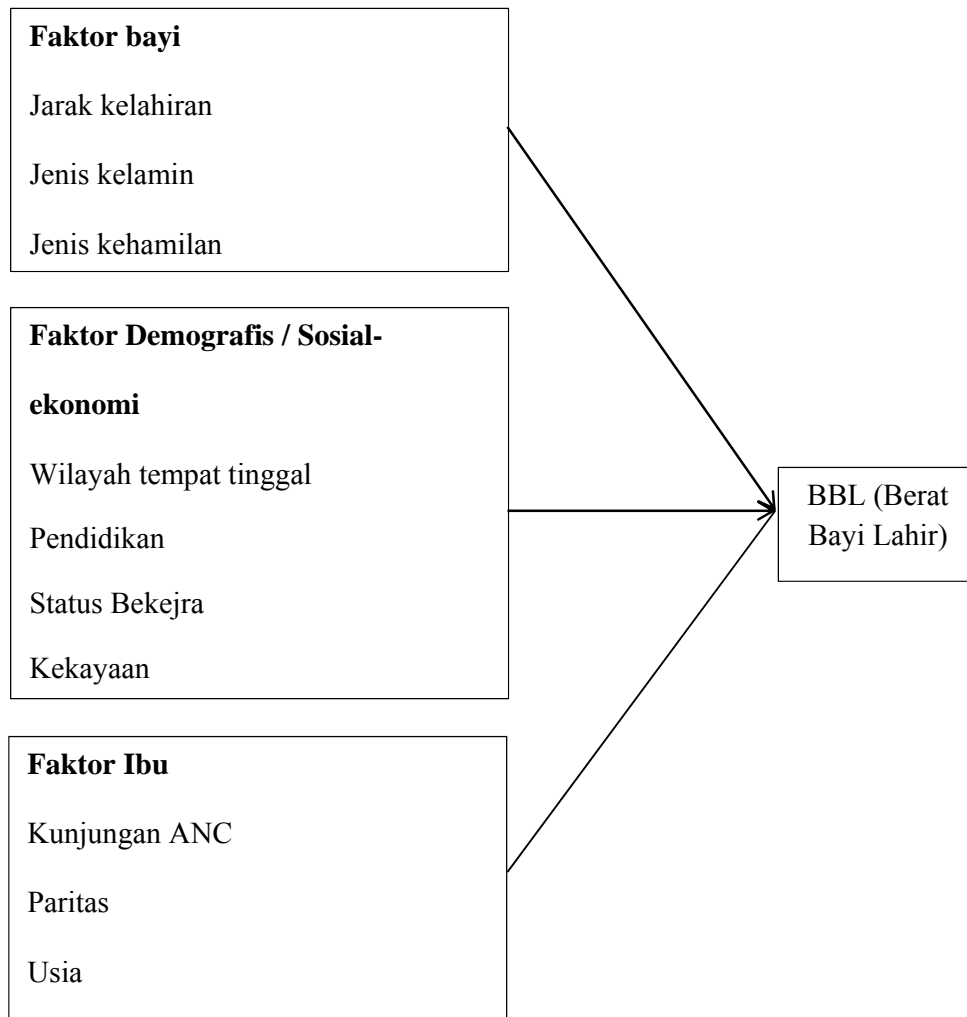
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Almatsier dkk, 2011); (Irwawati, 2015); (Majestika, 2018); (Namora, 2013); (Nelwan, 2018); (Rosyati, 2010); (Siswoharjo & Chakrawati, 2011)

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

1. Ada hubungan signifikan antara jenis kelamin bayi dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
2. Ada hubungan signifikan antara jenis kehamilan dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
3. Ada hubungan signifikan antara usia ibu dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
4. Ada hubungan signifikan antara paritas dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
5. Ada hubungan signifikan antara jarak kelahiran dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
6. Ada hubungan signifikan antara wilayah tempat tinggal dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
7. Ada hubungan signifikan antara pendidikan ibu dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
8. Ada hubungan signifikan antara status bekerja dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
9. Ada hubungan signifikan antara kekayaan dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.
10. Ada hubungan signifikan antara kunjungan ANC dengan kejadian berat badan lahir bayi (BBLB) di Sumatera Utara.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah analitik dengan desain *cross sectional study*. Penelitian yang dilakukan adalah penelitian data sekunder, yaitu peneliti memanfaatkan data yang sudah ada dan diperoleh dari instansi tertentu (Matono, 2016). Data sekunder adalah sekumpulan data yang besar dan biasanya mencakup sampel individu atau entitas lain (misalnya sekolah atau rumah sakit) dan umumnya mewakili beberapa populasi yang lebih luas, atau beberapa sub populasi atau wilayah negara (Vartanian, 2011). Analisis data sekunder memberikan sampel yang besar dan informasi yang lebih banyak sehingga peneliti harus menyaring pertanyaan yang diajukan dalam survei untuk dimasukkan kedalam penelitian (John, 2013).

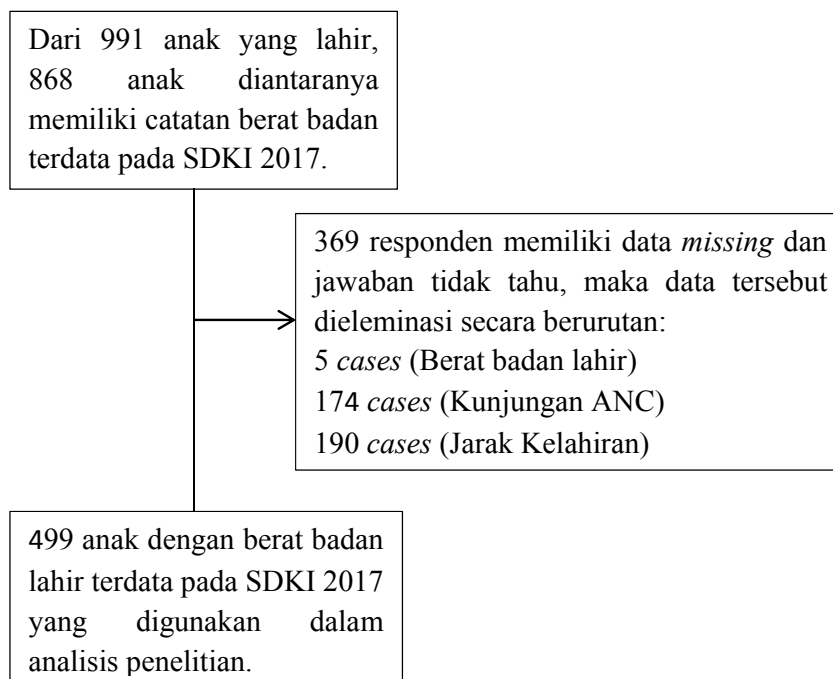
Teknik analisis dan statistik pada data sekunder biasanya menggunakan pendekatan analisis klaster, regresi berganda, logistik, dan analisis faktor. Melalui analisis data sekunder peneliti mampu menguji kebenaran, reliabilitas dan validitas data yang dikumpulkan melalui jalan metodologi dan teoritis untuk mengungkapkan temuan baru yang inovatif (John, 2013). Data sekunder yang analisis diperoleh dari SDKI Tahun 2017 untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan berat badan lahir bayi di Sumatera Utara. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena pengukuran faktor risiko (variabel dependen) dengan variabel independen hanya dilakukan dalam sekali waktu secara bersamaan.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini menggunakan data SDKI tahun 2017 yang pengumpulan datanya dilakukan dari tanggal 24 Juli hingga 30 September 2017 di seluruh Indonesia. Sedangkan waktu penelitian yang digunakan peneliti untuk menganalisis data sekunder dilakukan pada bulan Februari 2021 hingga Agustus 2021.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak yang tercatat dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 di Provinsi Sumatera Utara sebesar 991 anak. Sedangkan sampel dalam penelitian ini adalah anak yang memiliki berat badan tercatat baik dari laporan berat lahir, catatan maupun ingatan ibu. Berikut bagan prosedur pengambilan sampel dalam penelitian ini.



Gambar 2.3 Alur Penentuan Sampel Penelitian

Sampel penelitian sejumlah 868 responden, kemudian 369 responden dieliminasi karena adanya dari *missing* dan jawaban tidak tahu, sehingga jumlah akhir sampel adalah 499 responden.

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1. Variabel penelitian

Variabel *dependent* atau variabel terikat dalam penelitian ini adalah berat badan lahir. Sedangkan variabel *independent* atau variabel bebas dalam penelitian ini seperti: jenis kelamin bayi, jenis kehamilan, jarak kelahiran, usia ibu, paritas, kunjungan ANC, status bekerja, pendidikan, kekayaan, dan wilayah tempat tinggal.

3.4.2 Definisi Operasional

Tabel 2.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil pengukuran	Skala ukur
Jenis Kelamin bayi	Karakteristik fisik yang digunakan untuk membedakan gender	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel B4	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Jenis Kehamilan	Jenis kehamilan responden (kehamilan kembar atau tunggal)	Observasi data SDKI tahun 2017	Variabel B0	1. Kehamilan kembar 2. Kehamilan tunggal	Nominal
Usia ibu	Masa hidup responden dimulai lahir sampai survei dilakukan	Observasi data SDKI tahun 2017	Variabel V13	1. Berisiko (< 19 tahun dan > 35 tahun) 2. Tidak Berisiko (20 – 34 tahun)	Ordinal

Paritas	Banyaknya kelahiran yang dimiliki responden hingga dilakukan pengumpulan data SDKI	Observasi data SDKI tahun 2017	Variabel V201	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 dan \geq 4 anak 2. 2-3 anak 	Ordinal
Jarak antar kelahiran	Rentang waktu kelahiran anak terakhir dengan anak sebelumnya	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel B11	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 24 bulan 2. \geq 24 bulan 	Ordinal
Kunjungan ANC	Pemeriksaan kehamilan oleh tenaga yang kompeten untuk anak terakhir minimal 4 kali (K4)	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel M14	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 4 kali 2. \geq 4 kali 	Ordinal
Wilayah tempat	Tipe daerah wilayah tempat tinggal	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel V025	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkotaan 2. Pedesaan 	Nominal

tinggal	responden				
Kekayaan	Kondisi kedudukan keluarga dalam masyarakat berdasarkan tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel V190	1. Kaya 2. Miskin	Nominal
Status pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan responden untuk memenuhi kebutuhan hidupnya	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel V714	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang ditempuh oleh ibu	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel V106	1. Rendah (tamat SLTP ke bawah) 2. Tinggi (tamat SLTA ke atas)	Ordinal

BBL (Berat Badan Lahir)	Berat badan lahir yang tercatat dan dilaporkan pada survei SDKI 2017	Observasi laporan SDKI tahun 2017	Variabel M19	Hasil ukur berat badan lahir bayi dalam satuan gram	Rasio
-------------------------	--	-----------------------------------	--------------	---	-------

3.5 Data dan Sumber Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang merupakan data mentah dari SDKI tahun 2017. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan survei yang telah dilakukan pada tahun 1987, 1991, 1997, 2002-2003, 2007, 2012, dan 2017 oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN), dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Dalam teknis pelaksanaannya, pemerintah Indonesia dibantu oleh *ICF* melalui proyek *Demographic and Health Survey (DHS) Program*, yaitu program *United States Agency for Information Development (USAID)* yang menyediakan dana dan bantuan teknis dalam pelaksanaan survei kependudukan dan kesehatan di banyak negara.

SDKI 2017 dilakukan pada seluruh provinsi di Indonesia. Sampel SDKI 2017 mencakup 1.970 blok sensus yang meliputi daerah perkotaan dan pedesaan. Pemilihan rumah tangga menggunakan daftar rumah tangga biasa hasil pemutakhiran rumah tangga dari blok sensus terpilih dari sensus penduduk 2010. Proses implisit stratifikasi menurut pedesaan dan perkotaan dengan mengurutkan blok sensus berdasarkan kategori *Wealth Index*. Kemudian memilih 25 sampel rumah tangga di setiap blok.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan teknik dokumentasi atau catatan dari data SDKI 2017 yang diperoleh dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner dalam daftar pertanyaan wanita yang berasal dari laporan SDKI tahun

2017. Kuesioner rumah tangga dan wanita umur 15-49 tahun mengacu pada kuesioner DHS (*Demographic Health Surveys*) Phase 7 tahun 2015 yang sudah mengakomodasi beberapa pertanyaan isu terbaru sesuai keterbandingan internasional. Kuesioner wanita umur 15-49 tahun digunakan untuk mengumpulkan informasi individu seperti latar belakang (termasuk umur, pendidikan, dan keterpaparan media), riwayat kelahiran, kontrasepsi, kehamilan dan pemeriksaan sesudah melahirkan, imunisasi anak (kelahiran terakhir dan kelahiran sebelum anak terakhir), kesehatan dan gizi anak, perkawinan dan kegiatan seksual, preferensi fertilitas, latar belakang suami/pasangan dan pekerjaan responden, HIV dan AIDS, isu kesehatan lainnya.

