

DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI

INDONESIA : (Analisis Data SDKI 2017)

SKRIPSI



Oleh :

NUR FADHILAH HASANAH

NIM : 0801173282

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA

MEDAN

TAHUN 2021

**DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI
INDONESIA : (Analisis Data SDKI 2017)**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)**

Oleh :

NUR FADHILAH HASANAH

NIM : 0801173282

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA

MEDAN

TAHUN 2021

**DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI
INDONESIA : (Analisis Data SDKI 2017)**

NUR FADHILAH HASANAH

NIM :0801173282

ABSTRAK

Berat badan lahir rendah (BBLR) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan merupakan perhatian utama dunia. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) yang tertinggi. Penelitian ini menggunakan pendekatan analitik kuantitatif dengan desain studi potong lintang (*cross sectional*). Tujuan penelitian ini untuk mengetahui determinan berat badan lahir rendah berdasarkan data SDKI tahun 2017. Analisis lanjut data SDKI 2017 dilakukan pada bulan Januari sampai Agustus 2021. Lokasi penelitian ini yaitu seluruh provinsi di Indonesia sebanyak 34 provinsi. Sampel penelitian ini yaitu total dari populasi semua wanita usia 15-49 tahun yang tercatat dalam SDKI 2017 di Indonesia dan memenuhi kriteria inklusi sebanyak 14.284. Jenis data penelitian ini yaitu data sekunder analisis lanjut data sekunder SDKI 2017. Analisis data pada penelitian ini yaitu analisis univariat dengan deskriptif, dan analisis bivariat dengan menggunakan uji chi-square dengan CI 95% dan prevalent rate (PR). Hasil penelitian ini yaitu ada hubungan jenis kelamin ($p\text{-value}=0.09$; $PR:0,890$; $CI=0,815-0,971$), ada hubungan pendidikan ($p\text{-value}<0.001$; $PR:1,344$; $CI=1,184-1,525$), ada hubungan tempat tinggal ($p\text{-value}<0.001$; $PR:1.344$; $CI=1,184 - 1,525$), ada hubungan status ekonomi ($p\text{-value}<0.001$; $PR-$; $CI-$), ada hubungan perilaku merokok suami ($p\text{-value}<0.001$; $PR:0,212$; $CI= 0,187-0,240$) kejadian BBLR di Indonesia. Diharapkan kepada Kementerian Kesehatan Indonesia untuk terus memonitoring penurunan risiko komplikasi pada ibu hamil sejak dini sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ibu dan bayi terutama kejadian BBLR.

Kata kunci : BBLR; Faktor; Risiko; Indonesia

DETERMINANTS OF LOW BIRTH WEIGHT (LBW) IN INDONESIA:

(2017 IDHS Data Analysis)

NUR FADHILAH HASANAH

NIM : 0801173282

ABSTRACT

Low birth weight (LBW) is still a public health problem and is a major concern globally. Indonesia is one of the developing countries with the highest maternal and infant mortality rates (IMR). This study uses a quantitative analytic approach with a cross-sectional study design. Further analysis of the 2017 IDHS data was carried out from January to August 2021. The locations of this research were all 34 provinces in Indonesia. The sample of this study is the total population of all women aged 15-49 years recorded in the 2017 IDHS in Indonesia and meeting the inclusion criteria of 14,284. The type of data in this research is secondary data, further analysis of secondary data of the 2017 IDHS. The data analysis in this study is the descriptive univariate analysis and bivariate analysis using the chi-square test with 95% CI and prevailing rate (PR). The results of this study are that there is a relationship between sex (p-value = 0.09; PR: 0.890; CI = 0.815-0.971), there is a relationship between education (p-value = <0.001; PR: 1.344; CI = 1.184-1.525), there is a relationship between place of residence (p-value=<0.001;PR:1.344; CI=1.184 – 1.525), there is a relationship between economic status (p-value=<0.001;PR- ;CI-), there is a relationship between husband's smoking behavior (p-value = <0.001; PR: 0.212; CI = 0.187-0.240) the incidence of LBW in Indonesia. It is hoped that the Indonesian Ministry of Health will continue to monitor the reduction in the risk of complications in pregnant women from an early age to reduce mortality and morbidity in mothers and babies, especially the incidence of LBW.

Keywords: LBW; Factor; Risk; Indonesia

HALAMAN PERSETUJUAN

Nama : Nur Fadhilah Hasanah

NIM : 0801173282

**DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI
INDONESIA : (ANALISIS DATA SDKI 2017)**

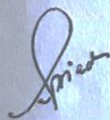
Dinyatakan bahwa skripsi dari mahasiswa ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan (UIN-SU Medan).

Medan, 10 September 2021

Disetujui oleh

Pembimbing Integrasi Keislaman

Dosen Pembimbing



Putra Apriadi Siregar, SKM, M.Kes
NIP.198904162019031014



Dr. Azhari Akmal Tarigan, M.Ag
NIP.197212041998031002

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi dengan judul :

**DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DI
INDONESIA : (Analisis Data SDKI 2017)**

Yang Dipersiapkan dan Dipertahankan Oleh :

NUR FADHILAH HASANAH

NIM.0801173282

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Pada Tanggal 10 September 2021 dan
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat untuk Diterima

TIM PENGUJI
Ketua/Penguji

Yulia Khairing Ashar, SKM, MKM
NIP. 199307312019032018

Penguji I

Putra Apriadi Siregar, SKM, M.Kes
NIP.198904162019031014

Penguji II

Eliska, SKM, M.Kes
NIP.1110000025

Penguji Integrasi Keislaman

Dr. Azhari Akmal Tarigan, M.Ag
NIP.197212041998031002

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



Prof. Dr. Svafaruddin M.Pd
NIP.196207161990031004

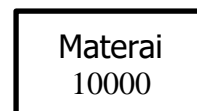
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Nama : Nur Fadhilah Hasanah
NIM : 0801173282
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Epidemiologi
Tempat/Tgl.Lahir : Batam, 24 April 1999
Judul Skripsi : Determinan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
Di Indonesia : (Analisis Data 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 ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat FKM UIN Sumatera Utara Medan.
3. Jika di kemudian 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, 10 September 2021



Nur Fadhilah Hasanah
NIM. 0801173282

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Nur Fadhillah Hasanah
Tempat/Tgl.Lahir : Batam, 24 April 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Sedanau, No. 59, Bengkong Kartini, Kec. Bengkong,
Kel. Tanjung Buntung, Batam, Kepulauan Riau
Agama : Islam
Golongan Darah : O
Contact Person : +6281260223793
Alamat *e-mail* : nur.fadilah062017@gmail.com

LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

TK (2005) : TK Islam Terpadu Hang Tuah, Batam
SD (2011) : SD 001 Bengkong Dalam, Batam
SMP (2014) : MTsS Ulumuddin, Lhokseumawe
SMA (2017) : SMA Galih Agung, Lau Bakeri Deli Serdang
Perguruan Tinggi : Universitas Islam Negeri Sumatera Utara (UIN-SU)
Medan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat, Peminatan Epidemiologi

RIWAYAT ORGANISASI

2018 – 2019 : Departemen Jaringan dan Komunikasi Dewan Eksekutif
Mahasiswa (DEMA) FKM-UINSU
2018 – 2019 : Bendahara Umum Himpunan Mahasiswa Islam (HMI)
Komisariat FKM UIN-SU
2020 – 2021 : Anggota Satuan Gugus Tugas (SATGAS) Covid-19 di
Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas 1 Batam

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

In a hectic day i promised myself that i would fully rest for an hour or more.

Even if : - i haven't finished my work

- Unanswered chat and dm's are pilling up

- The room is still a mess

And I'm learning to let go because there will always be more to do. I will always feel like i haven't done enough. In a society where its always go go go, i wan't to learn to intentionally rest

Because rest time isn't waste time. If you need to rest, then rest.

Penulis persembahkan kepada :

- * Ayah dan Mamak Tercinta
- * Abang dan Rauf Terkasih
- * Seluruh rekan perjuangan
- * Almamater, UIN Sumatera Utara Medan

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Segala puji bagi Allah *Subhanahu wa ta'ala* yang telah memberikan kenikmatan berupa iman, islam dan juga kesehatan serta kekuatan kepada penulis, walaupun dengan langkah yang tertatih-tatih namun dengan penuh keyakinan dan ridho Allah sembari dengan senantiasa berdo'a semoga kita semua termasuk orang-orang yang diberkahi-Nya. Selanjutnya shalawat dan salam disampaikan kepada Rasulullah SAW yang telah membawa risalah Islam berupa ajaran yang hak lagi sempurna bagi manusia dan seluruh penghuni alam ini.

Untuk melengkapi tugas-tugas perkuliahan dan memenuhi syarat-syarat untuk mencapai gelar sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara Medan, maka penulis menyusun skripsi ini dengan judul **“Determinan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) : (Analisis Data SDKI 2017)”**.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini dapat terselesaikan berkat adanya bimbingan dan motivasi serta bantuan dari berbagai pihak baik moril maupun materil. Berkat bantuan serta izin Allah SWT, maka segala kesulitan dan hambatan dalam penyelesaian skripsi ini dapat diselesaikan. Melalui kata pengantar ini penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih terkhusus kepada orangtau saya tercinta yang sudah membesarkan saya dari kecil hingga sekarang yaitu **ayahanda Nurdin S.K.M, M.Kes** dan **ibunda Eva Noralina** yang selalu menjadi motivasi dan inspirasi serta semangat terbesar penulis untuk terus melangkah dan melupakan lelah demi berjuang di jalan Allah SWT.

Dalam penulisan skripsi ini penulis mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu melalui kata pengantar ini penulis ingin mengucapkan banyak terimakasih dan penghargaan kepada :

1. Bapak **Prof. Dr. Syahrin Harahap, MA** selaku Rektor Universitas Islam

Negeri Sumatera Utara.

2. Bapak **Prof. Dr. Syafaruddin, M.Pd** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
3. Ibu **Susilawati, SKM., M.Kes** selaku Ketua Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
4. Ibu **dr. Nofi Susanti, M.Kes** selaku Sekretaris Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.
5. Ibu **Fitriani Pramita Gurning, S.K.M., M.Kes** selaku Penasehat Akademik saya, mulai dari awal semester sampai saat ini.
6. Bapak **Putra Apriadi Siregar, SKM., M.Kes** selaku Pembimbing Skripsi I yang sudah saya anggap sebagai abang sendiri, terimakasih karena telah memberikan banyak masukan tanpa henti dan saran-saran yang baik mulai dari pengajuan judul hingga saya sampai pada tahap menyelesaikan skripsi. Terimakasih karena telah meluangkan waktu dan tenaga untuk selalu memberikan bimbingan dan saran-saran yang baik dalam penyelesaian proposal juga skripsi ini.
7. Bapak **Dr. Azhari Akmal Tarigan, M.Ag** selaku Pembimbing Skripsi II yang telah memberikan banyak masukan saat bimbingan, sidang proposal hingga sampai tahap menyelesaikan skripsi. Terimakasih karena telah meluangkan waktu dan tenaga untuk tetap membimbing dan memberi saran yang baik dalam penyelesaian proposal juga skripsi ini.
8. Ibu **Eliska, S.K.M., M.Kes** selaku Penguji Seminar Proposal dan Penguji Sidang skripsi yang telah memberi banyak masukan, saran yang baik dalam penyelesaian skripsi ini.
9. Ibu **Yulia Khairina Ashar, S.K.M., M.KM** selaku Ketua Penguji Sidang Skripsi yang telah memberi banyak masukan, saran yang baik dalam penyelesaian skripsi ini.

10. Ibu **Zata Ismah, S.K.M., M.K.M** selaku kepala ketua peminatan Epidemiologi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara yang telah memberikan semua ilmu dan pengalaman yang sangat berarti selama penulis mengikuti pendidikan.
11. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu, terimakasih atas warisan ilmu dan curahan pengetahuan yang secara ikhlas telah mendidik dan mengajarkan ilmu kepada penulis selama di bangku perkuliahan.
12. Teristimewa kepada **Ayahanda Nurdin, S.K.M., M.Kes** dan **Ibunda Eva Noralina** serta abang dan adik ku, **Fikkrie Rakh Sanjani** dan **Abdul Rauf Arraniri**, untuk doa, cinta dan kasih sayang serta dukungannya yang tak tergantikan yang diberikan kepada penulis hingga pada tahap ini.
13. Terima kasih kepada **Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)** yang telah memberikan izin dan bantuannya untuk pelaksanaan riset dan memperoleh informasi serta data-data yang berhubungan dengan skripsi saya.
14. Terimakasih kepada bapak kepala **KKP kelas 1 Batam** beserta jajaran yang telah memberikan penulis kesempatan untuk dapat bergabung dalam tim **SATGAS Covid-19** sehingga penulis mendapatkan banyak ilmu serta pengalaman selama bergabung. Terkhusus kepada **dr. Prihtina Suryawati, dr. Rosalline Darwis, dr. Cicilia Simorangkir** beserta jajaran yang telah memberikan semangat kepada penulis selama bergabung untuk segera menyelesaikan skripsi ini. Kepada tim satgas, terkhusus kak **Kefin Yolandarita** yang selalu memberikan motivasi juga agar penulis segera menyelesaikan skripsi ini.
15. Seluruh Pengurus dan juga seluruh Anggota **Himpunan Mahasiswa Islam Komisariat FKM UIN-SU** yang telah memberikan semangat dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.