3.7 **Teknik Pengolahan dan Analisis Data**

3.6.1 Teknik pengolahan data

Menurut Notoadmodjo (2010), tahapan pengolahan data penelitian adalah sebagai berikut:

a. **Pengeditan data**

Pengeditan merupakan pemeriksaan atau koreksi data yang telah dikumpulkan. Pengeditan dilakukan untuk memeriksa apakah data yang masuk sudah memenuhi syarat atau belum, jika data tidak memenuhi syarat maka dilakukan eliminasi atau perbaikan untuk melengkapi data.

b. *Data Selection*

Data selection merupakan proses seleksi data yang bertujuan untuk menentukan data yang sesuai dengan kriteria tertentu yang telah ditetapkan.

c. *Coding*

Coding merupakan pemberian kode baru yang bertujuan untuk mengkategorikan data sehingga dapat dilakukan analisis sesuai kebutuhan. d.

Cleaning

Cleaning merupakan proses pengecekan kembali data yang masuk untuk memastikan tidak adanya data yang salah, apabila terdapat kesalahan maka perlu dilakukan pembersihan/eliminasi data.

Dalam penelitian ini teknik pengolahan data yang digunakan adalah melakukan pemeriksaan dari data yang telah terkumpul dari laporan SDKI 2017 (*editing*), melakukan pemilihan variabel-variabel yang akan diuji (*selection*), melakukan pengecekan kembali pada data yang tersedia untuk melihat kelengkapannya, jika tidak lengkap maka data tidak dapat digunakan dan dilakukannya eliminasi data (*cleaning*), pada tahap akhir melakukan pengkodean terhadap data yang telah dipilih (*coding*).

3.6.2 Teknik analisis data

a. Analisis univariat

Analisis univariat merupakan analisis data dengan tujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan distribusi frekuensi dari setiap variabel secara sederhana.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *Mann Whitney* yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen, jika masing-masing variabel yang dihubungkan bernilai $p < 0,05$ maka variabel tersebut ada hubungan, dan sebaliknya jika masing-

masing variabel yang dihubungkan bernilai $p > 0,05$ maka variabel tersebut tidak ada hubungan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden

Pada penelitian ini berat badan lahir dibagi menjadi tiga kategori, yaitu berat badan lahir <2500 gram, berat badan lahir 2500-4000 gram, dan berat badan lahir >4000 gram. Secara umum dapat dilihat bahwa mayoritas responden memiliki berat badan lahir 2500-4000 gram sebanyak 85,6%, berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51,3%, dengan jenis kehamilan tunggal sebanyak 99,2% dan berada pada wilayah tempat tinggal perkotaan sebanyak 54,5%. Mayoritas jarak kelahiran ≥ 24 bulan sebanyak (84,4%), dengan usia ibu kategori tidak berisiko sebanyak (59,3%)

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

	Variabel	n	%
Jenis kehamilan	Kelahiran tunggal	495	99.2
	Kelahiran kembar	4	0.8
Jenis kelamin bayi	Laki-laki	256	51.3
	Perempuan	243	48.7
Jarak kelahiran	<24 bulan	78	15.6
	≥ 24 bulan	421	84.4
Usia	Berisiko	203	40.7
	Tidak Berisiko	296	59.3
Paritas	1 dan >4 anak	149	29.9
	2-3 anak	350	70.1
Kunjungan ANC	≥ 4 kali	411	82.4
	<4 kali	88	17.6

Status Bekerja	Ya	268	53.7
	Tidak	231	46.3
Kekayaan	Miskin	224	44.9
	Kaya	275	55.1
Pendidikan	Rendah	421	84.4
	Tinggi	78	15.6
Wilayah tempat tinggal	Urban	272	54.5
	Rural	227	45.5
Berat badan lahir	< 2500 gram	25	5.0
	2500 – 4000 gram	427	85.6
	>4000 gram	47	9.4

4.1.2 Hubungan Faktor Risiko dengan Berat Badan Lahir

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui pada jenis kehamilan diketahui bahwa kehamilan tunggal memiliki berat badan yang lebih tinggi (3351 gram) dibandingkan dengan kehamilan kembar (2325 gram). Sementara itu, jenis kelamin bayi laki-laki menunjukkan rata-rata berat badan yang lebih tinggi (3432 gram) dibandingkan dengan perempuan (3248 gram). Ibu yang tinggal di perkotaan memiliki rata-rata berat badan lahir lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang tinggal di pedesaan (3275 gram vs 3424 gram). Selanjutnya, paritas 1 dan ≥ 4 anak memiliki kecenderungan punya berat badan bayi lahir lebih besar dibandingkan kelompok 2-3 anak (3430 gram vs 3305 gram). Selain itu, ibu yang tidak bekerja memiliki berat badan lahir lebih tinggi (3422 gram) dibandingkan ibu yang bekerja (3250 gram). Hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* ($<0,05$) pada variabel jenis kehamilan, jenis kelamin bayi, paritas, status bekerja, dan wilayah tempat tinggal, yang artinya terdapat hubungan antara variabel tersebut dengan berat badan lahir.

Tabel 4.2 Hubungan Faktor Risiko dengan Berat Badan Lahir

	Variabel	n	Mean	SD	P Value
Jenis kehamilan	Kelahiran tunggal	495	3351	622.63	0.010*
	Kelahiran kembar	4	2325	689.89	
Jenis kelamin bayi	Laki-laki	256	3432	643.89	0.000*
	Perempuan	243	3248	600.14	
Jarak kelahiran	<24 bulan	78	3407	577,75	0.320
	≥ 24 bulan	421	3331	638.13	
Usia	Berisiko	203	3385	604.80	0.166
	Tidak Berisiko	296	3313	644.68	
Paritas	1 dan >4 anak	149	3430	697.28	0.028*
	2-3 anak	350	3305	584.92	
Kunjungan ANC	≥4 kali	411	3354	618.91	0.361
	<4 kali	88	3290	676.13	
Status Bekerja	Ya	268	3250	596.05	0.006*
	Tidak	231	3422	649.91	
Wilayah tempat tinggal	Perkotaan	272	3275	606.80	0.002*
	Pedesaan	227	3424	646.85	
Kekayaan	Miskin	224	3408	636.71	0.84
	Kaya	275	3290	619.03	
Pendidikan	Rendah	421	3342	634.83	0.729
	Tinggi	78	3344	601.40	

4.1.3 Karakteristik Bayi di Perkotaan

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa usia berisiko memiliki berat badan lahir yang tinggi (3351 gram) dibandingkan dengan usia yang tidak berisiko (3226 gram). Sementara itu, pada wilayah perkotaan ibu yang tidak bekerja memiliki bayi dengan berat badan lahir lebih tinggi (3395 gram) dibandingkan ibu yang bekerja (3163 gram). Hasil uji statistik diperoleh nilai p

value (<0,05) pada variabel usia dan status bekerja, yang artinya terdapat hubungan antara usia dan status bekerja dengan berat badan lahir.

Tabel 4.3 Karakteristik Bayi di Perkotaan

	Variabel	n	Mean	SD	P Value
Jenis kehamilan	Kelahiran tunggal	269	3282	603.27	0.061
	Kelahiran kembar	3	2566	602.77	
Jenis kelamin bayi	Laki-laki	128	3306	623.39	0.217
	Perempuan	144	3247	592.46	
Jarak kelahiran	<24 bulan	47	3365	592.16	0.304
	≥ 24 bulan	225	3256	609.41	
Usia	Berisiko	106	3351	570.08	0.043*
	Tidak Berisiko	166	3226	625.88	
Paritas	1 dan >4 anak	68	3338	701.17	0.272
	2-3 anak	204	3254	572.27	
Kunjungan ANC	≥4 kali	225	3295	605.17	0.159
	<4 kali	47	3178	611.81	
Status Bekerja	Ya	141	3163	552.23	0.006*
	Tidak	131	3395	641.17	
Kekayaan	Miskin	86	3334	602.88	0.598
	Kaya	186	3247	608.22	
Pendidikan	Rendah	225	3278	614.77	0.554
	Tinggi	47	3256	572.99	

4.1.4 Karakteristik Bayi di Pedesaan

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa pada daerah pedesaan jenis kelamin laki-laki memiliki berat badan lahir yang lebih tinggi dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan (3559 gram vs 3250 gram). Hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* (<0,05) hanya pada variabel jenis kelamin bayi dengan

nilai *p value* sebesar (0,000), yang artinya terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan berat badan lahir.

Tabel 4.4 Karakteristik Bayi di Pedesaan

	Variabel	n	Mean	SD	P Value
Jenis kehamilan	Kelahiran tunggal	226	3432	636.72	0.089
	Kelahiran kembar	1	1600	0.0	
Jenis kelamin bayi	Laki-laki	128	3559	641.53	0.000*
	Perempuan	99	3250	614.182	
Jarak kelahiran	<24 bulan	31	3470	558.68	0.567
	≥ 24 bulan	196	3417	660.69	
Usia	Berisiko	97	3422	641.53	0.785
	Tidak Berisiko	130	3426	653.26	
Paritas	1 dan >4 anak	81	3508	688.69	0.141
	2-3 anak	146	3378	619.95	
Kunjungan ANC	≥4 kali	186	3425	629.35	0.995
	<4 kali	41	3419	729.45	
Status Bekerja	Ya	90	3387	638.26	0.582
	Tidak	137	3448	653.62	
Kekayaan	Miskin	138	3453	654.926	0.45
	Kaya	89	3379	635.177	
Pendidikan	Rendah	196	3416	650.94	0.642
	Tinggi	31	3477	628.42	

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gambaran Berat Badan Lahir Bayi

Pada Penelitian ini ditemukan bahwa mayoritas responden memiliki berat badan lahir normal sebanyak 427 bayi (85,6%), berat badan lahir lebih sebanyak 47 bayi (9,4%) dan berat badan lahir rendah sebanyak 25 bayi (5%). Sejalan dengan ini, penelitian Syari dkk (2015) juga menemukan bahwa

mayoritas responden sebanyak berat badan lahir normal sebanyak 19 responden (47,5%) dan berat badan lahir rendah sebanyak 21 responden (52,5%) (Syari, Serudji and Mariati, 2015).

Berat badan lahir merupakan penentu penting dari kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangan kesehatan dari bayi baru lahir (Mahmoodi et al., 2015). Berat badan lahir juga berkaitan dengan risiko kematian pada tahun pertama kehidupan, dan masalah perkembangan pada masa kanak-kanak serta berbagai risiko penyakit di masa dewasa (Wilcox, 2001). Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah berisiko mengakibatkan kematian perinatal pada negara berkembang, gangguan kesehatan pada masa kanak-kanak, kelebihan berat badan pada masa dewasa, menderita penyakit jantung koroner, penurunan kecerdasan pada masa remaja dan menderita penyakit ginjal kronis (Belbasis et al., 2016).

Sementara itu, bayi dengan berat badan lahir lebih memiliki risiko mengalami leukemia limfoblastik akut dan semua jenis leukemia, mengalami kelebihan berat badan atau obesitas pada masa dewasa (Belbasis et al., 2016). Terdapatnya temuan bahwa adanya berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan berat lahir lebih (>4000 gram) mencerminkan beban ganda dalam fenomena gizi yang dialami Sumatera Utara.

4.2.2 Hubungan Jenis Kehamilan dengan Berat Badan Lahir

Berdasarkan uji statistik yang dilakukan pada variabel jenis kehamilan diperoleh hasil *p value* sebesar 0,010. Hasil tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kehamilan dengan berat badan lahir.

Penelitian ini menemukan bahwa kehamilan tunggal memiliki berat badan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan kembar (3351 gram vs 2325 gram). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Permana & Wijaya (2019) yang menyatakan bahwa kehamilan ganda berhubungan dengan berat badan lahir rendah dengan nilai *p value* < 0,05 (Permana and Wijaya, 2019). Kehamilan ganda memiliki risiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah 14,9 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu tanpa kehamilan ganda (Permana and Wijaya, 2019). Hal yang sama juga ditemukan oleh penelitian Sari (2018) yang menemukan bahwa kehamilan ganda berhubungan dengan berat badan lahir rendah dengan nilai *p value* 0,000 dan OR=19,07 (Sari, Tjekyan and Zulkarnain, 2018).

Kehamilan ganda membawa risiko prematuritas, hambatan pertumbuhan intrauterin, kematian prenatal yang lebih tinggi, serta risiko komplikasi kehamilan seperti preeklamsia, diabetes, dan perdarahan selama persalinan (Zollner, Rehn and Dietl, 2010). Pada kehamilan ganda suplai darah ke janin terbagi menjadi dua atau lebih untuk masing-masing janin sehingga suplai nutrisi berkurang, hal inilah yang menyebabkan berat badan lahir pada bayi dengan jenis kehamilan ganda lebih rendah dibandingkan dengan jenis kehamilan tunggal (Sari, Tjekyan and Zulkarnain, 2018). Perbedaan ini juga dapat terjadi karena pada kehamilan kembar mayoritas terjadi persalinan kurang bulan atau lahir prematur (Masitoh et al., 2014). Sementara itu, kelahiran prematur mengakibatkan pertumbuhan organ-organ pada tubuh bayi belum optimal sehingga mempengaruhi berat badan lahirnya (Jumhati & Novianti, 2018).