16. **Keluarga Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat angkatan 2017** terkhusus **IKM 7, peminatan Epidemiologi Angkatan II** yang selama ini telah berjuang bersama selama masa perkuliahan.
17. Sahabat seperjuangan saya **Apriliani, Rani Elviyanti Siregar, Utari Rahmadani Siagian, Sarah Fadhila Siregar dan Dini Pratiwi**. Terima kasih telah berjuang bersama dari mulai PBAK, pengajuan judul, bimbingan, hingga sampai pada hari ini. Berkat semangat, motivasi dan dorongan kalianlah skripsi ini dapat terselesaikan.
18. Kakak-kakak yang sudah dianggap seperti keluarga dan sahabat kak **Lansari Daulay**, kak **Diana Vita**, kak **Jumianti Ritonga** yang menjadi saksi perjuangan penulis dan selalu memberikan semangat kepada penulis hingga sampai pada tahap ini.
19. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu oleh penulis yang mendukung serta banyak membantu penulis mengumpulkan data dan informasi untuk penyusunan skripsi ini

Akhirnya penulis panjatkan do'a agar seluruh pihak yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini, semoga atas bantuan dan amal baiknya mendapatkan pahala dari Allah SWT. Semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi penulis sendiri maupun penulis berikutnya, dan juga pembaca dimasa yang akan datang. Sekali lagi penulis ucapkan ribuan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Medan, 10 September 2021

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	v
RIWAYAT HIDUP PENULIS.....	viii
MOTTO	viii
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	10
1.3. Tujuan Penelitian	10
1.3.1Tujuan Umum	10
1.3.2Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.4.1Bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI).....	11
LANDASAN TEORITIS	12
2.1 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	12
2.1.1Definisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	12
2.1.2Klasifikasi Berat Badan Lahir Rendahi.....	13
2.1.3Permasalahan BBLR	14
2.1.4Dampak BBLR	14
2.2. Faktor Risiko Kejadian BBLR	18
2.2.1Karakteristik ibu.....	21
2.2.2Karakteristik bayi.....	29
2.3 Kajian Integrasi Keislaman	32
2.3.1Proses penciptaan manusia di dalam rahim menurut Al-Qur'an	32
2.3.2Pandangan Ulama Terkait Gizi pada Ibu Hamil.....	33

2.3.3	Kewajiban menuntut ilmu.....	36
2.4	Kerangka Teori	37
2.5	Kerangka konsep.....	38
2.6	Hipotesis	39
METODE PENELITIAN		40
3.1	Jenis Penelitian	40
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
3.3	Populasi dan Sampe	40
3.3.1	Populasi	40
3.3.2	Sampel Penelitian	41
3.4	Variabel Penelitian	41
3.5	Definisi Operasional.....	43
3.6	Teknik Pengumpulan Data	48
3.6.1	Jenis Data.....	48
3.6.2	Instrumen Penelitian.....	48
3.6.3	Prosedur Pengumpulan Data	48
3.7	Kriteria Inklusi dan Eklusi	49
3.7.1	Kriteria Inklusi.....	49
3.7.2	Kriteria Eksklusi	49
3.8	Teknik Analisis Data.....	49
3.8.1	Analisis univariat	49
3.8.2	Analisis bivariat.....	50
HASIL DAN PEMBAHASAN		51
4.1	Hasil Penelitian.....	51
4.1.1	Deskripsi Lokasi Penelitian.....	51
4.1.2	Gambaran Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	55
4.1.3	Gambaran Distribusi Frekuensi Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).....	57
4.1.4	Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) .	57
4.2.	Pembahasan	64
4.2.1.	Faktor Risiko Kejadian BBLR di Indonesia	64
4.2.1.1	Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian BBLR di Indonesia	64
4.2.1.2.	Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian BBLR di Indonesia	

.....	65
4.2.1.3 Hubungan Tempat Tinggal dengan Kejadian BBLR di Indonesia	68
4.2.1.4 Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian BBLR di Indonesia	70
4.2.1.5. Hubungan Riwayat Merokok Suami dengan Kejadian BBLR di Indonesia.....	72
4.3 Faktor Risiko Kejadian BBLR di Indonesia : Pendekatan Integrasi .	76
.....	76
4.3.1 Pandangan Ulama Terkait Gizi pada Ibu Hamil	81
4.3.2 Kewajiban menuntut ilmu dalam islam	83
4.3.3 Pandangan Islam Terhadap Rokok.....	84
PENUTUP.....	87
5.1 Kesimpulan	87
5.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN.....	100

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Penelitian	43
Tabel 4. 1 Disribusi Frekunesi Faktor Risiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)	55
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Kejadian BBLR	57
Tabel 4. 3 Hubungan Usia dengan Kejadian BBLR	57
Tabel 4. 4 Hubunga IJenis Kelamin dengan Kejadian BBLR.....	58
Tabel 4. 5 Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian BBLR	58
Tabel 4. 6 Hubungan Pekerjaan Dengan Kejadian BBLR	59
Tabel 4. 7 Hubungan Tempat Tinggal dengan Kejadian BBLR	60
Tabel 4. 8 Hubungan Status Ekonomi Dengan Kejadian BBLR.....	60
Tabel 4. 9 Hubungan Perilaku Merokok Suami DenganiKejadian BBLR ...	61
Tabel 4. 10 Hubungan Kunjungan Antenatal Care dengan Kejadian BBLR	62
Tabel 4. 11 Hubungan Paritas dengan Kejadian BBLR	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian.....	37
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian	100
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian.....	101
Lampiran 3 Out put Hasil Analisis Data	107

DAFTAR SINGKATAN

BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
SDKI	: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
PR	: <i>Prevalent Rate</i>
LBW	: <i>Low Birth Weight</i>
IMR	: <i>Infants Mortality Rate</i>
KH	: Kelahiran Hidup
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
WHO	: World Health Organization
ANC	: <i>Antenatal Care</i>
ASEAN	: <i>Association of South East Asian Nations</i>
Kemenkes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPS	: Badan Pusat Statistik
BBLN	: Berat Badan Lahir Normal
BBLSR	: Berat Badan Lahir Sangat Rendah
BBLER	: Berat Badan Lahir Ekstrem Rendah
KMK	: Kecil Masa Kehamilan
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
BMK	: Besar Masa Kehamilan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kualitas hidup suatu bangsa secara tidak langsung dipengaruhi oleh mutu kehidupan bayi nya. Bayi yang tidak memenuhi kriteria estimasi normal mengakibatkan bayi tersebut menjadi kelompok rentan yang mempengaruhi kesehatannya (Farida, 2018). Berat lahir merupakan prediktor penting dalam menentukan status kesehatan seseorang di masa depan (Mahumud et al., 2017). Hal ini menyebabkan berat badan lahir sebagai indikator penting kesehatan balita, baik dari segi perkembangan fisik ataupun kognitifnya (Kusumawati, 2017). Salah satu upaya untuk mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas adalah dengan menjamin kualitas kesehatan. Kemudian, Salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur kualitas kesehatan adalah Angka Kematian Bayi (AKB). AKB akan menurun bila kebutuhan gizi setiap masyarakat terpenuhi sejak dalam kandungan atau sejak pembuahan sampai seribu hari kelahiran hidup. Jika gizi yang cukup tidak tercapai pada usia dini, seorang ibu akan berpeluang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Berat badan lahir rendah didefinisikan sebagai bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Kekurangan berat badan akan membawa gangguan perkembangan pada anak, termasuk risiko kematian dan risiko stunting jika tidak ditangani dengan benar (Gooi., 2018).

Berat badan lahir rendah memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan risiko kematian neonatus (Eshete et al., 2019). Sebagai hasil dari temuan ini,

angka kematian neonatal tetap tinggi di seluruh dunia dan di Indonesia. Secara global, angka kematian neonatal adalah 18 kematian per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2019). Sedangkan di Indonesia, angka kematian neonatus adalah 15 per 1000 KH (Kemenkes RI, 2019). Angka tersebut masih jauh dari target harapan Sustainable Development Goals (SDG) yakni maksimal 12 kematian per 1.000 KH (WHO, 2015). Penguatan pada aspek preventif serta kuratif penting dilakukan untuk mengurangi angka kematian neonatus (WHO, 2019).

Berat badan lahir rendah (BBLR) terus menjadi masalah kesehatan masyarakat dan global (Rezende Chrisman et al., 2016). Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah kematian anak di bawah usia 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Kematian bayi adalah kematian yang terjadi sejak anak lahir sampai dengan usia tahun.

Angka kematian bayi (AKB) global masih relatif tinggi yaitu 37 per 1000 KH (WHO, 2015). Menurut data World Health Organization (2018), kejadian BBLR diperkirakan berkisar antara 15% sampai dengan 25%, dan lebih dari 20 juta bayi di seluruh dunia menderita BBLR. Lebih dari 96% dari semua kasus berat badan lahir rendah ini ditemukan di negara berkembang. Apabila mengingat kasus yang tidak dilaporkan, kemungkinan memiliki prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan data yang tidak dilaporkan. Pentingnya upaya penurunan kejadian BBLR tertuang dalam *global nutrition goals 2025* dalam pedoman rencana pelaksanaan komprehensif untuk ibu, bayi, dan anak (WHO, 2014). Salah satu upaya tersebut adalah menurunkan angka kejadian BBLR hingga 30% pada tahun 2025 (WHO, 2018). Tujuan dari kebijakan tersebut adalah untuk

meningkatkan kesadaran, investasi dan melakukan intervensi secara efektif dan efisien. Oleh karena itu perlu lebih banyak penelitian untuk mengurangi 14 juta hingga 20 juta kejadian BBLR (WHO, 2014).

AKB di negara-negara Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) tahun 2015, Singapura 2 per 1.000 KH, Brunei Darussalam 9 per 1.000 KH, Malaysia 6 per 1.000 KH, Thailand 11 per 1.000 KH, Vietnam 17 per 1.000 KH, Filipina 22 per 1.000 KH, Indonesia 22 per 1.000 KH (WHO, 2015). Menurut laporan World Health Organization (2014), 45% kematian di bawah usia 5 tahun pada tahun 2014 adalah kematian neonatal. Penyebab utama kematian neonatus pada tahun 2014 adalah komplikasi BBLR sebesar 16%, dan BBLR merupakan penyebab utama kematian bayi pertama di dunia pada saat periode awal kehidupan. Berat badan lahir rendah menyumbang 60% sampai 80% dari semua kematian neonatal. Prevalensi global BBLR adalah 20 juta orang per tahun, yaitu 15,5% dari semua anak yang lahir di seluruh dunia (WHO, 2014).

Indonesia merupakan salah satu negara dengan angka kematian ibu (AKI) dan bayi (AKB) tertinggi di negara berkembang. Pada tahun 2013, angka kematian ibu (AKB) di Indonesia mencapai 32 kematian per 1.000 KH, menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan AKB tertinggi di ASEAN (Sujianti, 2018). Salah satu penyebab kematian bayi di Indonesia adalah kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) sebesar 38,85%. Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa persentase BBLR tahun 2012 sebesar 7,3%, sedangkan menurut data SDKI 2017, menunjukkan bahwa persentase kejadian BBLR di Indonesia menurun menjadi 7,1%.

Berat badan lahir rendah merupakan penyebab utama, terhitung sekitar 60% - 80% dari semua angka kematian neonatus. Berdasarkan studi epidemiologi menunjukkan bahwa bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram memiliki peluang kematian 20% dibandingkan dengan bayi yang lahir dengan berat badan normal. Berat badan lahir rendah disebabkan oleh kombinasi dari beberapa faktor risiko (Hakiki, 2018). Penyebab utama berat badan lahir rendah adalah kehamilan prematur, faktor penyebab lainnya seperti status gizi ibu yang buruk, berat badan berlebih, berat badan rendah selama kehamilan, kelainan genetik pada ibu, dan perawakan ibu yang pendek karena kekurangan nutrisi pada masa kanak-kanak. Selain itu status sosial ekonomi, kemiskinan, latar belakang pendidikan, dan riwayat kekerasan pada masa kehamilan dipertimbangkan sebagai faktor dari terjadinya berat badan lahir rendah. Agen infeksi memiliki peran penting dalam terjadinya berat badan lahir rendah yang memiliki potensi untuk menembus rahim dan menyebabkan radang pada rahim dan plasenta (Brhane et al., 2019).

Usia ibu saat melahirkan < 18 dan > 35 tahun berhubungan dengan kejadian BBLR (Momeni et al., 2017). Berdasarkan studi epidemiologi menunjukkan bahwa BBLR terjadi pada ibu usia muda dan tua. Ada kekurangan kondisi sosial yang terdapat pada ibu bersalin berusia muda, seperti status sosial ekonomi rendah, pendidikan ibu rendah, gizi buruk dan indeks massa tubuh yang rendah. Sedangkan yang berhubungan dengan ibu bersalin usia tua disebabkan oleh faktor biologis seperti kelainan kromosom, pre eklampsia, dan diabetes melitus. Risiko kehamilan bagi ibu yang terlalu muda umumnya muncul karena mereka tidak siap secara mental atau fisik (Sujianti, 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian dari

Agnes (2016) bahwa usia berhubungan dengan kejadian BBLR di Kecamatan Banyudono Kabupaten Boyolali ($p:0,016$; $OR:3,9;95\%$ $CI:1,38-11,27$). Hasil penelitian Khoiriyah (2018) menyatakan bahwa wanita yang berumur kurang dari 20 tahun memiliki kemungkinan lebih besar mengalami anemia, dan beresiko lebih tinggi memiliki janin yang pertumbuhannya terhambat, persalinan prematur dan angka kematian bayi yang lebih tinggi.

Perbedaan jenis kelamin mempengaruhi berat lahir bayi. Rata-rata anak laki-laki memiliki berat 100 - 200 gram lebih berat dari pada anak perempuan. Perbedaan berat badan terjadi setelah 33 minggu dan sangat berkorelasi dengan pengaruh jenis kelamin (Oster, 2010). Berbeda dengan hasil penelitian ini, mayoritas anak perempuan lahir dengan berat badan kurang, dibandingkan anak laki-laki sebanyak 26%. Teori yang ada tidak cukup kuat untuk mengklaim bahwa jenis kelamin anak dapat mempengaruhi berat badan, tetapi hal ini masih menjadi bahan spekulasi oleh peneliti lainnya (Handayani, 2017). Berdasarkan hasil penelitian Baron et al., (2017) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara bayi berjenis kelamin laki-laki dan bayi perempuan dengan frekuensi bayi laki - laki 48,1% dan perempuan 51,9 % dan dengan nilai $p >0,05$. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widayana et al., (2018) Persebaran sampel berdasarkan jenis kelamin menunjukkan persebaran yang cukup merata antara anak perempuan dan laki-laki dengan persentase 50,5% dan 49,5%.

Menurut Purwanto (2016) Pendidikan ibu akan berpengaruh terhadap pengambilan keputusan dan perilaku ibu dalam perawatan kehamilan, seperti pemenuhan kebutuhan gizi melalui pola makan serta pemahaman mengenai ANC.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan pendidikan juga berperan pada tingginya angka kejadian BBLR, yaitu terkait dengan pengetahuan subyek dalam masalah pencegahan terjadinya BBLR (Pratama, 2018). Beberapa penelitian menunjukkan kemungkinan yang penting hubungan antara tingkat pendidikan ibu dan berat badan kelahiran janin, dengan peningkatan risiko prematuritas dan BBLR. Tingkat pendidikan ibu mempengaruhi sikap ibu terhadap pilihan pelayanan kesehatan dan pola makan, yang juga berhubungan dengan peningkatan berat badan ibu selama kehamilan yang pada saatnya akan mempengaruhi kejadian berat badan lahir rendah (Mohammad et al., 2018).

Dilansir dari laman Direktorat Jenderal Pengelolaan Ruang Laut, maka diketahui sebanyak 21 Provinsi di Indonesia telah menetapkan Perda rencana zonasi wilayah pesisir dan pulau-pulau kecil (RZWP3K), salah satu nya Provinsi Sumatera Utara (Kementerian KKP, 2019). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2010 menunjukkan bahwa angka prevalensi berat badan lahir rendah di Sumatera Utara sekitar 76 dari 928 bayi (8,2%) yang di timbang. Berdasarkan hasil pengumpulan data indikator kesehatan di Lau Baleng berkisar antara 2,90%. Sekitar 40% kematian bayi tersebut terjadi pada bulan pertama kehidupannya (Kembaren, 2019). Menurut Klaus (1998) Bayi yang lahir di dataran tinggi umumnya memiliki berat badan yang lebih ringan dibandingkan bayi yang lahir di daerah pesisir. Penyebabnya belum pasti, meskipun sering dikaitkan dengan hipoksia ibu, penduduk dataran tinggi cenderung memiliki daya angkut oksigen yang lebih besar. Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar bayi BBLR lahir di daerah Kokap sebesar (6,6%). Kondisi geografis wilayah Kokap merupakan wilayah pegunungan/perbukitan yang menoreh dengan ketinggian antara 500-1000 meter dpl. Hal ini sesuai dengan teori bahwa ibu yang

melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah cenderung pada ibu yang tinggal di dataran tinggi (Handayani, 2017).

Kehidupan sosial banyak dipengaruhi oleh pendapatan keluarga, pendapatan keluarga ini telah menjadi tolak ukur ekonomi suatu keluarga, pendapatan atau penghasilan pada keluarga yang kurang tidak dapat memberikan asupan zat gizi yang seimbang (Izzah et al., 2018). Hal ini sesuai dengan penelitian Rahayu (2015) yang menyatakan bahwa ibu dengan pendapatan rumah tangga di bawah rata-rata, cenderung berpeluang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu 10,7x lebih besar dari pada ibu yang berpendapatan rumah tangga terkategori rata-rata. Hasil uji bivariat diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,031 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan kejadian BBLR (Parandhita, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian Yuwono (2017) bahwa pendapatan berpengaruh terhadap kejadian BBLR dengan *p-value* sebesar 0,017.

Seorang bayi yang memiliki keluarga perokok bukan hanya mempunyai berat badan lahir yang rendah tetapi juga ukuran panjang tubuh, ukuran kepala dan dada yang lebih kecil, pH darah tali pusat yang rendah, dan menunjukkan lebih banyak kelainan pada pemeriksaan neurologis (Gunawan, 2010). Hubungan Ibu hamil sebagai perokok pasif dengan kejadian bayi berat lahir rendah di badan layanan umum daerah RSUD Meuraksa-Banda Aceh, yang didapatkan bahwa ibu hamil yang terpapar asap rokok dari suami perokok aktif selama kehamilannya akan berisiko 5.80 kali lebih tinggi untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak terpapar dengan asap rokok selama kehamilannya

(Ramadhan, 2012). penelitian ini pun sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Isroaini A (2012) mengenai hubungan suami perokok dengan terjadinya bayi berat badan lahir rendah di RSUD Sidoarjo, yang menyatakan bahwa terdapat hubungan suami perokok dengan terjadinya BBLR di RSUD Sidoarjo.

Antenatal Care (ANC) atau pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan kesehatan kehamilan yang diterima ibu pada masa kehamilan. Antenatal care diberikan oleh tenaga kesehatan, meliputi dokter (dokter umum dan/atau dokter kandungan), bidan dan perawat (Kemenkes RI, 2019). ANC selama masa kehamilan minimal dilakukan empat kali, yaitu minimal 1 kali pada masa kehamilan trimester 1 (usia kandungan sebelum 3 bulan), 1 kali pada trimester 2 (usia kandungan 4-6 bulan), dan 2 kali pada trimester 3 (usia kandungan 7-9 bulan) (Kemenkes RI, 2015). Ibu dengan kualitas ANC yang kurang baik berisiko 16,333 kali lebih besar melahirkan bayi BBLR dibandingkan ibu dengan kualitas ANC yang baik (Husein, 2014). Kriteria kualitas ANC yang baik adalah ANC yang telah dilaksanakan di layanan kesehatan medis, pernah mendapatkan pelayanan atau tindakan sesuai standar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; dan keterlibatan suami atau keluarga untuk mengantar ibu memeriksakan kehamilan minimal satu kali. Menurut Rosmala Nur (2016) yang mengatakan bahwa penimbangan berat badan, pemeriksaan kadar hemoglobin, dan pemeriksaan tekanan darah, masing-masing merupakan faktor risiko dan memiliki hubungan yang bermakna dengan BBLR.

Wanita dengan paritas 0 dan >3 mempunyai risiko lebih besar melahirkan BBLR dibanding paritas 1,2 dan 3 karena tidak siap nya fungsi organ dalam

menjaga kehamilan dan menerima keadaan janin (Rosmala Nur, 2016). Teori lain mengatakan bahwa paritas 1 dan > 4 dianggap berisiko mengalami BBLR, hal ini terjadi karena pada wanita dengan paritas 1 memiliki organ reproduksi yang tidak cukup optimal untuk berkontraksi selama kehamilan, sedangkan paritas lebih dari 4 menyebabkan rahim mengalami kontraksi yang berlebihan dan fisiologi rahim yang tidak optimal untuk pertumbuhan janin (Khoiriyah, 2018). Paritas yang tinggi dapat merusak pembuluh darah pada dinding rahim dan dapat menyebabkan penurunan elastisitas jaringan yang telah berulang kali meregang akibat kehamilan, sehingga berisiko menimbulkan kelainan posisi atau kelainan pada pertumbuhan plasenta dan janin dan akan menyebabkan kejadian berat badan lahir rendah (Pinontoan, 2015).

Status ekonomi suatu rumah tangga dipengaruhi oleh pendapatan keluarga. Pendapatan secara tidak langsung mempengaruhi terhadap kejadian BBLR. Keluarga yang memiliki penghasilan yang rendah akan lebih sulit dalam memenuhi kebutuhan gizinya dibandingkan keluarga yang memiliki penghasilan tinggi. Akibatnya, penambahan berat badan ibu selama kehamilan terhambat dan berdampak pada pertumbuhan dan gizi pada bayi yang akan dilahirkan. Seorang bayi yang memiliki keluarga dengan status ekonomi rendah berisiko 1,33 kali lebih besar terjadi BBLR dibandingkan keluarga dengan status ekonomi tinggi (Pramono, 2015). Selain masalah biaya untuk mengakses makanan dan pemenuhan gizi, indeks kekayaan juga mempengaruhi lingkungan tempat tinggal suatu keluarga. Keluarga dengan status ekonomi rendah lebih cenderung bertempat tinggal di lingkungan dan fasilitas rumah yang tidak memadai dan

kurang baik sehingga dapat memengaruhi kesehatan ibu dan keluarga (Fajriana, 2018).

1.2. Rumusan Masalah

Angka kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) terus meningkat setiap tahunnya dan berdampak besar dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat di Indonesia. Meskipun beberapa upaya pencegahan telah dilakukan, namun hasil yang diperoleh belum cukup memuaskan karena angka kejadian BBLR terus meningkat. Oleh karena itu peneliti berpendapat bahwa sangat penting untuk terus mengkaji tentang masalah berat badan lahir rendah (BBLR) maka dari itu penelitian tentang “Determinan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia (Analisis data SDKI Tahun 2017)” ini dilakukan.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Determinan berat badan lahir rendah (BBLR) berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk :

1. Mengetahui prevalensi kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berdasarkan data SDKI Indonesia Tahun 2017.
2. Mengetahui hubungan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi, Tempat tinggal WUS dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berdasarkan data SDKI Indonesia Tahun

- 2017.
3. Mengetahui hubungan Perilaku Merokok Suami dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berdasarkan data SDKI Indonesia Tahun 2017.
 4. Mengetahui hubungan Antenatal Care dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berdasarkan data SDKI Indonesia Tahun 2017.
 5. Mengetahui hubungan Paritas dengan kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) berdasarkan data SDKI Indonesia Tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI)

Sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang determinan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) pada masyarakat di Indonesia dan sebagai bahan pengkajian program kesehatan ibu dan anak (KIA) dan program gizi terkait permasalahan kejadian berat badan lahir rendah.

1.4.2 Bagi Ibu

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi ibu hamil untuk mencegah terjadinya berat badan lahir rendah (BBLR) yang dapat dikendalikan oleh ibu hamil.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

2.1 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

2.1.1 Definisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Berat badan lahir rendah (low birth weight) didefinisikan sebagai anak dengan berat badan kurang dari 2500 gram (WHO, 2014). Dahulu “berat badan lahir rendah” diartikan sebagai bayi prematur. Namun, WHO mengubah terminologi tersebut karena tidak semua bayi yang lahir dibawah 2.500 gram (5,5 lb) adalah bayi prematur (Nuryani, 2017). Definisi BBLR di Indonesia hampir sama dengani definisi WHO, artinya jika berat badan bayi kurang dari 2500 gram aspek usia kehamilan tidak diperhitungkan dan berat badan anak ditimbang 24 jam pertama setelah lahir (Kemenkes RI, 2016).

Berat badan adalah indikator antropometrik utama yang digunakan pada setiap kesempatan untuk memeriksa status kesehatan anak dari segala kelompok usia. Berat badan adalah akibat dari penambahan/pengurangan antara lain tulang, otot, lemak, cairan tubuh,dan lain lain. Berat badan saat ini digunakan sebagai indikator terbaik untuk mengetahui status gizi dan pertumbuhan anak.

Kualitas bayi baru lahir juga dapat ditentukan dengan menimbang berat badan bayi setelah dilahirkan. Berat lahir bayi saat lahir dapat diukur dengan menggunakan timbangan yang relatif murah, sederhana dan menghemat waktu. Berat lahir bayi saat baru lahir dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat badan lahir normal (BBLN).

2.1.2 Klasifikasi Berat Badan Lahir Rendah

Berkaitan dengan penanganan dan harapan hidupnya, BBLR dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Berat badan lahir rendah (BBLR), yaitu berat badan lahir bayi antara 1500 sampai 2500 gram.
2. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR), yaitu berat lahir bayi < 1500 gram.
3. Bayi berat lahir ekstrem rendah (BBLER), yaitu berat bayi lahir < 1000 gram.
4. Berdasarkan usia kehamilan, BBLR dapat diklasifikasikan menjadi dua tipe yaitu:

- a. Prematur murni

Bayi prematur murni adalah bayi baru lahir dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan memiliki berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan.