4.2.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Berat Badan Lahir

Berdasarkan uji statistik pada variabel jenis kelamin diperoleh hasil *p value sebesar* 0,000 yang artinya ada hubungan antara jenis kelamin bayi dengan berat badan lahir. Penelitian ini juga menemukan perbedaan rata-rata berat badan lahir laki-laki dan perempuan sebesar 3432 gram dan 3248 gram. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nascimento (2017) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan rata-rata berat badan lahir antara laki-laki (3281 gram) dan perempuan (3146,4 gram) dengan *P value* (0,0001) (Nascimento, Machin and Santos, 2017). Adanya perbedaan berat badan lahir berdasarkan jenis kelamin juga ditemukan oleh Roland (2013) dengan perbandingan berat lahir laki-laki (3676 gram) lebih besar dibanding dengan perempuan (3504 gram) (Roland et al., 2013).

Perbedaan pertumbuhan janin berdasarkan jenis kelamin dapat disebabkan oleh adanya perbedaan fungsi plasenta (Alur, 2019). Sebuah penelitian menyatakan bahwa ada korelasi positif antara plasenta dengan berat badan bayi (Panti et al., 2012). Bayi kecil umumnya memiliki plasenta yang kecil (Eriksson et al., 2010). Anak laki-laki lebih banyak berinvestasi dalam pertumbuhan mereka sendiri dibandingkan dengan pertumbuhan plasenta serta janin laki-laki lebih sering terpapar kesulitan prenatal dan perinatal dari perempuan (Lampl et al., 2010).

Perbedaan selanjutnya disebabkan oleh pengaruh kondisi ibu, dimana ketika kehamilan dengan asma ringan berakibat pada berkurangnya pertumbuhan janin perempuan namun tidak sampai menyebabkan IUGR (*intrauterine growth restriction*) atau kondisi yang menyebabkan pertumbuhan

janin terhambat (Alur, 2019). Selain itu, komposisi tubuh bayi laki-laki lebih dipengaruhi oleh ibu karena BMI pra-kehamilan yang lebih tinggi dan penambahan berat badan kehamilan yang berlebihan (O'Tierney-Ginn et al., 2014). Peningkatan berat badan ibu dapat menguntungkan rata-rata berat badan lahir bayi laki-laki daripada bayi perempuan (Lampl et al., 2010). Ibu dengan berat badan yang kurang 2,43 kali lebih mungkin melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan risiko bblr 46% pada bayi perempuan (Britto et al., 2013).

4.2.4 Hubungan Jarak Kelahiran dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa jarak kelahiran tidak berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* 0,320. Sejalan dengan itu, penelitian Karima & Achadi (2012) juga menunjukkan hasil yang sama bahwa tidak ada hubungan antara jarak kelahiran dengan berat badan lahir dengan *p value* = 1,000 (Karima and Achadi, 2012). Namun, penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Bener (2012) yang menyatakan bahwa jarak kelahiran berkaitan dengan berat badan lahir dengan hasil nilai uji statistik *p value* <0,001 (Bener et al., 2012). Penelitian Owa (2017) juga menemukan bahwa terdapat hubungan antara jarak kelahiran <2 tahun dengan berat badan lahir rendah (AOR=6.5; 95%CI: 1.78-24.2), yang artinya bayi dengan jarak kelahiran <2 tahun berisiko 6,5 kali untuk mengalami berat badan lahir rendah (Owa, Eka Putra and Trisna Windiani, 2017).

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna antara rata-rata berat badan lahir pada jarak kelahiran < 24 bulan dan \geq 24 bulan. Perbedaan ini dapat terjadi dikarenakan perbedaan sampel penelitian,

dimana pada penelitian ini mayoritas atau 84,4% responden memiliki jarak kelahiran ≥ 24 bulan sehingga tidak menunjukkan hasil yang bermakna terhadap berat badan lahir. Perbedaan ini juga dikarenakan adanya pencegahan dan penanganan berupa pemantauan kesehatan kehamilan yang dilakukan sehingga tidak terjadi berat badan lahir rendah (Indrasari, 2012).

Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2 sampai 4 tahun, jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, serta seringnya terjadi immaturitas, prematuritas, cacat bawaan, dan berat badan lahir rendah (Kemenkes, 2014; Permana & Wijaya, 2019). Wanita yang hamil dalam waktu kurang dari 2 tahun setelah melahirkan memiliki rahim yang belum sempurna, hal ini akan berakibat pada gangguan mekanisme nutrisi pada janin yang secara tidak langsung mempengaruhi berat badan bayi (Kusumawardani and Cholifah, 2018). Jarak kehamilan yang kurang dari 2 tahun juga akan mempengaruhi kebutuhan nutrisi dan perhatian pada anak yang dilahirkan sebelumnya, sehingga kondisi ini berdampak pada kesehatan janin berat badan lahirnya (Rochjati, 2003).

4.2.5 Hubungan Usia Ibu dengan Berat Badan Lahir

Berdasarkan uji statistik pada variabel usia diperoleh hasil *p value* sebesar 0,166 yang artinya tidak terdapat hubungan antara usia dengan berat badan lahir. Sejalan dengan itu, penelitian Ernawati (2017) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia ibu dengan berat badan lahir berat badan lahir dengan *p value* = 0,982 (Ernawati, 2017). Hal yang sama juga ditemukan oleh penelitian Karima & Achadi (2012) yang juga menunjukkan tidak

ada hubungan antara usia ibu dengan berat badan lahir dengan nilai p value = 0,14 (Karima and Achadi, 2012).

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Pinontoan dan Tombokan (2015) yang memperoleh nilai p value = 0,001 yang berarti menunjukkan hubungan antara usia ibu dengan berat badan lahir (Pinontoan and Tombokan, 2015). Hal yang sama juga ditemukan oleh penelitian Endriana (2013) yang menunjukkan adanya hubungan usia ibu dengan berat bayi lahir dengan nilai p value = 0,005 (Endriana, Indrawati and Rahmawati, 2013).

Menurut Kementerian Kesehatan, usia melahirkan ibu yang terlalu muda (<20 tahun) dan terlalu tua (<35 tahun) juga dapat menjadi penyebab kematian ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kesiapan dan kondisi kesehatan ibu hamil sangat penting untuk mempengaruhi kualitas bayi yang dilahirkan, semakin siap dan matang kondisi ibu saat hamil maka semakin baik dan berkualitas bayi yang dilahirkan (Nisa and Sukmani, 2016). Kehamilan dibawah usia 20 tahun dikatakan sebagai kehamilan berisiko tinggi dikarenakan belum optimalnya sistem reproduksi serta peredaran darah menuju serviks dan uterus masih belum sempurna sehingga dapat mengganggu proses penyaluran nutrisi dari ibu ke janin (Pinontoan and Tombokan, 2015). Kehamilan pada usia muda atau remaja juga berisiko melahirkan bayi prematur, berat badan lahir rendah, pendarahan persalinan yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2017).

Meskipun kehamilan dibawah usia sangat berisiko tetapi kehamilan diatas umur 35 tahun juga tidak anjurkan. Goisis (2017) menyatakan bahwa usia ibu diatas 35 tahun berkaitan dengan peningkatan dengan kejadian berat badan

lahir rendah dan kelahiran prematur (Goisis et al., 2017). Pada penelitian Wang (2020) juga menyatakan ibu yang hamil setelah berusia 35 tahun berisiko melahirkan bayi bblr dan makrosomia, serta berisiko menderita penyakit kronis dan mengalami komplikasi kehamilan termasuk obesitas, anemia, dan diabetes (Wang et al., 2020). Oleh karena itu, penting untuk memperhatikan usia ibu saat kehamilan agar terhindar dari kehamilan berisiko.

4.2.6 Hubungan Paritas dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa paritas berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* 0,028. Perbedaan rata-rata berat badan lahir antara paritas berisiko (1 dan ≥ 4 anak) dengan paritas tidak berisiko (2-3 anak) adalah 3430 gram dan 3305 gram, yang artinya berat badan lahir pada paritas berisiko (1 dan ≥ 4 anak) lebih tinggi. Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian Endriana (2013) menunjukkan hasil yang sama dengan nilai *p value* = 0,007 dan besar nilai korelasi sebesar positif 0,198 yang artinya semakin tinggi faktor risiko paritas maka semakin bertambah berat bayi yang dilahirkan (Endriana, Indrawati and Rahmawati, 2013). Penelitian Bekele (2019) juga menunjukkan bahwa ada hubungan paritas dengan berat badan lahir rendah dengan hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* sebesar 0,025 (Bekele et al., 2019).

Paritas yang tinggi merupakan salah satu faktor penyebab berat badan lahir lebih (makrosomia) karena terjadi peningkatan berat badan 100 hingga 150 gram pada setiap kehamilan (ACOG, 2020a). Terjadinya peningkatan berat badan ini dikarenakan adanya penurunan sensitivitas insulin sehingga plasenta

lebih banyak mengangkut glukosa (Basher, Hussien and Nesser, 2019). Pengangkutan glukosa ini menyebabkan hiperglikemia pada ibu yang berkaitan dengan paritas tinggi, sehingga ibu cenderung menghasilkan berat badan lahir yang lebih tinggi (Al-Farsi et al., 2012). Hiperglikemia pada ibu hamil adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resisten, hal ini cenderung mempengaruhi kadar glukosa pada janin sehingga mengakibatkan janin tumbuh melebihi normal (Imamah Indah C, 2017).

4.2.7 Hubungan Kunjungan *Antenatal care* dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa kunjungan *antenatal care* tidak berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *P value* 0,361. Sejalan dengan itu, penelitian Zhou (2019) juga menemukan tidak ada hubungan antara kunjungan *antenatal care* dengan berat badan lahir (*p value* > 0,05) (Zhou et al., 2019).

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Ruindungan (2017) yang menyatakan bahwa kunjungan *antenatal care* berhubungan dengan berat badan lahir dengan nilai *p value* = 0,0001 dan nilai OR sebesar 3,000 yang artinya ibu yang melakukan kunjungan *antenatal care* berpeluang 3 kali lebih tinggi melahirkan bayi dengan berat badan normal dibandingkan dengan ibu yang tidak melakukan kunjungan *antenatal care* (Ruindungan, Kundre and Masi, 2017). Penelitian Kumendong (2015) juga menemukan hal yang sama bahwa ada hubungan antara frekuensi kunjungan *antenatal care* dengan berat badan lahir dengan nilai *p value* = 0,001 (Kumendong, Kundre and Bataha, 2015).

Antenatal care sangat penting dilakukan untuk memantau faktor penyulit seperti gizi, dan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan sehingga tidak mengganggu pertumbuhan janin (Fatimah, Utama and Sastri, 2018). Zhou (2019) menunjukkan bahwa setidaknya lima atau delapan kali kunjungan *antenatal* selama kehamilan terbukti memiliki efek pencegahan untuk bayi bblr (Zhou et al., 2019).

Antenatal care adalah pelayanan kesehatan kepada ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk menjamin perlindungan kesehatan terhadap ibu dan janin, deteksi faktor risiko, serta pencegahan dan penanganan dini terhadap komplikasi kehamilan (Fatimah, Utama and Sastri, 2018). Pemeriksaan kehamilan akan mendeteksi adanya atau tidaknya kelainan atau komplikasi pada ibu dan janin termasuk risiko bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (Ruindungan, Kundre and Masi, 2017).

4.2.8 Hubungan Status Bekerja dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa status bekerja ibu berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* 0,006. Sejalan dengan itu penelitian Halu (2019) menunjukkan bahwa ada hubungan status bekerja ibu dengan berat badan lahir dengan nilai *p value* 0,010 (Halu, 2019). Selain itu, pada penelitian ini ditemukan bahwa terdapat perbedaan rata-rata berat badan lahir dimana berat badan lahir pada ibu yang tidak bekerja lebih tinggi dibanding dengan ibu yang bekerja (3422 vs 3250 gram).

Ibu yang bekerja berpeluang 5 kali melahirkan bayi dengan berat badan yang rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (Mahmoodi et al.,

2015). Hal ini dikarenakan ibu yang bekerja cenderung memiliki sedikit waktu untuk beristirahat sehingga berakibat terjadinya komplikasi kehamilan, seperti terlepasnya plasenta yang secara langsung berhubungan dengan berat badan lahir rendah (Trihardiani and Puruhita, 2011). Sedangkan bagi ibu yang tidak bekerja memiliki banyak waktu untuk melakukan kunjungan *antenatal care* dibandingkan dengan ibu yang bekerja, sehingga perkembangan kesehatan ibu dan janin terpantau oleh tenaga kesehatan (Jayanti & Dharmawan, 2017). Selain itu, ibu yang tidak bekerja tidak membutuhkan banyak keluaran energi dibandingkan dengan ibu yang bekerja sehingga asupan gizi baik akan menjadi penambahan berat badan ibu hamil yang berhubungan dengan berat badan lahir bayi (Yulianti & Hargiono, 2016; Zhang et al., 2019).

4.2.9 Hubungan Kekayaan dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa kekayaan tidak berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* 0,84. Sejalan dengan ini sebuah penelitian juga menunjukkan hasil bahwa pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan badan lahir (Jayanti & Dharmawan, 2017). Shibre & Tamire (2020) juga menyatakan bahwa tidak gradien berat badan lahir rendah yang terdeteksi untuk kekayaan rumah tangga (Shibre and Tamire, 2020).

Hal ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Martison & Reichman (2016) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kuintil pendapatan dengan berat badan lahir dalam hal ini berat badan lahir rendah, dimana kuintil pendapatan terbawah berpeluang 2,41 kali melahirkan bayi dengan berat lahir rendah dibandingkan dengan kuintil pendapatan tertinggi (Martinson

and Reichman, 2016). Hasil penelitian Mansoor (2017) juga menemukan bahwa 72,1% bayi bblr berasal dari kategori keluarga miskin (Mansoor et al., 2017).

Status ekonomi keluarga yang rendah akan mempengaruhi kualitas maupun kuantitas bahan makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil, makanan biasanya akan kurang bervariasi sehingga meningkatkan resiko kurang gizi (Nugroho and Putri, 2020). Semakin baik kondisi sosial ekonomi ibu, maka semakin rendah kemungkinan untuk melahirkan bayi dengan berat badan rendah (Laksono & Wulandari, 2020). Rata-rata berat badan lahir meningkat seiring dengan meningkatnya pendapatan keluarga, status ekonomi juga mempengaruhi pemenuhan gizi ibu pada masa kehamilan (Nisar & Khan, 2011). Ibu hamil yang memiliki status gizi normal cenderung akan melahirkan bayi dengan berat badan normal, hal ini dikarenakan volume darah yang normal sehingga ukuran plasentanya juga normal dan aliran makanan dari ibu kepada janin dapat berjalan dengan baik dan kebutuhan nutrisi janin terpenuhi (Laksono & Wulandari, 2020).

4.2.10 Hubungan Pendidikan dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa pendidikan tidak berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* sebesar 0,729. Sejalan dengan ini, penelitian Karima & Achadi (2012) juga tidak menemukan hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan berat badan lahir dengan nilai *p value* = 0,768 (Karima and Achadi, 2012). Kaur (2019) juga menemukan hasil yang sama bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan berat badan lahir rendah dengan nilai *p value* 0,616 (Kaur et al., 2019).

Tingkat pendidikan mempunyai hubungan dengan tingkat kesehatan dimana pendidikan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, jika tingkat pengetahuan gizi ibu baik maka diharapkan status gizi ibu dan bayinya juga baik (Kartikasari dan Mifbakhuddin, 2011). Ibu yang buta huruf berpeluang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan ibu yang menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah (Shibre and Tamire, 2020). Sementara itu, pengetahuan tidak hanya didapatkan dalam pendidikan formal, adanya media massa seperti majalah, televisi, dan internet dapat membantu serta mempermudah mendapatkan informasi untuk pemenuhan gizi selama kehamilan (Nasution, Nurdianti and Huriyati, 2014).

4.2.11 Hubungan Wilayah Tempat Tinggal dengan Berat Badan Lahir

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa wilayah tempat tinggal ibu berhubungan dengan berat badan lahir bayi dengan nilai *p value* 0,002. Sejalan dengan ini penelitian Nugroho & Putri (2020) menemukan bahwa terdapat perbedaan berat lahir di perkotaan dan pedesaan dengan nilai *p value* 0,05 (Nugroho and Putri, 2020). Hasil penelitian Nguyen (2014) juga menemukan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dalam kategori berat badan lahir di wilayah pedesaan dan perkotaan dengan *p value* = 0,03 (Nguyen, 2014).

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa berat badan lahir di pedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan (3424 gram vs 3275 gram). Hal ini bertolak belakang dengan beberapa penelitian seperti penelitian Kaur (2019) yang menemukan bahwa ibu hamil di pedesaan lebih banyak memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan ibu hamil perkotaan (Kaur

et al., 2019). Sejalan dengan itu, Nguyen (2012) juga menyatakan bahwa bayi perkotaan memiliki berat badan lahir lebih tinggi dan penambahan berat badan lebih cepat dibandingkan dengan bayi pedesaan (Nguyen et al., 2012).

Perbedaan hasil ini dapat terjadi karena adanya perbedaan pengkategorian pedesaan dan perkotaan dalam penelitian (Tawfik, 2020). Hal ini juga dapat terjadi karena kehidupan di pedesaan tidak lagi tradisional dengan kemajuan teknologi khususnya di bidang media massa yang menyebabkan perubahan kehidupan rumah tangga di pedesaan yang meniru kehidupan rumah tangga perkotaan (Pandey et al., 2020).

4.2.12 Hubungan Faktor Risiko Berat Badan Lahir di Wilayah Perkotaan

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa pada wilayah perkotaan variabel usia memiliki hasil uji statistik sebesar 0,043, yang artinya terdapat hubungan antara usia dengan berat badan lahir pada wilayah perkotaan. Sejalan dengan itu, penelitian Kaur (2019) menyatakan bahwa usia ibu berhubungan dengan berat badan lahir dengan hasil uji statistik sebesar 0,024 (Kaur et al., 2019). Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa usia berisiko memiliki rata-rata berat badan lahir lebih tinggi dibandingkan dengan kategori usia tidak berisiko (3351 gram vs 3226 gram). Sejalan dengan itu penelitian Wang (2020) juga menyatakan bahwa risiko makrosomia meningkat dengan bertambahnya usia ibu dengan (OR=1,10), ketika ibu berusia lebih muda dari 24 tahun (OR=1,06), ibu berusia sekitar 24 hingga 33 tahun (OR=1,02), dan ibu berusia lebih tua dari 33 tahun (OR=1,02) (Wang et al., 2020).

Qibtiyah (2014) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tempat tinggal dengan perkawinan dimana pada perempuan di kota cenderung menikah di usia yang tua (Qibtiyah, 2014). Sementara itu, menurut Wang et al (2020) risiko bblr menurun hingga usia ibu 36 tahun sedangkan risiko makrosomia meningkat ketika usia ibu berkisar 20 sampai 40 tahun (Wang et al., 2020). Hal ini dapat diartikan bahwa usia berisiko dapat meningkatkan risiko bayi bblr dan bayi makrosomia.

Sedangkan menurut WHO (2020), ibu yang melahirkan pada usia remaja berisiko mengalami persalinan prematur dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (WHO, 2020). Hasil yang sama juga ditemukan oleh Casas (2015) menyatakan bahwa ibu yang melahirkan di usia ≤ 19 tahun berisiko mengalami banyak komplikasi termasuk kelahiran prematur, endometritis, dan preeklamsia ringan (Casas et al., 2015).

Selanjutnya, penelitian ini juga menemukan hasil bahwa pada wilayah perkotaan variabel status bekerja memiliki hasil uji statistik sebesar 0,043, yang artinya terdapat hubungan antara status bekerja dengan berat badan lahir di wilayah perkotaan, dengan perbedaan berat badan lahir pada ibu yang tidak bekerja lebih tinggi (3395 gram) dibandingkan dengan ibu yang bekerja (3163 gram).

Wanita yang bekerja selama kehamilan pada umumnya dianggap lebih sehat dibandingkan wanita yang tidak bekerja, namun beberapa penelitian menunjukkan bahwa jenis pekerjaan tertentu dapat mempengaruhi kesehatan kehamilan (Watson et al., 2016). Kondisi kerja seperti stres, berdiri terlalu lama, kontak dengan bahan kimia dapat mengakibatkan dampak yang merugikan seperti

aborsi, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah (bblr), dan kelainan neonatus (Mahmoodi et al., 2015). Sementara itu, wanita di perkotaan cenderung bekerja dalam peran profesional dan administratif, dimana pekerjaan ini membutuhkan aktivitas yang menetap (Kaur et al., 2019). Sebuah studi dengan jenis pekerjaan perawat menunjukkan hasil bahwa perawat dengan jam kerja penuh waktu memiliki berat badan lahir bayi lebih rendah sebesar 300 gram dibandingkan dengan perawat dengan jam kerja paruh waktu (Watson et al., 2016).

4.2.13 Hubungan Faktor Risiko Berat Badan Lahir di Wilayah Pedesaan

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa pada wilayah pedesaan variabel jenis kelamin bayi memiliki hasil uji statistik sebesar 0,043, yang artinya terdapat hubungan antara jenis kelamin bayi dengan berat badan lahir di wilayah pedesaan. Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa jenis kelamin bayi laki-laki memiliki berat badan lahir yang lebih tinggi (3559 gram) dibandingkan dengan bayi perempuan (3250 gram).

Hal sebaliknya ditemukan pada penelitian Nguyen (2014) bahwa rata-rata berat badan lahir di perkotaan lebih tinggi dibandingkan pedesaan serta berlaku untuk kedua jenis kelamin bahwa anak laki-laki memiliki berat badan lahir yang lebih tinggi daripada anak perempuan (Nguyen, 2014).

Variabel gender dianggap kurang penting ketika variabel lain seperti pendidikan dan aset rumah tangga diperhitungkan (Nguyen, 2014). Penelitian sebelumnya telah menyimpulkan bahwa berat badan lahir berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi, pendidikan, penambahan berat badan selama

kehamilan, dan jarak kehamilan (Manyeh et al., 2016); Gage et al., 2013; Zhang, Zhang and Wang, 2019; Bener et al., 2012).

4.3 Pembahasan Integrasi Keislaman

Status gizi pada ibu hamil berpengaruh positif terhadap berat badan lahir bayi, dan ibu dengan status gizi kurang dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan (Winasandis et al., 2020; Ramadhan et al., 2019). Pola makan bagi ibu hamil harus memenuhi zat gizi seperti karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral agar dapat memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil dan janin yang dikandungnya (Winasandis et al., 2020). Dalam kajian Islam juga terdapat ayat yang membahas tentang memperhatikan makanan, sebagai berikut:

فَلْيَنْظُرِ الْإِنْسَانُ إِلَى طَعَامِهِ ۗ - ٢٤

Artinya:

“Maka hendaklah manusia itu memperhatikan makanannya” (Q.S Abasa ayat 31)

Makan merupakan kebutuhan manusia untuk diubah menjadi nutrisi yang kemudian dijadikan energi untuk beraktivitas sehari-hari (Kusumawardani et al., 2020). Makan sehat adalah sejumlah makanan yang dikonsumsi secara tepat yang bertujuan untuk mengoptimalkan kinerja tubuh dalam beraktivitas (Nurti, 2017). Dalam Islam juga menganjurkan untuk mengkonsumsi makan dan minuman yang halal dan *thoyyib* baik menurut jenis makanan dan cara memperolehnya, sebagaimana firman Allah sebagai berikut:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُّبِينٌ -

Artinya:

“Wahai manusia! Makanlah dari (makanan) yang halal dan baik yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah setan. Sungguh, setan itu musuh yang nyata bagimu” (Q.S Al-Baqarah ayat 168).

Ayat ini diturunkan Allah untuk mengajarkan bahwa makanan dan minuman yang layak dikonsumsi tidak hanya halal namun juga harus bersih, sehat, dan tidak berdampak buruk bagi tubuh (Setiawan, 2014). Makanan halal secara zatnya adalah makanan yang pada dasarnya halal untuk dikonsumsi, makanan halal secara memperolehnya yang didapatkan dengan cara yang benar, dan makanan halal secara pengolahannya yang sesuai dengan syariat islam (Samsuddin, 2020). Sebagaimana sabda Rasulullah saw sebagai berikut:

Dari ‘Adi bin Hatim ia berkata, *”Aku pernah bertanya kepada Rasulullah shallallahu’alaihi wa sallam mengenai berburu dengan tombak.”* Jawab beliau, *“Jika yang terkena adalah bagian pisaunya, maka makanlah hewan hasil buruan tersebut. Jika yang terkena adalah bagian kayu tombaknya lalu hasil buruan itu mati, maka ia termasuk mawqudzah (hewan yang mati karena dibenturkan dengan tombak atau batu yang sifatnya tidak tajam) dan janganlah dimakan”*(H.R Bukhari).

Dalam kajian Islam tidak hanya membahas nilai gizi dari makanan, namun juga bahaya dari makan makanan secara berlebih-lebihan sebagaimana Allah berfirman dalam Al-Qur’an:

﴿يَبْنِيْ اِلَيْهِ اَلْمَ خَدُوْا زِيْنَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوْا وَاشْرَبُوْا وَلَا تُسْرِفُوْا اِنَّهٗ ؕ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِيْنَ

۳۱ - □

Artinya:

“Wahai anak cucu Adam! Pakailah pakaianmu yang bagus pada setiap (memasuki) masjid, makan dan minumlah, tetapi jangan berlebihan. Sungguh, Allah tidak menyukai orang yang berlebih-lebihan”(Q.S Al-A’raf ayat 31)

Ayat ini diturunkan sebagai larangan makan dan minum secara berlebih-lebihan melewati batas kenyang yang berdampak buruk terhadap kesehatan (Setiawan, 2014). Anjuran makan dari Rasulullah yaitu tidak makan dengan berlebih-lebihan dengan menyiapkan sepertiga perutnya untuk makan, sepertiga untuk air dan sepertiga lainnya untuk darah (Sapie, 2017). Adapun manfaat dari mengkonsumsi makanan halal lagi *thayyib* seperti baik bagi kesehatan dan terhindar dari penyakit (Samsuddin, 2020).