- b. Dismaturitas

Dismaturitas/ kecil masa kehamilan (KMK) adalah bayi yang lahir selama kehamilan dengan berat badan kurang dari berat badan sebenarnya. Hal ini dikarenakan janin mengalami gangguan pertumbuhan di dalam rahim (Kosim, M Soleh, 2012).

Pada awalnya, berat badan dianggap sebagai perkiraan usia kehamilan yang akurat, sehingga bayi yang lahir dengan berat lebih dari 2.500 gram dianggap cukup matang. Rata-rata pertumbuhan bayi dalam

kandungan tidak sama karena berbagai faktor mempengaruhi pertumbuhan bayi dalam kandungan. Oleh karena itu, berat badan bayi dan usia kehamilan di klasifikasikan sebagai berikut:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK), artinya bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauterin dengan berat badan berada di bawah persentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.
- b. Bayi sesuai masa kehamilan (SMK), artinya bayi yang lahir pada usia kehamilan dan berat badan berada di antara persentil ke-10 dan ke-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.
- c. Bayi besar untuk masa kehamilan (BMK), artinya bayi yang lahir dengan berat badan kehamilan tinggi dan beratnya melebihi persentil ke 90 dari grafik pertumbuhan intrauterin.

2.1.3 Permasalahan BBLR

Banyaknya masalah terkait dengan berat badan lahir rendah memerlukan perawatan dan perhatian yang intensif untuk menghindari komplikasi yang dapat menyebabkan kematian. Selain keterlibatan tenaga kesehatan, keterlibatan peran serta keluarga terutama ibu dan pengasuh akan sangat mempengaruhi tumbuh kembang bayi dengan BBLR kedepannya. Petugas kesehatan memberikan promosi kesehatan kepada keluarga, agar mereka dapat mengurangi komplikasi dari masalah yang ditemukan pada berat badan lahir rendah (Indrasari, 2012).

2.1.4 Dampak BBLR

Berat bayi lahir rendah memiliki dampak yang sangat kompleks, mengingat

bayi BBLR memiliki sistem organ yang belum matang dan tumbuh dengan sempurna. BBLR memiliki kecenderungan peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas, dan risiko komplikasi tertentu seperti hipoglikemia yang dapat mengakibatkan kematian. Bayi yang mengalami BBLR akan sering mengalami gangguan pada sistem saraf pusat, sistem pernapasan, hematologi, sistem kardiovaskular, termoregulasi, gastro intestinal, dan ginjal (Kemenkes RI, 2015). Dampak lain pada perkembangan kognitif anak juga terjadi pada riwayat tersebut. Seorang anak yang mengalami BBLR, akan mengalami *Intelligence Quotient* (IQ) pada usia 6 sampai 8 tahun sekitar 10 poin lebih rendah dibandingkan pada anak seusianya yang memiliki riwayat berat lahir normal dan juga menunjukkan keterampilan membaca huruf dan berhitung yang buruk. Kajian Islam juga menunjukkan bahwa anak-anak yang mengalami berat badan lahir rendah lebih cenderung berprestasi buruk di sekolah dari pada anak-anak yang memiliki riwayat berat badan lahir normal (BBLN) (Islam, 2015).

Dampak BBLR dapat diklasifikasikan menjadi masalah jangka pendek dan masalah jangka panjang (Indrasari, 2012).

a. Masalah jangka pendek meliputi:

1. Gangguan metabolik meliputi hiperglikemia, hipoglikemia, hipotermia, dan masalah pemberian ASI. Hipotermia terjadi karena lemak tubuh yang tidak mencukupi dan sistem regulasi yang belum matang pada bayi baru lahir. Hipoglikemia adalah kurangnya penyerapan glukosa yang dapat menyebabkan kematian sel saraf di otak dan mempengaruhi kecerdasan bayi di masa depan. Masalah pemberian ASI disebabkan bayi yang terlalu

kecil sehingga kurang energi, lemah, memiliki lambung yang kecil, dan tidak dapat mengisap ASI.

2. Gangguan imunitas meliputi kejang saat dilahirkan, penyakit kuning, dan gangguan imunologik. Gangguan imunologik terjadi karena rendahnya kadar Ig G dan gamma globulin, bayi dengan BBLR relatif tidak mampu memproduksi antibodi dan daya fagositosis sel, serta respon terhadap infeksi yang buruk, menyebabkan bayi dengan BBLR rawan terhadap infeksi. Kejang selama persalinan dapat disebabkan oleh prenatal, pendarahan intrakranial, atau karena konsumsi vitamin B6 oleh ibu. Penyakit kuning kondisi menguningnya kulit bayi, selaput lendir, dan berbagai jaringan bayi yang menguning karena zat warna empedu.
3. Gangguan pernafasan meliputi sindroma gangguan pernafasan, asfiksia, henti napas (apneu periodik), paru belum berkembang, dan retroental fibroplasia. Henti napas dikarenakan organ paru-paru dan susunan saraf pusat yang belum sempurna.
4. Gangguan sistem peredaran darah meliputi masalah perdarahan, anemia, gangguan jantung, dan gangguan pada otak. Perdarahan pada neonatus mungkin disebabkan karena gangguan trombosit, gangguan pembuluh darah, ataupun karena faktor fungsi pembekuan darah kurang. Anemia disebabkan oleh ketersediaan besi pada janin yang sedikit dan membesarnya volume darah sebagai akibat pertumbuhan yang relatif cepat.

5. Gangguan cairan dan elektrolit meliputi gangguan eliminasi, distensi abdomen (gangguan usus bayi), gangguan pencernaan, dan gangguan elektrolit. Gangguan eliminasi terjadi karena ginjal masih belum sempurna sehingga fungsi ginjal belum matang menyebabkan sistem pembuangan sisa metabolisme dan air yang masih belum sempurna. Gangguan pencernaan terjadi karena saluran pencernaan masih belum berfungsi dengan sempurna sehingga penyerapan makanan masih kurang baik, selain itu aktifitas otot pencernaan masih belum sempurna sehingga pengosongan lambung berkurang.

b. Masalah jangka panjang meliputi:

1. Masalah psikis

Masalah psikis yang mungkin muncul pada bayi dengan BBLR yaitu gangguan bicara dan komunikasi, gangguan pertumbuhan dan perkembangan, gangguan atensi dan hiperaktif, gangguan belajar atau masalah pendidikan, dan gangguan neurologi dan kognisi. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi BBLR berkaitan dengan maturitas otak. Kemampuan berbicara pada bayi BBLR terlambat 6,5 tahun dibandingkan bayi BBLN.

2. Masalah fisik

Masalah fisik yang mungkin timbul yaitu gangguan penglihatan dan pendengaran, penyakit paru kronis, dan kelainan bawaan. Kebiasaan ibu merokok saat kehamilan, infeksi, dan radiasi lingkungan dapat menimbulkan penyakit kronis pada bayi. Faktor yang dapat

mengakibatkan kelainan bawaan pada BBLR yaitu : faktor teratogenik (radiasi, obat tertentu, racun, dan infeksi), faktor gizi, faktor fisik dalam rahim, dan faktor genetik dan kromosom.

Dampak BBLR yang fatal yaitu kematian bayi. Hasil analisis membuktikan bahwa bayi yang lahir prematur berisiko sembilan kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan bayi yang lahir normal (Tarigan et al., 2018). Menurut (Kemenkes RI, 2015) penyebab kematian pada kelompok perinatal 5 tahun terakhir adalah *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%.

2.2. Faktor Risiko Kejadian BBLR

Chhea et al., (2018) menyebutkan ada banyak variabel yang dapat mengakibatkan BBLR. Variabel-variabel tersebut kemudian di kelompokkan menjadi lima faktor, yaitu:

1. Karakteristik Ibu : Umur, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan
2. Status Kesehatan Ibu : Riwayat Penyakit, *Antenatal Care*
3. Karakteristik bayi : Jenis Kelamin Bayi
4. Karakteristik rumah tanga : Tempat tinggal, Status ekonomi, Perilaku merokok suami

Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan janin antara lain: faktor janin, faktor etnis dan ras, termasuk faktor genetik dan lingkungan, serta cacat lahir, sehingga seringkali mengalami keterlambatan pertumbuhan dan menyebabkan berat badan lahirnya rendah. Selain itu, faktor ibu juga berpengaruh terhadap pertumbuhan janin, dan faktor-faktor ini termasuk konstitusi ibu, yaitu

jenis kehamilan tunggal atau ganda dan kondisi lingkungan ibu. Faktor plasenta juga berpengaruh terhadap pertumbuhan janin yakni ukuran dan berat plasenta, tempat melekatnya plasenta pada rahim dan tempat dimasukkan nya tali pusat, serta malformasi plasenta. Malformasi plasenta terjadi ketika plasenta tidak berfungsi dengan baik sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi oksigen di dalam plasenta. Terlepasnya sebagian plasenta dari perlekatan nya dan letak tali pusat yang tidak berhimpitan dengan letak pembuluh darah yang ada di plasenta dapat mencegah darah plasenta mengalir ke bayi. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ukuran bayi saat lahir, yaitu:

1. Jangka waktu kehamilan

Bayi postmatur/cukup bulan lebih panjang, lebih berat, dan lebih gemuk dari pada bayi yang lahir pada usia lengkap. Bayi prematur sedikit kekurangan lemak dan terlihat sedikit lemah dan kurus.

2. Gizi ibu

Terdapat korelasi yang jelas antara gizi ibu selama bulan-bulan terakhir kehamilan dengan ukuran bayi pada saat lahir. Saat pola makan ibu memburuk, semakin rendah pula berat dan panjang bayi.

3. Kondisi sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi mempengaruhi kualitas dan kuantitas gizi ibu selama bulan-bulan terakhir kehamilan dan ukuran bayi pada saat lahir. Saat pola makan ibu memburuk, bayi kehilangan berat badan dan panjangnya.

4. Urutan kelahiran

Pada umumnya berat badan anak pertama lebih ringan dan lebih pendek dari pada bayi yang lahir berikutnya dalam keluarga yang sama.

5. Ukuran Keluarga

Bayi yang lahir kemudian dalam keluarga besar, terutama jika jarak kelahirannya dekat dengan kelahiran saudara kandung, cenderung lebih kecil dari pada saudaranya yang lebih tua. Hal ini sebagian karena kondisi kesehatan ibunya secara keseluruhan.

6. Aktivitas janin

Aktivitas janin yang berlebihan akan berbahaya bagi anak dan menyebabkan anak memiliki panjang badan yang lebih pendek dari rata-rata. Hal ini akan memberi gambaran yang kurus pada bayi.

Faktor-faktor yang umumnya menyebabkan berat badan lahir rendah bersifat multifaktorial, sehingga terkadang sulit untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun, penyebab BBLR yang paling umum adalah kelahiran prematur. Faktor-faktor berikut ini yang berhubungan dengan bayi berat badan lahir rendah (Herlina, 2017):

1. Karakteristik Ibu

- a. Prematuritas tertinggi adalah kehamilan pada usia <20 tahun atau diatas 35tahun.
- b. Kehamilan ganda (multi gravida).
- c. Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau terlalu pendek (kurang dari 1 tahun).
- d. Memiliki riwayat BBLR sebelumnya.

2. Keadaan sosial ekonomi
 - a. Kejadian tertinggi ditemukan pada golongan sosial ekonomi rendah.
 - b. Melakukan aktifitas fisik selama beberapa jam tanpa istirahat.
 - c. Kondisi gizi yang buruk.
 - d. Kurang nya pengawasan antenatal.
 - e. Kejadian prematuritas pada bayi yang lahir dari perkawinan yang tidak sah.

2.2.1 Karakteristik ibu

1. Usia Ibu

Semakin tua, semakin dewasa dan produktif seseorang dalam berpikir dan bekerja. Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak boleh terlalu muda atau terlalu tua. Usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang wanita untuk hamil harus dipersiapkan secara fisik, emosional, psikologis, sosial dan finansial (Ruswana, 2006). Kehamilan pada seorang remaja yang masih dalam masa pertumbuhan sepenuhnya dapat menimbulkan risiko yang serius bagi bayi termasuk cacat lahir, berat badan lahir rendah, dan penurunan peluang tumbuh kembang janin bayi karena organ reproduksinya masih belum matang. Remaja berusia kurang dari 20 tahun akan mengalami komplikasi yang lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara 20-30 tahun. Situasi ini diperburuk ketika tekanan (stress) psikologi, sosial dan ekonomi, sehingga memudahkan terjadinya keguguran (Manuaba, 2007). (Manuaba, 2007) juga mengatakan dalam penelitiannya bahwa remaja berusia kurang dari 20 tahun mempunyai risiko: Sering mengalami

anemia, pertumbuhan dan perkembangan janin yang tidak normal, keguguran, prematur atau berat badan lahir rendah, Gangguan persalinan, Preeklamsia, Perdarahan antepartum.

2. Pendidikan Ibu

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran bagi peserta didik untuk secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta kemampuan yang dimiliki oleh dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Depdiknas RI, 2003). Jalur pendidikan terdiri dari pendidikan formal, non formal dan informal, yang dapat saling melengkapi dan memperkaya jenjang. Pendidikan formal meliputi pendidikan dasar, menengah, dan tinggi. Menurut UU No. 20 Pasal 17 Tahun 2003, jalur pendidikan formal terdiri dari:

1. Pendidikan Dasar (SD, MI, SMP, MTs, SMA, MA dan SMK)
2. Pendidikan Tinggi (Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis dan Doktor).