Selama masa kehamilan ibu membutuhkan asupan gizi yang optimal untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin, hal ini karena ibu yang memiliki IMT normal namun berat badan selama masa kehamilan tidak bertambah seperti yang dianjurkan, hal ini dapat berisiko melahirkan bayi bblr (Fatimah & Yuliani, 2019). Menurut penelitian, ibu dengan status gizi *underweight* berisiko 2,1 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lebih ringan (Karima & Achadi, 2012). Penelitian Mayada (2017) juga menunjukkan bahwa ibu yang menderita KEK (Kekurangan Energi Kronis) dapat menghambat pertumbuhan janin sehingga menimbulkan risiko berat badan lahir rendah (Mayanda, 2017). Maka dari itu, ibu harus memperhatikan pola makan selama masa kehamilan karena dapat berdampak pada janin yang dikandungnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Adapun kesimpulan yang terdapat dalam penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut:

1. Sebanyak 99,2% responden dengan jenis kehamilan tunggal, bayi berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51,3%, jarak kelahiran ≥ 24 bulan sebanyak 84,4%, usia tidak berisiko sebanyak 59,3%, paritas 2-3 anak sebanyak 70,1%, kunjungan *antenatal care* sebanyak 82,4%, ibu yang bekerja sebanyak 53,7%, status kekayaan kaya sebanyak 55,1%, wilayah tempat tinggal di perkotaan sebanyak 54,5%, dan berat badan lahir normal sebanyak, 85,6%.
2. Hasil analisis menunjukkan bahwa pada variabel jenis kehamilan, jenis kelamin, paritas, status bekerja dan wilayah tempat tinggal memiliki hasil uji statistik $P \text{ value} < 0,05$ maka variabel tersebut berhubungan dengan berat badan lahir bayi.
3. Perbedaan rata-rata berat badan lahir ditunjukkan pada variabel jenis kehamilan, jenis kelamin, paritas, status bekerja, dan wilayah tempat tinggal.
4. Hasil analisis menunjukkan bahwa pada wilayah perkotaan faktor yang berhubungan dengan berat badan lahir yaitu pada variabel usia dan status bekerja. Sedangkan pada wilayah pedesaan faktor yang berhubungan dengan berat badan lahir adalah jenis kelamin.

5. Perbedaan rata-rata berat badan lahir ditunjukkan pada variabel usia dan status bekerja di wilayah perkotaan. Sedangkan perbedaan rata-rata berat badan lahir ditunjukkan pada variabel jenis kelamin di wilayah pedesaan.

5.2 SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Bagi institusi pelayanan kesehatan
 1. Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan, evaluasi dan masukan yang perlu dipertimbangkan dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan, khususnya masalah kesehatan ibu dan anak.
 2. Memberikan dan mengoptimalkan pelayanan *antenatal* yang sesuai standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan, serta memantau kunjungan *antenatal care* sesuai ketentuan yakni minimal 4 kali selama masa kehamilan.
 3. Memberikan pelayanan dan konsultasi terkait kontrasepsi kepada masyarakat dengan mempertimbangkan usia, paritas, jarak kelahiran, kondisi kesehatan dan norma agama melalui kegiatan posyandu ibu hamil.
 4. Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal terkhusus pada daerah pedesaan dengan bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi terkait pendistribusian sumber daya kesehatan agar merata baik di desa maupun di kota.

b. Bagi masyarakat

1. Diharapkan masyarakat dapat memperhatikan kesehatan kehamilan agar dengan rutin melakukan kunjungan *antenatal care*, sehingga mencegah terjadinya kehamilan yang berisiko.
2. Diharapkan masyarakat lebih memperhatikan kondisi kesehatan ketika merencanakan kehamilan, sebaiknya konsultasikan kepada petugas kesehatan setempat dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan .
3. Diharapkan kepada ibu hamil rutin mengikuti kelas ibu hamil yang terdapat pada program kesehatan yaitu posyandu ibu hamil, dimana program ini bertujuan untuk menambah pengetahuan ibu hamil, serta beberapa pemeriksaan kehamilan yang dilakukan agar menurunkan kelahiran yang berisiko.
4. Diharapkan kepada ibu hamil yang berisiko mengalami masalah kesehatan dapat melakukan kunjungan *Antenatal Care* secara teratur minimal 4 kali selama masa kehamilan agar dapat meminimalisir faktor-faktor yang berisiko.

c. Bagi peneliti selanjutnya

Saran untuk peneliti selanjutnya adalah penelitian sejenis perlu dilakukan dengan penambahan variabel bebas dalam penelitian, seperti penambahan berat badan ibu pra dan selama kehamilan, riwayat anemia, kepatuhan minum tablet tambah darah, riwayat bblr dan makrosomia, usia kehamilan, agama, budaya dan lain-lain. Penelitian lanjut dengan menggunakan data

primer juga disarankan untuk membahas lebih dalam terkait masalah kesehatan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2020a). Macrosomia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 216. *Obstetrics and Gynecology*, 135(1). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003607>
- ACOG. (2020b). Multiple Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*.
- Almatsier, S. Soratdjo, S. Susurah. Soekatri, M. (2011). *Gizi Seimbang dalam Daur Kehidupan* (S. Almatsier (ed.)). PT Gramedia Pustaka Utama. https://www.google.co.id/books/edition/Gizi_Seimbang_dalam_Daur_Kehidupan/B0dODwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=daur+kehidupan+manusia&pg=PA28&printsec=frontcover
- Al-Farsi, Y. M., Brooks, D. R., Werler, M. M., Cabral, H. J., Al-Shafae, M. A., & Wallenburg, H. C. (2012). Effect of High Parity on Occurrence of Some Fetal Growth Indices: a Cohort Study. *International Journal of Women's Health*, 4(1). <https://doi.org/10.2147/ijwh.s32190>
- Alur, P. (2019). Sex differences in nutrition, growth, and metabolism in preterm infants. In *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 7, Issue FEB). <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00022>
- Aras, R. (2013). Is Maternal Age Risk Factor for Low Birth Weight? *Archives of Medicine and Health Sciences*, 1(1). <https://doi.org/10.4103/2321-4848.113558>
- Aregay, M., & B. Lawson. (2015). Impact of Income on Small Area Low Birth Weight Incidence Using Multiscale Models. *AIMS Public Health*. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2015.4.667>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Basher, R. H., Hussien, M. S., & Nessr, N. B. (2019). Maternal and Neonatal Complications in Macrosomic Pregnancies. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(8). <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20193526>
- Bekele, A., Seyoum, G., Tesfaye, K., Fantahun, Y., Karima, K., Achadi, E. L., Ekasari, W. U., Hikmah, K., Pinontoan, V., Tombokan, S., Khoiriah, A., & Yuniwati, C. (2019). Hubungan Umur dan Paritas Ibu dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah. *Tesis*, 3(2), 310–314.

- Bener, A., Saleh, N. M., Salameh, K. M. K., Basha, B., Joseph, S., Samson, N., & AlBuz, R. (2012). The Impact of The Interpregnancy Interval on Birth Weight and Other Pregnancy Outcomes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 12(3). <https://doi.org/10.1590/s1519-38292012000300003>
- Belbasis, L., Savvidou, M. D., Kanu, C., Evangelou, E., & Tzoulaki, I. (2016). Birth Weight in Relation to Health and Disease in Later Life: an Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *BMC Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0692-5>
- Britto, R. P. D. A., Florençio, T. M. T., Benedito Silva, A. A., Sesso, R., Cavalcante, J. C., & Sawaya, A. L. (2013). Influence of Maternal Height and Weight on Low Birth Weight: a Cross-Sectional Study in Poor Communities of Northeastern Brazil. *PLoS ONE*, 8(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080159>
- Cantarutti, A., Franchi, M., Monzio Compagnoni, M., Merlino, L., & Corrao, G. (2017). Mother's Education and The Risk of Several Neonatal Outcomes: An Evidence From an Italian Population-Based Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1418-1>
- Casas, M., Cordier, S., Martínez, D., Barros, H., Bonde, J. P., Burdorf, A., Costet, N., dos Santos, A. C., Danilevičiūtė, A., Eggesbø, M., Fernandez, M. F., Fevotte, J., García, A. M., Gražulevičienė, R., Hallner, E., Hanke, W., Kogevinas, M., Kull, I., Larsen, P. S., ... Vrijheid, M. (2015). Maternal Occupation during Pregnancy, Birth Weight, and Length of Gestation: Combined Analysis of 13 European Birth Cohorts. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 41(4), 384–396. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3500>
- Cutland, C. L., Lackritz, E. M., Mallett-Moore, T., Bardají, A., Chandrasekaran, R., Lahariya, C., Nisar, M. I., Tapia, M. D., Pathirana, J., Kochhar, S., & Muñoz, F. M. (2017). Low Birth Weight: Case Definition & Guidelines for Data Collection, Analysis, and Presentation of Maternal Immunization Safety Data. in *Vaccine*. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.01.049>
- Dewie Sulistyorini. (2014). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian BBLR di Puskesmas Pedesaan Kabupaten Banjarnegara Tahun 2014. *Jurnal Polibara*.
- Endriana, S. D., Indrawati, N. D., & Rahmawati, A. (2013). Hubungan Umur dan Paritas Ibu dengan Berat Bayi Lahir di RB Citra Insani Semarang Tahun 2012. In *Jurnal Kebidanan* (Vol. 2, Issue 1).
- Eriksson, J. G., Kajantie, E., Osmond, C., Thornburg, K., & Barker, D. J. P. (2010). Boys Live Dangerously in the Womb. *American Journal of Human Biology*, 22(3). <https://doi.org/10.1002/ajhb.20995>

- Ernawati, W. (2017). Hubungan Faktor Umur Ibu dan Paritas dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Bantul Tahun 2016. In *Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*.
- Fatimah, N., Utama, B. I., & Sastri, S. (2018). Hubungan Antenatal Care dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah pada Ibu Aterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.747>
- Fatimah, S., & Yuliani, N. T. (2019). Hubungan Kurang Energi Kronis (Kek) pada Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (Bblr) di Wilayah Kerja Puskesmas Rajadesa Tahun 2019. *Journal of Midwifery and Public Health, 1*(2). <https://doi.org/10.25157/jmph.v1i2.3029>
- Gaudet, L., Ferraro, Z. M., Wen, S. W., & Walker, M. (2014). Maternal Obesity and Occurrence of Fetal Macrosomia: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *BioMed Research International* (Vol. 2014). <https://doi.org/10.1155/2014/640291>
- Goisis, A., Remes, H., Barclay, K., Martikainen, P., & Myrskylä, M. (2017). Advanced Maternal Age and the Risk of Low Birth Weight and Preterm Delivery: A Within-Family Analysis Using Finnish Population Registers. *American Journal of Epidemiology, 186*(11). <https://doi.org/10.1093/aje/kwx177>
- Hanapi, A. (2015). Peran Perempuan dalam Islam. In *Maret*.
- Tawfik, H. E. (2020). Knowledge, Practice and Quality of Life (QOL) of Pregnant Women: A Comparison Between Urban and Rural Populations. *SSRN Electronic Journal, March 2013*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3582231>
- Hinkle, S. N., Albert, P. S., Mendola, P., Sjaarda, L. A., Yeung, E., Boghossian, N. S., & Laughon, S. K. (2014). The Association Between Parity and Birthweight in a Longitudinal Consecutive Pregnancy Cohort. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. <https://doi.org/10.1111/ppe.12099>
- Imamah Indah C. (2017). Karakteristik Ibu Hamil dengan Hiperglikemia. *Higeia Journal of Public Health, 1*(4).
- Indrasari, N. (2012). Faktor Resiko pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr). *Jurnal Keperawatan, 8*(2).
- Irwawati. (2015). *Bayi dan Balita Sehat & Cerdas*. PT Alex Media Komputindo. https://www.google.co.id/books/edition/Bayi_dan_Balita_Sehat_Cerdas/ok5JDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=asam+folat+dengan+berat+badan+lahir&printsec=frontcover
- Jumhati, S., & Novianti, D. (2018). Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Rumah Sakit Permata Cibubur-Bekasi. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 7*(02). <https://doi.org/10.33221/jikm.v7i02.113>

- John, G. (2013). *SAGE Secondary Data Analysis*. In *SAGE Secondary Data Analysis*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446268544>
- Karima, K., & Achadi, E. L. (2012). Status Gizi Ibu dan Berat Badan Lahir Bayi. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(3), 111. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i3.57>
- Kaur, S., Ng, C. M., Badon, S. E., Jalil, R. A., Maykanathan, D., Yim, H. S., & Jan Mohamed, H. J. (2019). Risk Factors for Low Birth Weight Among Rural and Urban Malaysian Women. *BMC Public Health*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6864-4>
- Kemkes RI. (2017). *Inilah Risiko Hamil di Usia Remaja*. Biro Komunikasi Dan Pelayanan Masyarakat.
- Kemkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2017). Warta Kesmas. *Kementrian Kesehatan RI*.
- Kemkes RI. (2018). Pentingnya Pemeriksaan Kehamilan (ANC) di Fasilitas Kesehatan. *Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat*.
- Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. (2016). Pedoman Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat. In *Kemenpppa*.
- Kemfeng Ngowa, J. D., Domkam, I., Ngassam, A., Nguetack-Tsague, G., Dobgima Pishoh, W., Noa, C., & Kasia, J. M. (2014). References of Birth Weights for Gestational Age and Sex from a Large Cohort of Singleton Births in Cameroon. *Obstetrics and Gynecology International*. <https://doi.org/10.1155/2014/361451>
- Khoiriah, A. (2017). Hubungan Antara Usia dan Paritas Ibu Bersalin dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang. *Jurnal Kesehatan*. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i2.508>
- Kumendong, L., Kundre, R., & Bataha, Y. (2015). Hubungan Frekuensi Kunjungan Antenatal Care (ANC) dan Status Gizi Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Badan Lahir (BBL) Bayi di RSUD Pancarankasihgmim Manado Tahun 2015. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2).
- Kusumawardani, P. A., & Cholifah, S. (2018). *The Correlation Between Birth Spacing and Low Birth Weight Cases*. 446, 2012–2016.
- Lampl, M., Gotsch, F., Kusanovic, J. P., Gomez, R., Nien, J. K., Frongillo, E. A., & Romero, R. (2010). Sex Differences in Fetal Growth Responses to Maternal Height and Weight. *American Journal of Human Biology*, 22(4). <https://doi.org/10.1002/ajhb.21014>