Pendidikan diperlukan untuk menerima informasi, misalnya hal-hal yang mendukung kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup. Ketidaktahuan seseorang dapat disebabkan oleh tingkat pendidikan yang rendah, tingkat pendidikan yang terlalu rendah membuat seseorang sulit untuk menerima dan mencerna pesan atau informasi pendidikan yang disampaikan (Nursalam, 2008). Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku dengan gaya hidupnya, terutama memotivasi mereka dalam berperilaku dan berpartisipasi serta

dalam pembangunan kesehatan (Notoadmodjo, 2010).

3. Pekerjaan Ibu

Pekerjaan ibu berkaitan dengan status ekonomi dan aktivitas fisik ibu selama kehamilan (Fajriana, 2018). Ibu yang bekerja akan berkontribusi terhadap pendapatan keluarga dan akan mempengaruhi status ekonomi rumah tangga. Pendapatan keluarga berpengaruh secara tidak langsung terhadap kejadian BBLR, keluarga berpendapatan rendah lebih sulit dalam memenuhi kebutuhan gizi sehingga dapat mempengaruhi berat badan ibu selama hamil dan dapat mengganggu tumbuh kembang dan gizi bayi yang akan dilahirkan (Pramono, 2015), meskipun demikian pekerjaan yang melelahkan seperti mengangkat benda yang berat selama kehamilan merupakan aktivitas yang harus dihindari (Fajriana, 2018).

Ibu yang tidak bekerja dapat melakukan ANC dengan lebih teratur dibandingkan ibu yang bekerja. Hal ini dikarenakan ibu yang tidak bekerja memiliki waktu lebih banyak sedangkan ibu hamil yang memiliki beban kerja berat akan menyebabkan stress dan akan berpengaruh terhadap tindakannya dalam melakukan perawatan kehamilan seperti pemenuhan kebutuhan nutrisi untuk dirinya sendiri dan janin dalam kandungannya. Keadaan stres akan mempengaruhi pola makan ibu dan mengakibatkan berkurangnya asupan gizi sehingga berisiko terjadi gangguan pada sirkulasi darah ibu ke janin melalui plasenta (Purwanto, 2016).

Risiko kelahiran BBLR lebih tinggi pada ibu yang terlibat dalam perdagangan atau pekerjaan penuh waktu. Hal ini mungkin disebabkan oleh fakta

bahwa ibu dengan pekerjaan berdagang atau pekerjaan penuh waktu cenderung mengalami lebih banyak stres dibandingkan dengan ibu rumah tangga penuh waktu yang terkadang mengambil pekerjaan paruh waktu. Temuan ini sesuai dengan bukti substansial yang menunjukkan risiko kelahiran prematur yang lebih tinggi di antara ibu yang terlibat dalam pekerjaan yang penuh tekanan dan menuntut secara fisik selama berjam-jam (Olusanya, 2010).

4. Paritas

a. Paritas mengacu pada jumlah kelahiran per wanita (BKKBN, 2006). Paritas merupakan jumlah kehamilan yang akan menghasilkan janin yang dapat hidup di luar kandungan (28 minggu) (JHPIEGO, 2008).

b. Klasifikasi paritas

Paritas terdiri dari tiga kelompok yaitu:

- Kelompok primipara merupakan kelompok ibu dengan 0-1 paritas.
- Kelompok multipara merupakan kelompok ibu dengan paritas 2-6 dan
- Kelompok grande multipara merupakan kelompok ibu dengan paritas >6.

Kehamilan yang paling optimal adalah dari kehamilan kedua sampai keempat. Kehamilan pertama dan setelah kehamilan keempat berisiko tinggi. Grande multipara adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan wanita yang sedang hamil kelima atau lebih. Kehamilan pada kelompok ini sering disertai dengan komplikasi seperti misalignment, pendarahan prenatal dan pendarahan postpartum (Martaadisoebrata., 2005). Grande multipara membatasi

membatasi kemampuan kerutan/lipatan untuk menghentikan pendarahan setelah melahirkan dengan cara mengurangi kelenturan (elastisitas) jaringan yang berulang kali meregang selama kehamilan. Selain itu, banyak juga yang menemukan bahwa tidak ada cukup energi untuk mengeluarkan janin, yang dikenal dengan merits uteri. Situasi ini diperparah jika dalam kasus dengan interval kehamilan yang singkat. Pada paritas di atas lima risiko memiliki bayi dengan berat badan lahir rendah lebih sering terjadi, karena pada saat ini fungsi pada organ reproduksi sedang menurun.

(Anwar, 2005) melakukan penelitian di Kabupaten Banyumas tentang hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan kematian perinatal, ditemukan bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu dengan paritas > 5 kali lipat ditemukan memiliki odds ratio 4,44 kali dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan, dari ibu paritas ke 2-4. Sehubungan dengan organ reproduksi yang belum pulih dalam menerima terjadinya kehamilan. Apabila jumlah persalinan sedikit, otot rahim masih kuat, gaya tekan belum berkurang, kejadian komplikasi persalinan maupun partus lama yang dapat membahayakan ibu dan bayinya akan semakin rendah.

5. *Antenatal Care (ANC)*

Solusi efektif untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas. Selain itu, juga diperlukan partisipasi dan kesadaran ibu tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan ANC (Antenatal Care) adalah pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk

meningkatkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil dapat melahirkan, nifas, menghadapi persiapan pemberian ASI secara eksklusif, serta kembalinya ke kesehatan organ reproduksi yang normal. Pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pemeriksaan pada trimester pertama, 1 kali pemeriksaan pada trimester kedua, dan 2 kali pemeriksaan pada trimester ketiga.

a. Tujuan *antenatal care* yaitu :

- Memantau kemajuan proses kehamilan untuk menjamin kesehatan ibu dan pertumbuhan dan perkembangan janin yang ada di dalamnya.
- Mengetahui adanya komplikasi kehamilan yang dapat terjadi selama kehamilan sejak dini, termasuk riwayat penyakit dan tindak pembedahan.
- Peningkatan dan pemeliharaan kesehatan ibu dan anak.
- Mempersiapkan proses persalinan agar bayi dapat dilahirkan dengan selamat dan meminimalkan trauma yang dapat terjadi selama persalinan.
- Menurunkan angka kematian dan angka kesakitan pada ibu.
- Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak agar mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.
- Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dengan baik dan memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan di puskesmas, di klinik, atau di rumah sakit. Pemeriksaan ANC untuk ibu hamil dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, yaitu bidan, perawat, dokter umum, serta dokter spesialis obstetri dan ginekologi (dokter kandungan) (Kemenkes RI, 2018).

6. Wilayah tempat tinggal

Hasil riset kesehatan dasar tahun 2010 menunjukkan bahwa angka prevalensi berat badan lahir rendah di Sumatera Utara sekitar 76 dari 928 bayi (8,2%) yang di timbang. Berdasarkan hasil pendataan, indikator kesehatan di Lau Baleng antara 2,90%. Sekitar 40% dari kematian bayi ini terjadi selama bulan pertama kehidupan (Kembaren, 2019). Menurut Klaus (1998) anak yang lahir di dataran tinggi umumnya lebih ringan daripada yang lahir di daerah pesisir. Meskipun penyebabnya belum pasti, namun hal ini sering dikaitkan dengan hipoksia pada ibu, penduduk daerah yang lebih tinggi biasanya memiliki daya angkut oksigen yang lebih besar. Studi ini menemukan bahwa sebagian besar bayi berat lahir rendah adalah lahir di wilayah Kokap sebesar (6,6%). Kondisi geografis wilayah Kokap merupakan wilayah pegunungan/perbukitan menoreh dengan ketinggian antara 500 sampai 1000 meter di atas permukaan laut. Hal ini sesuai dengan teori bahwa ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah cenderung pada ibu yang tinggal di daerah dataran tinggi (Handayani, 2017).

7. Status ekonomi

Status ekonomi merupakan kedudukan suatu keluarga dalam masyarakat berdasarkan tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga. Pengaksesan layanan kesehatan ibu hamil yang berkaitan dengan pelayanan ANC dan pelayanan

pascapersalinan mengalami kesenjangan antar kuintil kekayaan berkisar antara 34 - 68%. Salah satu alasan terjadinya kesenjangan pengaksesan layanan kesehatan adalah biaya. Tahun 2012 sudah diberlakukan Jampersal namun ada beberapa hambatan dalam pelaksanaannya, yaitu tingkat penggantian biaya yang tidak memadai, khususnya jika termasuk biaya transportasi dan komplikasi, dan kurangnya kesadaran di antara perempuan tentang kelayakan dan manfaat Jampersal (UNICEF Indonesia, 2012).

Status sosial ekonomi suatu rumah tangga dipengaruhi oleh pendapatan keluarga. Secara tidak langsung pendapatan berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Keluarga dengan penghasilan rendah akan lebih sulit dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mereka daripada keluarga yang memiliki penghasilan tinggi. Akibatnya adalah penambahan berat badan ibu selama kehamilan terhambat dan akan berdampak pada pertumbuhan dan gizi bayi yang akan dilahirkan (Pramono, 2015). Selain itu prevalensi tinggi infeksi spesifik dan non-spesifik serta komplikasi kelahiran ditopang oleh kemiskinan (Olusanya, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Pramono (2015) menyebutkan bahwa berdasarkan hasil keluarga bayi dengan status ekonomi rendah berisiko 1,33 kali lebih besar terjadi BBLR dibandingkan keluarga dengan status ekonomi tinggi. Selain masalah biaya untuk mengakses makanan dan pemenuhan gizi, indeks kekayaan juga mempengaruhi lingkungan tempat tinggal suatu keluarga. Keluarga dengan status ekonomi rendah lebih cenderung bertempat tinggal di lingkungan dan fasilitas rumah yang tidak memadai dan kurang baik sehingga dapat memengaruhi kesehatan ibu dan keluarga (Fajriana, 2018). Berdasarkan hasil SDKI 2012

proporsi BBLR pada ibu dengan indeks kekayaan sangat miskin sampai sangat kaya berturut-turut adalah 11,2%,7,2%,7,8%,6,3%,dan 5%.

2.2.2 Karakteristik bayi

1. Seks atau jenis kelamin bayi

World Health Organization Technical Consultation dalam WHO dan menyebutkan dengan usia kandungan yang sama, bayi laki-laki lebih berat daripada bayi perempuan (UNICEF, 2014). Menurut hasil Riskesdas 2013 persentase BBLR pada laki-laki lebih rendah dari pada perempuan (11,2%) dan persentase berat lahir > 4000 gram pada perempuan (3,9%) lebih rendah dari pada laki-laki (5,6%). Berdasarkan hasil penelitian, bayi berjenis kelamin perempuan berisiko 1,41 kali lebih besar mengalami BBLR dibandingkan bayi laki-laki, hal ini dikarenakan secara natural berat badan bayi wanita lebih kecil dari bayi laki-laki untuk masa kehamilan yang sama sehingga memiliki risiko yang lebih besar untuk BBLR (Pramono, 2015).

2. Pembatasan Pertumbuhan Janin atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR)

Pembatasan pertumbuhan intra uterin di definisikan sebagai pertumbuhan janin dibawah normal dari pola pertumbuhan janin biasanya. Hal ini biasanya terjadi karena berbagai faktor yang memberikan efek buruk pada janin. Pertumbuhan janin normal adalah bayi dengan berat lahir antara persentil ke-10 dan ke-90 sesuai usia kehamilan, jenis kelamin dan ras tanpa ciri gizi buruk dan keterbelakangan pertumbuhan. Istilah IUGR hampir sama dengan istilah kecil untuk usia kehamilan atau *Small for Gestational Age* (SGA), namun ada perbedaan antara keduanya. Definisi SGA digunakan untuk neonatus yang berat

lahirnya kurang dari persentil ke-10 untuk usia kehamilan tertentu dan hanya mempertimbangkan berat lahir tanpa pertimbangan pertumbuhan in-utero dan karakteristik fisik saat lahir. IUGR adalah definisi klinis dan berlaku untuk neonatus yang lahir dengan gambaran klinis malnutrisi dan retardasi pertumbuhan dalam rahim, terlepas dari persentil berat lahirnya. Oleh karena itu neonatus dengan berat lahir kurang dari persentil ke- 10 adalah SGA, tetapi bukan IUGR jika tidak ada fiturkekurangan gizi, dan neonatus dengan berat lahir yang lebih besar dari persentil ke- 10 akan menjadi IUGR meskipun AGA (*Appropriate for Gestational Age*), jika bayi memiliki ciri-ciri kekurangan gizi saat lahir .

3. Gawat Janin

Gawat janin adalah suatu keadaan dimana janin tidak menerima O₂ cukup, sehingga mengalami sesak. Gawat janin adalah suatu keadaan bahaya dari janin yang secara serius dapat mengancam kesehatan janin. Gawat janin dapat menyebabkan berakhirnya kehamilan di mana bayi harus segera dikeluarkan (Kemenkes RI, 2018).