- Li, G., Kong, L., Li, Z., Zhang, L., Fan, L., Zou, L., Chen, Y., Ruan, Y., Wang, X., & Zhang, W. (2014). Prevalence of Macrosomia and Its Risk Factors in China: A Multicentre Survey Based on Birth Data Involving 101 723 Singleton Term Infants. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/ppe.12133>
- Lockart, S. dan A. (2014). Asuhan Kebidanan Fisiologis dan Patologis. *Tangerang: BINARUPA AKSARA Publisher.*
- Mahmoodi, Z., Karimlou, M., Sajjadi, H., Dejman, M., & Vameghi, M. (2013). Development of Mother's Lifestyle Scale during Pregnancy With an Approach to Social Determinants of Health. *Global Journal of Health Science*. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n3p208>
- Mahmoodi, Z., Karimlou, M., Sajjadi, H., Dejman, M., Vameghi, M., & Dolatian, M. (2013). Working Conditions, Socioeconomic Factors and Low Birth Weight: Path Analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. <https://doi.org/10.5812/ircmj.11449>
- Majestika, S. (2018). *Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhi*. UNY Press.
- Mansoor, F., Vitkovskaya, E. N., Yousif, J., Kalar, M. U., & Mujeeb, E. (2017). *Effect of Socioeconomic Status and Birth Weight in Infants*. 02(July), 750–754. <https://doi.org/10.23958/ijirms/vol02-i05/11>
- Martinson, M. L., & Reichman, N. E. (2016). Socioeconomic Inequalities in Low Birth Weight in the United States, the United Kingdom, Canada, and Australia. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303007>
- Manyeh, A. K., Kukula, V., Odonkor, G., Ekey, R. A., Adjei, A., Narh-Bana, S., Akpakli, D. E., & Gyapong, M. (2016). Socioeconomic and Demographic Determinants of Birth Weight in Southern Rural Ghana: Evidence from Dodowa Health and Demographic Surveillance System. *BMC Pregnancy and Childbirth*. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0956-2>
- Masitoh, S., Syafrudin, & Delmaifanis. (2014). Hamil Ganda Penyebab bermakna Berat Bayi Lahir Rendah. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 1(2), 129–134
- Martinson, M. L., & Reichman, N. E. (2016). Socioeconomic Inequalities in Low Birth Weight in the United States, the United Kingdom, Canada, and Australia. *American Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303007>
- Mayanda, V. (2017). Hubungan Status Gizi Ibu Hamil dengan Berat Badan Lahir

Rendah (BBLR) RSIA Mutia Sari Kecamatan Mandau. *Menara Ilmu*, 11(74), 230–238.

- Mengesha, H. G., Wuneh, A. D., Weldearegawi, B., & Selvakumar, D. L. (2017). Low Birth Weight and Macrosomia in Tigray, Northern Ethiopia: Who are the Mothers at Risk? *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0901-1>
- Mohammadzadeh, A., Farhat, A., Amiri, R., & Esmaeeli, H. (2010). Effect of Birth Weight and Socioeconomic Status on Children's Growth in Mashhad, Iran. *International Journal of Pediatrics*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/705382>
- Muhamad Jufri Sapie. (2017). *Konsep Pola Makan Sehat Dalam Perspektif Hadis Dalam Kitab Musnad Ahmad*. 1–89.
- Musti, I. G. B. D. P., Duarsa, G. W. K., Mahadewa, T. G., & Wirata, G. (2019). Berat Badan Lahir Lebih dari 4000 Gram merupakan Faktor Risiko Kejadian Mikropenis pada Bayi Baru Lahir Di Denpasar Tahun 2019. *Intisari Sains Medis*, 10(3). <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.577>
- Namora, L. L. (2013). *Psikologi Kespro. Wanita dan Perkembangan Reproduksi : Ditinjau dari Aspek Fisik dan Psikologi*. - Google Buku. Kencana. https://www.google.co.id/books/edition/Psikologi_Kespro_Wanita_dan_Perkembangan/Dcm2DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=jarak+kelahiran+dengan+berat+badan+lahir&pg=PA51&printsec=frontcover
- Nascimento, L. F. C., Machin, A. B., & Santos, D. A. A. dos. (2017). Are there Differences in Birth Weight According to Sex and Associations with Maternal Exposure to Air Pollutants? a Cohort Study. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(4). <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0262100317>
- Nasution, D., Nurdiati, D. S., & Huriyati, E. (2014). Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. <https://doi.org/10.22146/ijcn.18881>
- Nelwan, Jeini, Ester. *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi (I)*. (2018). Deepublish Publisher. https://www.google.co.id/books/edition/Epidemiologi_Kesehatan_Reproduksi/a4S5DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=faktor+risiko+berat+badan+lahir+rendah&printsec=frontcover
- Nguyen, H. T., Eriksson, B., Nguyen, L. T., Nguyen, C. T. K., Petzold, M., Bondjers, G., & Ascher, H. (2012). Physical Growth During the First Year of Life. A Longitudinal Study in Rural and Urban Areas of Hanoi, Vietnam. *BMC Pediatrics*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-26>

- Nguyen, T. huong. (2014). *Birth Weight and Growth during The First Two Years Of Life : A Study in Urban and Rural Vietnam* Nguyen Thu Huong.
- Nisa, K., & Sukmani, A. (2016). Korelasi umur ibu melahirkan dengan panjang lahir dan berat badan lahir bayi umur 0 hari di Kecamatan Genteng-Kabupaten Banyuwangi. *AntroUnairdotNet*, 5(2).
- Nugroho, A., & Putri, S. (2020). Perbedaan Determinan Balita Stunting di Pedesaan dan Perkotaan di Provinsi Lampung. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 15(2), 84. <https://doi.org/10.26630/jkep.v15i2.1499>
- Nurlaela,Emi dan Diyah, P. A. (2018). Gambaran Kesehatan Ibu Hamil berdasarkan Aktivitas Kerja di Puskesmas Buaran Kabupaten Pekalongan. *Russian Journal of Economics*, 48(2).
- Nurti, Y. (2017). Kajian Makanan dalam Perspektif Antropologi. *Jurnal Antropologi: Isu-Isu Sosial Budaya*, 19(1). <https://doi.org/10.25077/jantro.v19.n1.p1-10.2017>
- O'Tierney-Ginn, P., Presley, L., Minium, J., Hauguel Demouzon, S., & Catalano, P. M. (2014). Sex-specific Effects of Maternal Anthropometrics on Body Composition At Birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.05.031>
- Owa, K., Eka Putra, I. W. G. A., & Trisna Windiani, I. G. . (2017). Risk factors for low birth weight infants in East Nusa Tenggara. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 5(1), 49. <https://doi.org/10.24843/phpma.2017.v05.i01.p08>
- Pandey, B., Reba, M., Joshi, P. K., & Seto, K. C. (2020). Urbanization and Food Consumption in India. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73313-8>
- Panti, A., Yakubu, A., Ekele, B., & Nwobodo, E. (2012). The Relationship between the Weight of the Placenta and Birth Weight of the Neonate in a Nigerian Hospital. *Nigerian Medical Journal*, 53(2). <https://doi.org/10.4103/0300-1652.103547>
- Permana, P., & Wijaya, G. B. R. (2019). Analisis faktor risiko bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Unit Pelayanan Terpadu (UPT) Kesehatan Masyarakat (Kesmas) Gianyar I tahun 2016-2017. *Intisari Sains Medis*, 10(3). <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.481>
- Pinontoan, V., & Tombokan, S. (2015). Hubungan Umur dan Paritas Ibu dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 3(1), 90765.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, Kemenkumham (2012).

- Pennings, G. (2018). Encyclopedia of Reproduction. In *Human Reproduction*. <https://doi.org/10.1093/humrep/der109>
- Qibtiyah, M. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Muda Perempuan. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(1).
- Rahim, F. K., & Muharry, A. (2018). Hubungan Karakteristik Ibu dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Wilayah Kabupaten Kuningan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v9i2.71>
- Ramadhan, K., Syamsiah, S., & Rasyid, M. (2019). Hubungan Status Gizi dan Pola Makan dengan Penambahan Berat Badan Ibu Hamil di Puskesmas Maccini Sawah Makassar. *Вестник Института Геологии Коми Научного Центра Уральского Отделения РАН*, 001(5 (293)), 1–15.
- Roland, M. C. P., Friis, C. M., Lorentzen, B., Bollerslev, J., Haugen, G., & Henriksen, T. (2013). PP076. Gender Differences in Fetal Growth and Fetal-Placental Ratio in Preeclamptic and Normal Pregnancies. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 3(2). <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2013.04.101>
- Rosyati, Herry. (2010). Buku Ajar Asuhan Kebidanan. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Asuhan_Kebidanan_Patologi_Bagi/BTgNEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=jarak+kelahiran+dengan+berat+badan+lahir&pg=PA75&printsec=frontcover
- Ruindungan, R., Kundre, R., & Masi, G. (2017). Hubungan Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Wilayah Kerja RSUD Tobelo. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(1).
- Said, A. S., & Manji, K. P. (2016). Risk Factors and Outcomes of Fetal Macrosomia in a Tertiary Centre in Tanzania: A Case-Control Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1044-3>
- Samsuddin. (2020). *Makanan Halal dan Thayyib Perspektif Al-Qur'an*.
- Sari, I. K., Tjekyan, R. S., & Zulkarnain, M. (2018). Faktor Resiko dan Angka Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2014. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1). <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.41-52>
- Sarumpaet, S. M., Tobing, B. L., & Siagian, A. (2012). Perbedaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Perkotaan dan Daerah Terpencil. *Kesmas: National Public Health Journal*, 6(4). <https://doi.org/10.21109/kesmas.v6i4.91>
- Sativa, G. (2011). Pengaruh Indeks Massa Tubuh Pada Wanita saat Persalinan

- terhadap Keluaran Maternal dan Perinatal di RSUP DR. Kariadi Periode Tahun 2010. *Karya Tulis Ilmiah. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.*
- Setiawan, A., Lipoeto, N. I., & Izzah, A. Z. (2013). Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil Trimester III dengan Berat Bayi Lahir di Kota Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(1). <https://doi.org/10.25077/jka.v2i1.64>
- Setiawan, F. (2014). Konsep Masalah (Utility) dalam al-Qur'an Surat al-Baqarah ayat 168 dan Surat al-A'raf ayat 31. *Jurnal Ekonomi Dan Keuangan Islam*, 1(2).
- Simkin, P. dkk. (2008). Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan dan Bayi. In *ARCAN.*
- Siswiharjo, S., & Chakrawati, F. (2011). *Panduan Super Lengkap Hamil Sehat, Depok: Penebar Plus* (Cetakan I). Penebar Plus
- Sitoayu, L., & Aula Rumana, N. (2017). Faktor Determinan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) pada Remaja di Asia Selatan dan Asia Tenggara Tahun 2005-2014 (Analisis Dengan Metode Structural Equation Model). In *Analisis Dengan Metode Structural Equation Model) Jurnal INOHIM.*
- Shibre, G., & Tamire, M. (2020). Prevalence of and Socioeconomic Gradient in Low Birth Weight in Ethiopia: Further Analysis of the 2016 Demographic and Health Survey Data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03313-z>
- Syari, M., Serudji, J., & Mariati, U. (2015). Peran Asupan Zat Gizi Makronutrien Ibu Hamil terhadap Berat Badan Lahir Bayi di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 729–736. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.355>
- Trihardiani, I., & Puruhita, N. (2011). Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Wilayah Kerja Puskesmas Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang. *Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.*
- Tyastuti, S., & Wahyuningsih, H. P. (2016). Asuhan Kebidanan Kehamilan Komprehensif. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.*
- UNICEF & WHO. (2019). Low birthweight estimates. In *World Health Organization.*
- Vartanian, T. P. (2011). Secondary Data Analysis. In *Secondary Data Analysis.* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195388817.001.0001>
- Wahyu Ernawati. (2017). Hubungan Faktor Ibu dan Paritas dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSU PKU Muhammadiyah. *Fakultas Ilmu Kesehatan*

Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

- Wang, S., Yang, L., Shang, L., Yang, W., Qi, C., Huang, L., Xie, G., Wang, R., & Chung, M. C. (2020). Changing Trends of Birth Weight with Maternal Age: a Cross-sectional Study in Xi'an City of Northwestern China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03445-2>.
- Watson, J., Nicholson, M., Dobbin, K., Fleming, K., & Alleyne, J. M. K. (2016). Exploring the Relationship between Obstetrical Nurses' Work and Pregnancy Outcomes. *Open Journal of Nursing*, 06(09). <https://doi.org/10.4236/ojn.2016.69080>.
- Weise, A. (2012). WHA Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief. *W.H.O Publication*.
- Winasandis, B. F., Tamtomo, D., & Anantanyu, S. (2020). Associations between Maternal Nutritional Status , Carbohydrate , Fat , and Protein Intakes , and Low Birth Weight in Jember , East Java. *Journal of Maternal and Child Health*, 5(1), 1–11.
- Wingate, M. S., Epstein, A. E., & Bello, F. O. (2016). Perinatal Epidemiology. In *International Encyclopedia of Public Health*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00327-1>.
- Wilcox, A. J. (2001). On the importance-and the unimportance-of birthweight. *International Journal of Epidemiology*, 30(6). <https://doi.org/10.1093/ije/30.6.1233>.
- World Health Organisation. (2004). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 2. In *International Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Volume 2*.
- WHO. (2014). Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief (WHO/NMH/NHD/14.5). *World Health Organization*.
- WHO. (2018). *WHO | Infant mortality*. WHO.
- WHO. (2020). *Kehamilan Remaja*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Yulianti, I., & Hargiono, R. A. (2016). Hubungan Status Gizi Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUD DR Wahidin Sudirohusodo Kota Mojokerto. *Jurnal Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 08(03).
- Zhang, D., Zhang, L., & Wang, Z. (2019). The Relationship between Maternal

Weight Gain in Pregnancy and Newborn Weight. *Women and Birth*, 32(3).
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.08.002>.