4. Kelainan genetik

Gen merupakan rangkaian kromosom dan kromosom berfungsi mengatur dan mengendalikan sifat-sifat tubuh makhluk hidup (Nusantari, 2013). Sifat tubuh yang tampak antara lain warna kulit dan mata, bentuk tubuh dan wajah, raut muka, dan jenis rambut. Sifat yang tidak tampak meliputi golongan darah, kecerdasan, suara, dan bakat. Jika terdapat satu kromosom yang hilang atau cacat, maka dapat menimbulkan kelainan bawaan. Hal ini cenderung terjadi pada bayi kurang bulan. Kelainan kromosom yang dapat mengakibatkan BBLR adalah

trisomy autosomal (Proverawati, 2010). Trisomy autosomal merupakan kelainan kromosom yang terjadi bukan pada kromosom sex. Kelainan kromosom yang penting yaitu Trisomi 13 (*Patau Syndrom*), Trisomi 18 (*Edward Syndrom*), Trisomi 21 (*Down Syndrom*), dan *Turner Syndrom* (45,x) (Kosim, 2012). Menurut WHO, kelainan genetik adalah kelainan struktural atau fungsional, termasuk gangguan metabolik, yang ditemukan sejak lahir. Kelainan genetik dapat diidentifikasi pada sebelum kelahiran, saat lahir, maupun di kemudian hari setelah bayi lahir. Kelainan genetik dapat mempengaruhi bentuk organ, fungsi organ, maupun keduanya. Kelainan genetik pada bayi bervariasi dari tingkat ringan hingga berat. Kesehatan dan kemampuan bertahan bayi dengan kelainan genetik bergantung pada bagian organ tubuh yang mengalami kelainan (Kemenkes RI, 2018). Salah satu dampak dari kelainan genetik adalah kelahiran prematur. Bayi yang lahir prematur memiliki berat badan lahir rendah.

5. Kehamilan kembar

Kehamilan kembar akan meningkatkan risiko kesehatan untuk ibu dan bayi. Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan untuk kehamilan kembar lebih besar daripada hamil satu anak. Kekurangan gizi, seperti anemia pada kehamilan akan mengganggu perkembangan janin dalam kandungan sehingga bayi memiliki berat badan yang lebih ringan. Selain itu pada kehamilan kembar dapat terjadi regangan pada uterus yang berlebihan sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi partus prematur (Indrasari, 2012). Purwanto (2016) menyebutkan bahwa kehamilan kembar berhubungan dengan kejadian BBLR. Penelitian yang dilakukan oleh Triana (2014) menemukan bahwa anak dari kehamilan kembar

berisiko 15 kali lebih besar mengalami BBLR dibandingkan anak dari kehamilan tunggal. Penyebab janin kembar rentan mengalami hambatan, hal ini disebabkan plasenta ada dua, rahim terlalu tegang, jumlah cairan ketuban yang lebih banyak, dan besarnya kandungan yang dapat menyebabkan terjadinya partus prematurus. Selain itu berat badan lahir kehamilankembar antar janin berselisih antara 50 - 100 gram dan berat badan janin pada.

2.3 Kajian Integrasi Keislaman

2.3.1 Proses penciptaan manusia di dalam rahim menurut Al-Qur'an

Menurut World Health Organization (WHO) berat badan lahir rendah adalah bayi yang memiliki berat badan kurang dari 2.500 gram (WHO, 2014). Pada awalnya, "berat badan lahir rendah" diidentikkan untuk bayi prematur. Namun, WHO mengubah istilah tersebut karena tidak semua bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram (5,5 lb) adalah bayi prematur (Nuryani, 2017). Definisi BBLR di Indonesia hampir sama dengan definisi dari WHO, artinya berat badan bayi yang kurang dari 2.500 gram dan tidak memperhitungkan aspek usia kehamilan dan berat badan bayi yang ditimbang pada 24 jam pertama saat lahir (Kemenkes RI, 2009).

Di dalam Al-qur'an, proses tumbuh kembang seorang anak dijelaskan dengan sangat rinci, dimulai dari proses pembuahan (fertilisasi) hingga kelahiran seorang anak. Hal ini disebutkan dalam Al-qur'an surah al-Mu'minun (23): 12 - 14 sebagai berikut:

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ (١٢) ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (١٣) ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ (١٤) ثُمَّ إِنَّكُمْ بَعْدَ ذَلِكَ لَمَيِّتُونَ (١٥) ثُمَّ إِنَّكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ تُبْعَثُونَ

“Dan sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia itu dari saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kokoh (rahim). Kemudian air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu kami bungkus dengan daging. Kemudian, Kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Maha Sucilah Allah, Pencipta yang paling baik. ” [Al-Mu’minun (23):12-14] (Kemenag RI, 2020).

2.3.2 Pandangan Ulama Terkait Gizi pada Ibu Hamil

Kebutuhan nutrisi ibu selama kehamilan berbeda dari biasanya. Kebutuhan akan makanan selama kehamilan meningkat seiring dengan perubahan yang terjadi pada tubuh ibu. Perubahan fisiologis selama kehamilan meliputi peningkatan volume plasma, peningkatan cadangan makanan, peningkatan aliran darah uterus, dan peningkatan berat janin, cairan ketuban, dan plasenta. Hal itu mengarah pada penambahan berat badan. Rata-rata berat badan ibu bertambah selama kehamilan adalah 12,5 kg.

Kajian gizi mengatakan bahwa kebutuhan kalori meningkat 258 gram dalam kondisi normal. Energi ini digunakan untuk mengubah energi makanan menjadi energi dalam metabolisme. Kebutuhan protein rata-rata meningkat 8,5 gram per hari pada saat puncak kebutuhan. Hal ini dimaksudkan untuk menutupi

sekitar 925 gram protein yang disimpan dalam janin, plasenta dan jaringan maternal. Disarankan untuk mengonsumsi protein sebanyak 85 sampai 100 gr/hari pada 5 bulan pertama kehamilan.

Mengonsumsi protein selama sembilan belas minggu pertama kehamilan dapat membantu pertumbuhan sel-sel otak bayi. Tetapi, kelebihan protein juga memiliki dampak negatif pada kehamilan dan bayi yang akan dilahirkan.

Surah Al-Maidah : 87-88

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَحْرِمُوا طَيِّبَاتِ مَا أَحَلَّ اللَّهُ لَكُمْ وَلَا تَعْتَدُوا إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُعْتَدِينَ ٧٨

وَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي أَنْتُمْ بِهِ مُؤْمِنُونَ ٨٨

Artinya : *"Hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu haramkan apa-apa yang baik yang telah Allah halalkan bagimu, dan janganlah kamu melampaui batas. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang melampaui batas."*

Melalui firman Allah ini, kita diingatkan bahwa ketika kita mengonsumsi kita harus proposional sesuai dengan kebutuhan yang dibutuhkan. Tak jarang, ibu hamil yang melahap melebihi kebutuhan nutrisi, karena beranggapan makan yang banyak berdampak pada janin. Padahal ilmu gizi telah memberi takaran, agar kita tidak melampaui batas dalam mengonsumsi apapun sehingga tidak akan mengalami obesitas.

Secara teoritis, kebutuhan protein dapat dipenuhi dengan mengonsumsi susu, daging, ikan dan unggas serta tempe dan tahu. Namun, berbagai penelitian mengungkapkan bahwa sangat dianjurkan untuk mengonsumsi ikan terutama ikan laut, selama kehamilan. Hal ini karena ikan laut mengandung asam lemak omega

3 yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak serta proses pengelihatian (retina mata) pada janin. Selain itu, ikan juga mengandung asam amino esensial yang sangat baik untuk pertumbuhan janin, selain kandungan vitamin dan mineral yang cukup tinggi.

Anjuran berdasarkan hasil penelitian diatas ternyata telah tersurat di dalam Al–Qur’an surah Al-Nahl: 14

وَهُوَ الَّذِي سَخَّرَ الْبَحْرَ لِتَأْكُلُوا مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا وَتَسْتَخْرِجُوا مِنْهُ حَبْلًا مِّنْهُ جَلِيَّةً تَلْبَسُونَهَا وَتَرَى الْفُلْكَ مَوَاجِرَ فِيهِ
وَلِتَبْتَغُوا مِنْ فَضْلِهِ وَلِعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ١٤

Artinya : "*Dan Dialah yang menundukkan lautan (untukmu) agar kamu dapat memakan dari padanya daging yang segar (ikan), dan kamu mengeluarkan dari lautan itu perhiasan yang dapat kamu pakai; dan kamu melihat bahtera berlayar di atasnya, dan supaya kamu mencari dari karunia-Nya, dan agar kamu bersyukur*".

Sayuran merupakan makanan yang dianjurkan oleh Rasulullah, beliau bersabda: “Berilah kurma kepada wanita yang telah hampir melahirkan.”. Kurma disini tentunya hanya sebagai contoh saja. Hal ini, terbukti dari fakta bahwa beliau, sambil menunjuk kepada sejenis sayuran, bersabda “Berilah makan wanita-wanita hamil (sayuran ini), karena dengan demikian, anaknya akan menjadi sehat. Dan karena itu tidak sedikit pemuka agama terdahulu yang enggan makan kecuali apabila tersedia sayur-sayuran dihadapannya. Mereka sering menegaskan bahwa makanan yang bergizi mampu menolak banyak penyakit, dan karenanya, ia lebih baik daripada obat. Sebab, betapapun, tidak suatu obat pun yang tidak mengandung penyakit (efek samping).

2.3.3 Kewajiban menuntut ilmu

Status pendidikan yang tinggi menjadi suatu faktor yang mempengaruhi kesehatan janin terkait informasi yang diterima ibu. Islam sangat memperhatikan pendidikan terkait kewajiban belajar mengajar (Zaim, 2019), sebagaimana yang diterangkan didalam hadist:

اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ١ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ٢ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ٣ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ٤ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمُ ٥

Artinya : *Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan, Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmu lah yang Maha Pemurah. Yang mengajar (manusia) dengan perantaraan kalam. Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya*” [QS. Al- ‘Alaq (96):1-5].

Dalam tafsir al-Misbah, kata iqra’ berasal dari kata kerja qaraa, yang pada awalnya berarti “berkumpul”. jadi ketika huruf-huruf atau kata-kata itu disatukan dandan diucapkan kalimatnya, artinya mereka telah mengumpulkan atau membacanya. Oleh karena itu, pelaksanaan perintah tidak memerlukan keberadaan teks tertulis sebagai objek untuk dibaca, dan tidak perlu diucapkan untuk didengar orang lain (Shihab, 2002). Ruang lingkup pendidikan berdasarkan tafsir al-Misbah, adalah tentang pengajaran, membaca, menulis dengan qalam (pena), dan mengetahui segala sesuatu yang sebelumnya tidak diketahui. Hal ini ditegaskan oleh hadist Nabi, yaitu: “Dari Anas bin Malik beliau berkata: Rasulullah Saw bersabda:

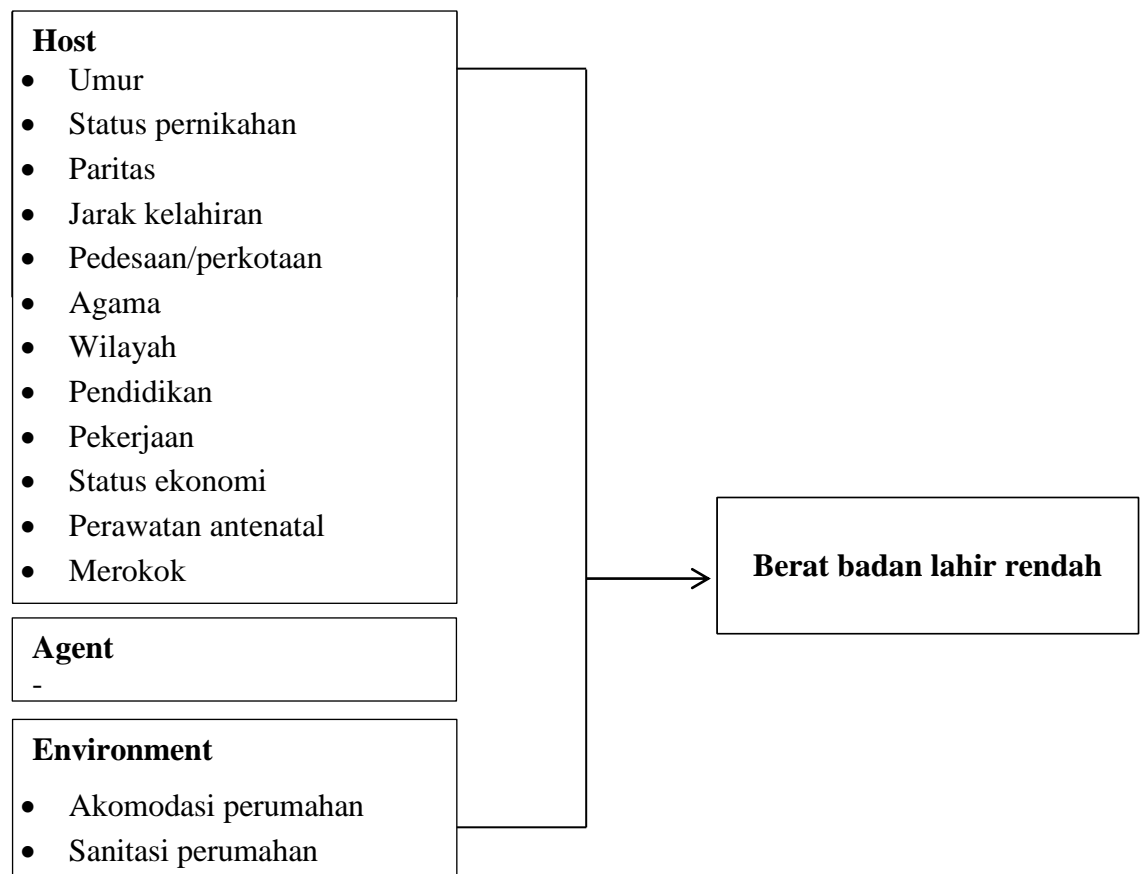
طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ

“Menuntut ilmu adalah kewajiban bagi setiap individu muslim” (H.R Ibnu Majah)

2.4 Kerangka Teori

Berdasarkan teori Jhon Gordon dan La Richt (1950) timbulnya suatu penyakit infeksi diakibatkan oleh :

- a. Penyakit timbul karena ketidakseimbangan antara agent (penyebab) dan manusia (host).
- b. Keadaan keseimbangan bergantung pada sifat alami dan karakteristik agent dan host (baik individu/kelompok).
- c. Karakteristik agent dan host akan mengadakan interaksi, dalam interaksi tersebut akan berhubungan langsung pada keadaan alami dari lingkungan (lingkungan fisik, sosial, ekonomi, dan biologis).



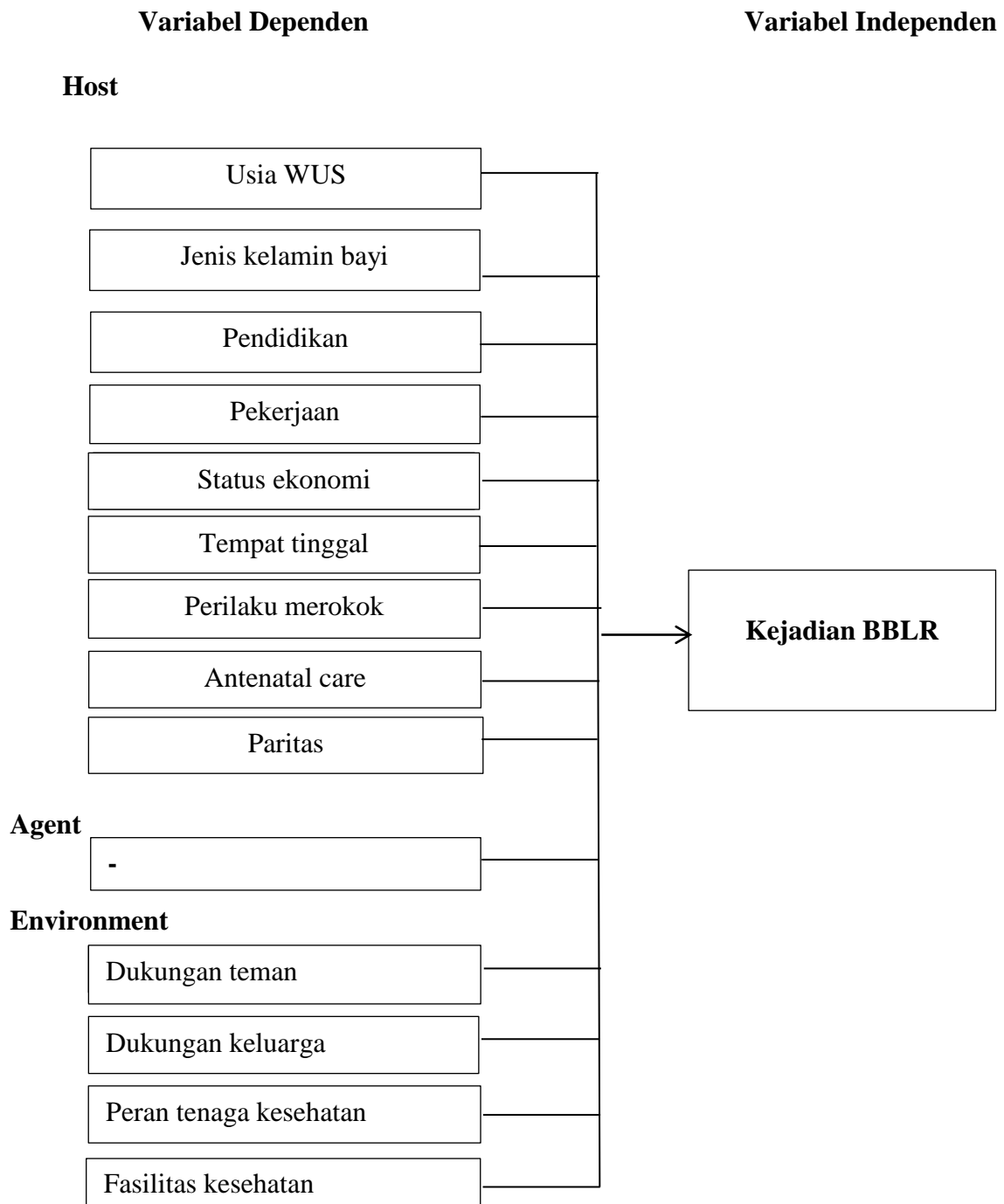
Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Culhane dan Elo (2005 dalam Olusanya dan Ofovwe, 2010:980);

Magadi *et al.* (2004:30); dan Chhea *et al.* (2017:3).

2.5 Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian ini hanya mencakup beberapa variabel tergantung dengan ketersediaan data yang ada pada data sekunder yang digunakan yaitu data SDKI Indonesia tahun 2017 :



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

1. Ada hubungan usia ibu dengan kejadian BBLR di Indonesia.
2. Ada hubungan jenis kelamin bayi dengan kejadian BBLR di Indonesia.
3. Ada hubungan pendidikan dengan kejadian BBLR di Indonesia.
4. Ada hubungan pekerjaan dengan kejadian BBLR di Indonesia.
5. Ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian BBLR di Indonesia.
6. Ada hubungan status ekonomi dengan kejadian BBLR di Indonesia.
7. Ada hubungan perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR di Indonesia
8. Ada hubungan *Antenatal care* dengan kejadian BBLR di Indoensia.
9. Ada hubungan paritas dengan kejadian BBLR di Indonesia.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan survei berskala nasional dengan menggunakan pendekatan analitik kuantitatif dengan desain penelitian studi potong lintang (*cross sectional*), dikarenakan penelitian ini dilakukan dalam satu waktu pengukuran yang sama untuk variabel dependen dan variabel independen. Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan menggunakan data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis lebih lanjut dari Data Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 tentang proporsi wanita usia subur (WUS) usia 15 tahun hingga 49 tahun. Rencana analisis akan dilaksanakan pada bulan Januari tahun 2021 hingga Agustus tahun 2021. 34 provinsi atau seluruh Provinsi yang ada di Indonesia di ambil sebagai lokasi penelitian.

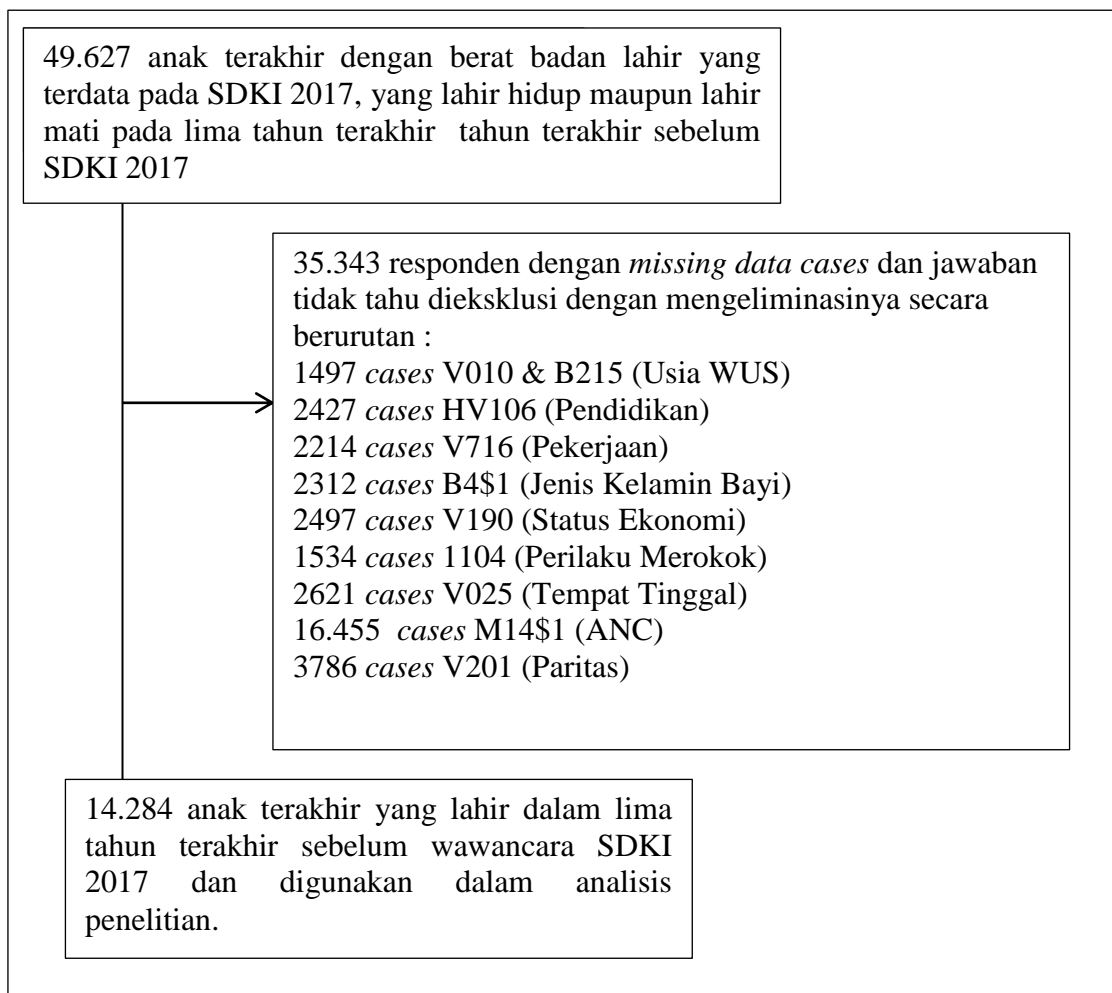
3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah sebanyak 49.627 wanita usia subur (WUS) usia 15 tahun sampai 49 tahun yang memiliki anak usia 0-59 bulan di seluruh Provinsi yang ada di Indoneia.

3.3.2 Sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh wanita usia 15-49 tahun yang memiliki anak usia 0-59 bulan di seluruh provinsi di Indonesia. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh semua wanita usia 15-49 tahun yang tercatat / diikutsertakan dalam SDKI tahun 2017 dan memenuhi kriteria inklusi, sehingga diperoleh sampel sebanyak 14.284 orang.



3.4 Variabel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah determinan berat badan lahir rendah (BBLR). Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini adalah

usia ibu, jenis kelamin bayi, pendidikan ibu, status ekonomi, tempat tinggal, perilaku merokok suami, *antenatal care*, paritas.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Berat Badan Lahir Rendah	Berat badan lahir bayi yang ditimbang segera setelah 1 jam kelahiran	Wawancara dan validasi buku KIA/ KMS	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 428 Variabel M19\$1	a. BBLR (jika berat bayi lahir <2500 gram) b. Normal (jika berat bayi lahir \geq 2500 gram)	Ordinal
2.	Usia WUS	Lama waktu hidup responden yang dihitung dari selisih bulan-tahun kelahiran ibu dengan usia responden pada bulan-tahun kehamilan anak terakhir	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 105 dan 215. Variabel V010 dan B2\$1	a. Berisiko (jika usia ibu hamil berada pada usia <20 tahun dan >35 tahun) b. Tidak Berisiko (jika usia Ibu hamil berada pada usia 20 sampai 35 tahun)	Ordinal

3.	Tingkat Pendidikan Ibu	Tingkat pendidikan formal yang ditempuh oleh ibu dengan syarat telah lulus pada jenjang terakhir pendidikan	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 107 dan 108. Variabel HV106, HV109	a. Rendah (jika tingkat pendidikan pada responden berada pada kategori tidak pernah sekolah, sekolah dasar (SD), dan sekolah menengah pertama (SMP)) b. Tinggi (jika tingkat pendidikan pada responden berada pada kategori sekolah menengah atas (SMA) dan perguruan tinggi)	Ordinal
4.	Pekerjaan ibu	Jenis pekerjaan Yang dimiliki responden selama 12 bulanterakhir saat dilakukannya SDKI 2017	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 912 Variabel V716 dan V731	a. Bekerja b. Tidak bekerja	Nominal

5.	Jenis Kelamin bayi	Ciri fisik biologis yang digunakan untuk membedakan gender bayi	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 213 Variabel B4\$1	a. 0= Perempuan b. 1= Laki-Laki	Nominal
6.	Status Ekonomi	Kondisi kedudukan keluarga dalam masyarakat berdasarkan tingkat kesejahteraan ekonomi keluarga.	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 101-144 Variabel V190	a. Rendah (jika wealth indeks SDKI 2017 pada kategori poorest dan poorer) b. Sedang (jika wealth indeks SDKI 2017 pada kategori middle) c. Tinggi (jika wealth indeks SDKI 2017 pada kategori richer dan richest)	Ordinal

7.	Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh ibu, baik lahir hidup ataupun lahir mati	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 208. Variabel V201	0= >4 1= 1 2= 2-4		Ordinal
9.	Kuantitas ANC	Frekuensi pemeriksaan kehamilan. Lengkap jika dilakukan minimal satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 412 dan 421B Variabel M14\$1 S412BA\$1, S412BB\$1, S412BC\$1	a. Jumlah kunjungan <i>antenatal care</i> – 3 bulan pertama b. Jumlah kunjungan <i>antenatal care</i> – antara 4 – 6 bulan c. Jumlah kunjungan <i>antenatal care</i> – antara 7 bulan sampai melahirkan		Ordinal
10	Tempat tinggal	Daerah atau wilayah tempat tinggal responden	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner Nomor 5	a. Perkotaan b. Pedesaan		Nominal

				Variabel		
				V025		
11.	Perilaku merokok suami	kebiasaan merokok suami di rumah selama kehamilan isterinya atau kecenderungan mengisap rokok yang dilakukan berulang kali dan yang dapat menimbulkan ketergantungan	Wawancara	Kuesioner SDKI 2017 Kuesioner 1104.	a. Merokok b. Tidak merokok	Nominal

3.6 Teknik Pengumpulan Data

3.6.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Penggunaan data sekunder SDKI 2017 dilakukan guna mengetahui determinan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di Indonesia.