Zhou, H., Wang, A., Huang, X., Guo, S., Yang, Y., Martin, K., Tian, X., Josephs-Spaulding, J., Ma, C., Scherpbier, R. W., & Wang, Y. (2019). Quality Antenatal Care Protects Against Low Birth Weight in 42 Poor Counties of Western China. *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210393>.

Zollner, U., Rehn, M., & Dietl, J. (2010). Perinatal problems in Multiple Births. In *Deutsches Arzteblatt* (Vol. 107, Issue 50).
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0902a>.

LAMPIRAN

Uji Normalitas Data

Notes

Output Created	12-AUG-2021 22:55:13
Comments	
Data	C:\Users\Asus\Desktop\SWE ET\Windi_SUMUT BBL - tgl 29 april.sav
Active Dataset	DataSet1
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	499
Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
Missing Value Handling	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Cases Used	

Syntax		EXAMINE VARIABLES=M19 /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUPS /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:02.98
	Elapsed Time	00:00:19.68

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Berat Lahir	499	100.0%	0	0.0%	499	100.0%

Descriptives

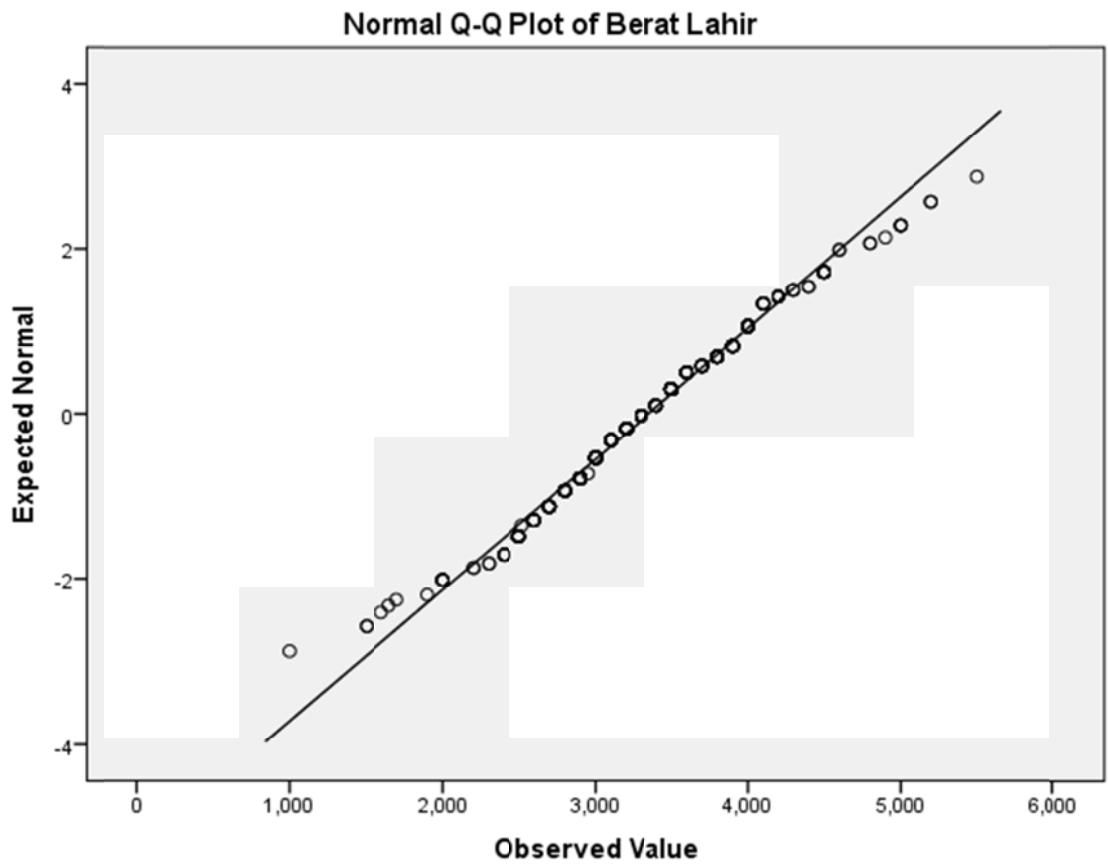
			Statistic	Std. Error
Berat Lahir	Mean		3343.13	28.164
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3287.79	
		Upper Bound	3398.46	
	5% Trimmed Mean		3339.60	

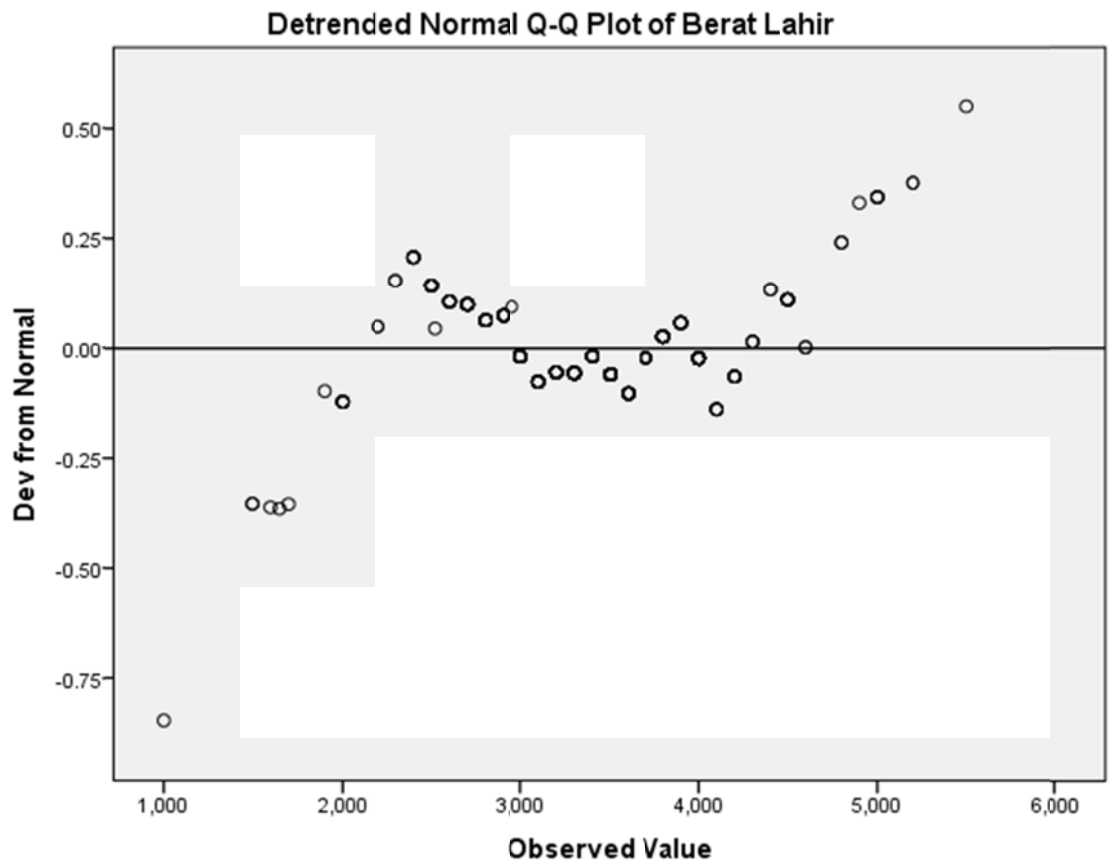
Median	3300.00	
Variance	395813.902	
Std. Deviation	629.137	
Minimum	1000	
Maximum	5500	
Range	4500	
Interquartile Range	800	
Skewness	.098	.109
Kurtosis	.678	.218

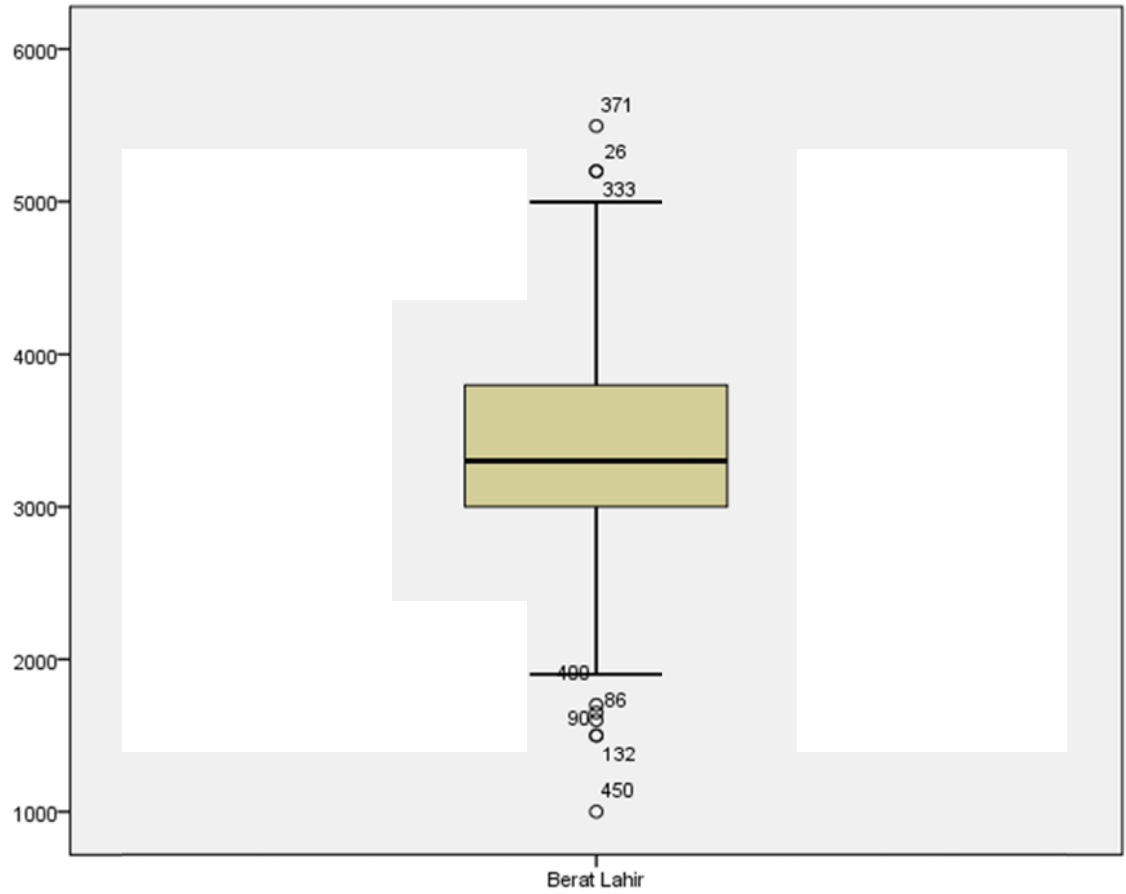
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Berat Lahir	.081	499	.000	.986	499	.000

a. Lilliefors Significance Correction







Analisis Univariat

Type of place of residence

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Urban	272	54.5	54.5	54.5
Valid Rural	227	45.5	45.5	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Status Bekerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No	231	46.3	46.3	46.3
Valid Yes	268	53.7	53.7	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Kategori ANC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
>=4	411	82.4	82.4	82.4
Valid <4	88	17.6	17.6	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Kategori paritas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
>= 4 anak	149	29.9	29.9	29.9
Valid 2-3 anak	350	70.1	70.1	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Kategori Jarak Kelahiran

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<24	78	15.6	15.6	15.6
Valid >= 24	421	84.4	84.4	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Kategori Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Berisiko	203	40.7	40.7	40.7
Valid Tidak Berisiko	296	59.3	59.3	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Kategori kekayaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Miskin	224	44.9	44.9	44.9
Valid Kaya	275	55.1	55.1	100.0
Total	499	100.0	100.0	

kategori pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Rendah	421	84.4	84.4	84.4
Valid Tinggi	78	15.6	15.6	100.0
Total	499	100.0	100.0	

kategori berat badan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< 2500 gram	25	5.0	5.0	5.0
Valid 2500 - 4000	427	85.6	85.6	90.6

> 4000	47	9.4	9.4	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Male	256	51.3	51.3	51.3
Valid Female	243	48.7	48.7	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Jenis Kehamilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Single birth	495	99.2	99.2	99.2
Valid 2nd of multiple	4	.8	.8	100.0
Total	499	100.0	100.0	

Analisis Bivariat

1. Jenis Kehamilan

Ranks

	Jenis Kehamilan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Single birth	495	251.48	124485.00
	2 nd of multiple	4	66.25	265.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	255.000
Wilcoxon W	265.000
Z	-2.566
Asymp. Sig. (2-tailed)	.010

a. Grouping Variable: Jenis Kehamilan

Group Statistics

	Jenis Kehamilan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Single birth	495	3351.35	622.630	27.985
	2 nd of multiple	4	2325.00	689.807	344.903

2. Jenis Kelamin

Ranks

	Jenis Kelamin	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Male	256	272.15	69669.50
	Female	243	226.67	55080.50
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	25434.500
Wilcoxon W	55080.500
Z	-3.531
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Jenis Kelamin

Group Statistics

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Male	256	3432.81	643.899	40.244
	Female	243	3248.64	600.146	38.499

3. Jarak Kelahiran

Ranks

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	<24	78	264.86	20659.00
	>= 24	421	247.25	104091.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	15260.000
Wilcoxon W	104091.000
Z	-.994
Asymp. Sig. (2-tailed)	.320

a. Grouping Variable: Kategori Jarak

Kelahiran

Group Statistics

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	<24	78	3407.31	577.756	65.418
	>= 24	421	3331.24	638.137	31.101

4. Usia

Ranks

	Kategori Usia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Berisiko	203	260.77	52936.00
	Tidak Berisiko	296	242.61	71814.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	27858.000
Wilcoxon W	71814.000
Z	-1.385
Asymp. Sig. (2-tailed)	.166

a. Grouping Variable: Kategori Usia

Group Statistics

	Kategori Usia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Berisiko	203	3385.71	604.802	42.449
	Tidak Berisiko	296	3313.92	644.681	37.471

5. Paritas

Ranks

	Kategori paritas	N	Mean Rank	Sum of Ranks

	>= 4 anak	149	271.70	40484.00
Berat Lahir	2-3 anak	350	240.76	84266.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	22841.000
Wilcoxon W	84266.000
Z	-2.200
Asymp. Sig. (2-tailed)	.028

a. Grouping Variable: Kategori paritas

Group Statistics

	Kategori paritas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>= 4 anak	149	3430.87	697.282	57.124
	2-3 anak	350	3305.77	594.921	31.800

6. Kunjungan ANC

Ranks

	Kategori ANC	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	>=4	411	252.72	103869.00
	<4	88	237.28	20881.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	16965.000
Wilcoxon W	20881.000

Z	-.914
Asymp. Sig. (2-tailed)	.361

a. Grouping Variable: Kategori ANC

Group Statistics

	Kategori ANC	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>=4	411	3354.31	618.912	30.529
	<4	88	3290.91	676.134	72.076

7. Status Bekerja

Ranks

	Status Bekerja	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	No	231	230.88	53334.00
	Yes	268	266.48	71416.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	26538.000
Wilcoxon W	53334.000
Z	-2.757
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Grouping Variable: Status Bekerja

Group Statistics

	Status Bekerja	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	No	231	3250.87	596.055	39.218
	Yes	268	3422.65	646.916	39.517

8. Wilayah Tempat Tinggal

Ranks

	Type of place of residence	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Urban	272	232.11	63133.00
	Rural	227	271.44	61617.00
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	26005.000
Wilcoxon W	63133.000
Z	-3.043
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Grouping Variable: Type of place of residence

Group Statistics

	Type of place of residence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Urban	272	3275.07	606.802	36.793
	Rural	227	3424.67	646.850	42.933

9. Kekayaan

Ranks

	Kategori kekayaan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Miskin	224	262.32	58760.50
	Kaya	275	239.96	65989.50

Total	499		
-------	-----	--	--

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	28039.500
Wilcoxon W	65989.500
Z	-1.728
Asymp. Sig. (2-tailed)	.084

a. Grouping Variable: Kategori

kekayaan

Group Statistics

	Kategori kekayaan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Miskin	224	3408.04	636.715	42.542
	Kaya	275	3290.25	619.033	37.329

10. Pendidikan

Ranks

	kategori pendidikan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Rendah	421	250.96	105653.50
	Tinggi	78	244.83	19096.50
	Total	499		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	16015.500
Wilcoxon W	19096.500
Z	-.346

Asymp. Sig. (2-tailed)	.729
------------------------	------

a. Grouping Variable: kategori

pendidikan

Group Statistics

	kategori pendidikan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Rendah	421	3342.92	634.833	30.940
	Tinggi	78	3344.23	601.404	68.096

Lampiran uji bivariat wilayah perkotaan

1. Jenis Kehamilan

Ranks

	Jenis Kehamilan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Single birth	269	137.44	36972.00
	2nd of multiple	3	52.00	156.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	150.000
Wilcoxon W	156.000
Z	-1.876
Asymp. Sig. (2-tailed)	.061

a. Grouping Variable: Jenis Kehamilan

Group Statistics

	Jenis Kehamilan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Single birth	269	3282.97	603.273	36.782
	2nd of multiple	3	2566.67	602.771	348.010

2. Jenis Kelamin

Ranks

	Jenis Kelamin	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Male	128	142.72	18268.50
	Female	144	130.97	18859.50
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	8419.500
Wilcoxon W	18859.500
Z	-1.233
Asymp. Sig. (2-tailed)	.217

a. Grouping Variable: Jenis Kelamin

Group Statistics

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Male	128	3306.25	623.396	55.101
	Female	144	3247.36	592.461	49.372

3. Jarak Kelahiran

Ranks

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	<24	47	147.20	6918.50
	>= 24	225	134.26	30209.50
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	4784.500
Wilcoxon W	30209.500
Z	-1.028
Asymp. Sig. (2-tailed)	.304

a. Grouping Variable: Kategori Jarak Kelahiran

Group Statistics

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	<24	47	3365.32	592.166	86.376
	>= 24	225	3256.22	609.417	40.628

4. Usia

Ranks

	Kategori Usia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Berisiko	106	148.53	15744.00
	Tidak Berisiko	166	128.82	21384.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
--	-------------

Mann-Whitney U	7523.000
Wilcoxon W	21384.000
Z	-2.021
Asymp. Sig. (2-tailed)	.043

a. Grouping Variable: Kategori Usia

Group Statistics

	Kategori Usia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Berisiko	106	3351.89	570.085	55.372
	Tidak Berisiko	166	3226.02	625.881	48.578

5. Paritas

Ranks

	Kategori paritas	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	>= 4 anak	68	145.56	9898.00
	2-3 anak	204	133.48	27230.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	6320.000
Wilcoxon W	27230.000
Z	-1.099
Asymp. Sig. (2-tailed)	.272

a. Grouping Variable: Kategori paritas

Group Statistics

	Kategori paritas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>= 4 anak	68	3338.24	701.178	85.030
	2-3 anak	204	3254.02	572.274	40.067

6. Kujungan ANC

Ranks

	Kategori ANC	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	>=4	225	139.56	31402.00
	<4	47	121.83	5726.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	4598.000
Wilcoxon W	5726.000
Z	-1.409
Asymp. Sig. (2-tailed)	.159

a. Grouping Variable: Kategori ANC

Group Statistics

	Kategori ANC	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>=4	225	3295.20	605.179	40.345
	<4	47	3178.72	611.817	89.243

7. Status Bekerja

Ranks

	Status Bekerja	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	No	141	123.92	17473.00
	Yes	131	150.04	19655.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	7462.000
Wilcoxon W	17473.000
Z	-2.743
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006

a. Grouping Variable: Status Bekerja

Group Statistics

	Status Bekerja	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	No	141	3163.48	552.232	46.506
	Yes	131	3395.19	641.176	56.020

8. Kekayaan

Ranks

	Kategori kekayaan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Miskin	86	140.19	12056.50
	Kaya	186	134.79	25071.50
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	7680.500
Wilcoxon W	25071.500
Z	-.528
Asymp. Sig. (2-tailed)	.598

a. Grouping Variable: Kategori
kekayaan

Group Statistics

	Kategori kekayaan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Miskin	86	3334.88	602.889	65.011
	Kaya	186	3247.42	608.228	44.597

9. Pendidikan

Ranks

	kategori pendidikan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Rendah	225	137.79	31002.00
	Tinggi	47	130.34	6126.00
	Total	272		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	4998.000
Wilcoxon W	6126.000
Z	-.592
Asymp. Sig. (2-tailed)	.554

a. Grouping Variable: kategori
pendidikan

Group Statistics

	kategori pendidikan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--	---------------------	---	------	----------------	-----------------

Berat Lahir	Rendah	225	3278.98	614.779	40.985
	Tinggi	47	3256.38	572.999	83.581

Lampiran uji bivariat wilayah pedesaan

1. Jenis Kehamilan

Ranks

	Jenis Kehamilan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Single birth	226	114.49	25875.00
	2nd of multiple	1	3.00	3.00
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	2.000
Wilcoxon W	3.000
Z	-1.701
Asymp. Sig. (2-tailed)	.089
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.026 ^b

a. Grouping Variable: Jenis Kehamilan

b. Not corrected for ties.

Group Statistics

	Jenis Kehamilan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Single birth	226	3432.74	636.720	42.354
	2nd of multiple	1	1600.00	.	.

2. Jenis Kelamin

Ranks

	Jenis Kelamin	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Male	128	127.48	16318.00

Female	99	96.57	9560.00
Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	4610.000
Wilcoxon W	9560.000
Z	-3.533
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Jenis Kelamin

Group Statistics

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Male	128	3559.38	641.533	56.704
	Female	99	3250.51	614.182	61.728

3. Jarak Kelahiran

Ranks

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	<24	31	120.24	3727.50
	>= 24	196	113.01	22150.50
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	2844.500
Wilcoxon W	22150.500
Z	-.572

Asymp. Sig. (2-tailed)	.567
------------------------	------

a. Grouping Variable: Kategori Jarak

Kelahiran

Group Statistics

	Kategori Jarak Kelahiran	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	<24	31	3470.97	558.685	100.343
	>= 24	196	3417.35	660.695	47.193

4. Usia

Ranks

	Kategori Usia	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Berisiko	97	112.63	10925.00
	Tidak Berisiko	130	115.02	14953.00
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	6172.000
Wilcoxon W	10925.000
Z	-.273
Asymp. Sig. (2-tailed)	.785

a. Grouping Variable: Kategori Usia

Group Statistics

	Kategori Usia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Berisiko	97	3422.68	641.532	65.138
	Tidak Berisiko	130	3426.15	653.263	57.295

5. Paritas

Ranks

	Kategori paritas	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	>= 4 anak	81	122.57	9928.00
	2-3 anak	146	109.25	15950.00
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	5219.000
Wilcoxon W	15950.000
Z	-1.470
Asymp. Sig. (2-tailed)	.141

a. Grouping Variable: Kategori paritas

Group Statistics

	Kategori paritas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>= 4 anak	81	3508.64	688.694	76.522
	2-3 anak	146	3378.08	619.955	51.308

6. Kunjungan ANC

Ranks

	Kategori ANC	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	>=4	186	113.99	21201.50
	<4	41	114.06	4676.50
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	3810.500
Wilcoxon W	21201.500
Z	-.007
Asymp. Sig. (2-tailed)	.995

a. Grouping Variable: Kategori ANC

Group Statistics

	Kategori ANC	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	>=4	186	3425.81	629.355	46.147
	<4	41	3419.51	729.459	113.922

7. Status Bekerja

Ranks

	Status Bekerja	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	No	90	111.06	9995.00
	Yes	137	115.93	15883.00
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	5900.000
Wilcoxon W	9995.000
Z	-.550
Asymp. Sig. (2-tailed)	.582

a. Grouping Variable: Status Bekerja

Group Statistics

	Status Bekerja	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	No	90	3387.78	638.261	67.279
	Yes	137	3448.91	653.623	55.843

8. Kekayaan

Ranks

	Kategori kekayaan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Miskin	138	116.58	16088.00
	Kaya	89	110.00	9790.00
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	5785.000
Wilcoxon W	9790.000
Z	-.740
Asymp. Sig. (2-tailed)	.459

a. Grouping Variable: Kategori

kekayaan

Group Statistics

	Kategori kekayaan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Miskin	138	3453.62	654.926	55.751
	Kaya	89	3379.78	635.177	67.329

9. Pendidikan

Ranks

	kategori pendidikan	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Berat Lahir	Rendah	196	113.20	22186.50
	Tinggi	31	119.08	3691.50
	Total	227		

Test Statistics^a

	Berat Lahir
Mann-Whitney U	2880.500
Wilcoxon W	22186.500
Z	-.466
Asymp. Sig. (2-tailed)	.642

a. Grouping Variable: kategori

pendidikan

Group Statistics

	kategori pendidikan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Berat Lahir	Rendah	196	3416.33	650.947	46.496
	Tinggi	31	3477.42	628.071	112.805