3.6.2 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner SDKI 2017. Kuesioner yang digunakan adalah daftar pertanyaan untuk mengumpulkan informasi dari wanita berusia 15-49 tahun. Kuesioner digunakan untuk mengetahui usia ibu, jenis kelamin bayi, pendidikan ibu, status ekonomi, tempat tinggal, perilaku merokok suami, *antenatal care*, paritas dengan kejadian BBLR di Indonesia.

3.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 saat wawancara dengan petugas lapangan menggunakan instrument penelitian berupa kuesioner Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 dan penandatanganan informed consent oleh responden saat dilakukan wawancara oleh petugas lapangan.

3.7 Kriteria Inklusi dan Eklusi

3.7.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Wanita usia subur (WUS) dengan rentan usia 15 tahun sampai 49 tahun;
2. Memiliki anak usia 0 bulan sampai 59 bulan;
3. Bayi ditimbang saat lahir atau memiliki masalah mengenai berat badan bayi saat lahir.

3.7.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Responden menjawab “Saya tidak tahu” saat dilakukan wawancara;
2. Data yang hilang (*missing*) pada variabel penelitian.

3.8 Teknik Analisis Data

Kegiatan analisis data yang meliputi memasukkan, memproses, dan menganalisis data dengan menggunakan perangkat lunak komputer. Analisis data untuk data kuantitatif dalam penelitian ini dilakukan dengan meliputi analisis univariat, bivariat.

3.8.1 Analisis univariat

Analisis univariat adalah analisis yang menggambarkan variabel dependen/variabel terikat serta variabel independen / variabel bebas secara individual. Analisis ini dilakukan untuk memberikan gambaran secara deskriptif / mendeskripsikan karakteristik dari masing - masing variabel yang diteliti. Pendeskripsian karakteristik ini tergantung pada jenis datanya (numerik atau

kategorik). Dalam penelitian ini, data yang ingin dianalisis adalah jenis data kategorik, sehingga pendeskripsian data ini menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi.

3.8.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk melihat pengaruh yang signifikan antara dua variabel, yaitu variabel independen / bebas terhadap variabel dependen / terikat. Analisis yang akan digunakan pada tahapan ini juga tergantung pada jenis datanya. Dalam penelitian ini, semua data yang akan dianalisis yaitu jenis data kategorik, sehingga uji yang akan digunakan adalah *chi-square* dengan tingkat kepercayaan sebesar 95%. Keputusan yang diambil dari uji analisis ini dengan melihat nilai *p-value* dan *prevalent rate* (PR) yang dilihat dari hubungan antar variabelnya.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

Indonesia terletak antara 6° 04' 30'' Lintang Utara dan 11° 00' 36'' Lintang Selatan dan antara 94° 58' 21'' sampai dengan 141° 01' 10'' Bujur Timur dan dilalui oleh garis ekuator atau garis khatulistiwa yang terletak pada garis lintang 0°. Negara Indonesia berbatasan dengan : Utara - Negara Malaysia, Singapura, Vietnam, Filipina, Thailand, Palau, dan Laut Cina Selatan; Selatan - Negara Australia, Timor Leste dan Samudera Hindia; Barat - Samudera Hindia; Timur - Negara Papua Nugini, dan Samudera Pasifik. Batas-batas tersebut ada pada 111 pulau terluar yang perlu dijaga dan dikelola dengan baik. Pulau-pulau tersebut digunakan untuk menentukan garis pangkal batas wilayah negara Indonesia dengan negara lain (Keputusan Presiden Nomor I6 Tahun 2017 tentang Penetapan Pulau-Pulau Kecil di Daerah Terluar).

Berdasarkan letak geografisnya, kepulauan Indonesia berada di antara Benua Asia dan Benua Australia, serta di antara Samudera Hindia dan Samudera Pasifik. Indonesia terdiri dari 34 Provinsi yang terletak di lima pulau besar dan empat kepulauan, yaitu Pulau Sumatera terdiri dari Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, dan Lampung. Kepulauan Riau terdiri dari Kepulauan Riau. Kepulauan Bangka Belitung terdiri dari Kepulauan Bangka Belitung. Pulau Jawa terdiri dari DKI Jakarta, Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur. Kepulauan Nusa

Tenggara (Sunda Kecil) terdiri dari Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Nusa Tenggara Timur. Pulau Kalimantan terdiri dari Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Utara. Pulau Sulawesi terdiri dari Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, dan Sulawesi Tenggara. Kepulauan Maluku terdiri dari Maluku dan Maluku Utara. Pulau Papua terdiri dari Papua dan Papua Barat. Sebagai negara kepulauan, Indonesia memiliki ribuan pulau yang terhubung oleh berbagai selat dan laut. Saat ini, pulau yang berkoordinat dan terdaftar di Perserikatan Bangsa-Bangsa (2012) berjumlah 13.466 pulau.

Indonesia 34 provinsi, 416 kabupaten, 98 kota, 7.217 kecamatan, dan 83.344 desa (termasuk kelurahan dan Unit Permukiman Transmigrasi / UPT). Luas daerah Indonesia adalah 1.916.862,20 km², Provinsi dengan luas terbesar yaitu provinsi Papua dengan luas sebesar 319.036,05 km² dan Provinsi dengan luas terkecil yaitu Provinsi DKI Jakarta 664,01 km². Indonesia memiliki jumlah pulau banyak sebanyak 16.056 pulau, Provinsi dengan jumlah pulau terbanyak yaitu Provinsi Papua Barat sebanyak 4.108 (BPS, 2018).

Berdasarkan dari hasil Sensus Penduduk jumlah penduduk di Indonesia berjumlah 237.641,3 juta jiwa, jumlah penduduk tertinggi yaitu Provinsi Jawa Barat berjumlah 48.037,6 juta jiwa dan jumlah penduduk terendah yaitu Provinsi 691,1 juta jiwa. Selanjutnya dari hasil Sensus Penduduk, Kepadatan Penduduk Indonesia pada tahun 2010 adalah 124 jiwa per km² kemudian pada tahun 2017 meningkat menjadi 137 jiwa per km². Laju pertumbuhan penduduk selama kurun waktu tahun 2000 - 2010 adalah 1,49 persen per tahun, dan pada

tahun 2010 - 2018 menjadi 1,34 persen per tahun. Pada tahun 2018 jumlah penduduk di Indonesia berjumlah 237 641,3 juta jiwa yang terdiri dari 133.136,1 jiwa penduduk laki-laki dan 131.879,2 jiwa perempuan atau dengan rasio jenis kelamin/sex ratio sebesar 101,0. Pada tahun 2018 penduduk Indonesia lebih banyak tinggal di daerah perkotaan sebesar 147,6 juta jiwa (55,1%) (BPS, 2018).

Dalam sektor pendidikan, peningkatan kualitas dan partisipasi sekolah penduduk tentunya harus diimbangi dengan penyediaan sarana fisik pendidikan maupun tenaga guru yang memadai. Pada tingkat pendidikan Taman Kanak-kanak pada tahun 2017 ada sebanyak 88.381 unit dengan jumlah guru sebanyak 329.102 orang dan murid sebanyak 4.605.809 orang. Pada tingkat pendidikan dasar, jumlah Sekolah Dasar pada tahun 2017 ada sebanyak 147.503 unit dengan jumlah guru 1.586,127 orang dan murid sebanyak 25.618.078 siswa. Pada jenjang pendidikan Madrasah Ibtidaiyah (MI), jumlah sekolah Madrasah Ibtidaiyah pada tahun 2017 ada sebanyak 24.951 unit dengan jumlah guru sebanyak 264.275 orang dan siswa sebanyak 3.668,985 orang. Sedangkan jumlah Sekolah Menengah Pertama (SMP) pada tahun 2017 ada sebanyak 37.763 unit, dengan jumlah guru Sekolah Menengah Pertama (SMP) pada tahun 2017 ada sebanyak 622.781 orang dan jumlah murid Sekolah Menengah Pertama (SMP) pada tahun 2017 ada sebanyak 10.145.416 orang. Pada tahun yang sama, jumlah Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 13.144 unit dengan jumlah guru Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 294.872 orang dan jumlah murid Sekolah Menengah Atas (SMA) sebanyak 4.659.542 orang. Serta Madrasah Aliyah (MA) ada sebanyak 8.165 unit dengan jumlah guru Madrasah Aliyah (MA) ada

sebanyak 122.870 orang dengan jumlah murid Madrasah Aliyah (MA) ada sebanyak 1.374.981 orang. Jumlah perguruan tinggi, mahasiswa, dan tenaga pendidik di bawah Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi ada sebanyak 122 perguruan tinggi negeri dan swasta 3.154 dengan jumlah mahasiswa perguruan tinggi negeri sebanyak 2.211.668 orang dan swasta sebanyak 4.712.843 orang, serta jumlah tenaga pendidik perguruan tinggi negeri sebanyak 73.607 orang dan swasta 173.662 orang. Pada tahun yang sama jumlah perguruan tinggi, mahasiswa, dan tenaga pendidik di bawah Kementerian Agama ada sebanyak 57 perguruan tinggi negeri dan swasta sebanyak 686 perguruan tinggi, dengan jumlah mahasiswa perguruan tinggi negeri sebanyak 484.958 orang dan swasta sebanyak 326.208 orang, serta jumlah tenaga pendidik perguruan tinggi negeri sebanyak 12.346 orang dan swasta 16.126 orang (BPS, 2018).

Dalam aspek kesehatan, ketersediaan sarana kesehatan berupa rumah sakit merupakan faktor utama dalam menunjang perbaikan kualitas hidup. Jumlah rumah sakit menurut Provinsi tahun 2016 terdiri dari 2.046 Rumah Sakit Umum (RSU), Rumah Sakit Khusus (RSK) terdiri dari 555 unit dan Puskesmas terdiri dari 9.767 unit. Tenaga medis di Indonesia jumlahnya terus meingkat setiap tahunnya, jumlah tenaga medis Dokter di Indonesia sebanyak 30,00%, tenaga Bidan sebanyak 62,56%, dan tenaga Kesehatan lain sebanyak 0,69% (BPS, 2018).

4.1.2 Gambaran Distribusi Frekuensi Faktor Risiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Tabel 4. 1 Disribusi Frekunesi Faktor Risiko Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia		
Beresiko (<20 tahun dan >35 tahun)	4.024	28.2
Tidak beresiko (20 tahun - 35 tahun)	10.260	71.8
Jenis Kelamin		
Laki-laki	7.327	51.3
Perempuan	6.957	48.7
Pendidikan		
Rendah	11.679	81.8
Tinggi	2.605	18.2
Pekerjaan		
Bekerja	7.599	53.2
Tidak bekerja	6.685	46.8
Tempat Tinggal		
Pedesaan	6.910	48.4
Perkotaan	7.374	51.6
Status Ekonomi		
Rendah	6.177	43.2
Sedang	2.807	19.7
Tinggi	5.299	37.1
Perilaku Merokok Suami		
Iya	14.055	98.4
Tidak	229	1.6
Kunjungan Antenatal Care		
-Tidak lengkap	9.287	65.0
- Lengkap	4.997	35.0
Paritas		
>4	957	6.7
2-4	4.521	31,7
1	8.806	61.6

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa mayoritas ibu berusia tidak beresiko (20 tahun - 35 tahun) sebanyak 10.260 (71,8%), sedangkan ibu yang memiliki usia beresiko (<20 tahun dan >35 tahun) sebanyak 4.024 (28,2%). Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7.327 (51,3%),

sedangkan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 6.957 (48,7%). Mayoritas responden memiliki pendidikan rendah sebanyak 11.679 (81,8%), sedangkan responden yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 2.605 (18,2%). Mayoritas responden bekerja sebanyak 7.599 (53,2%), sedangkan responden yang tidak bekerja sebanyak 6.685 (46,8%). Mayoritas responden yang tinggal di perkotaan sebanyak 7.374 (51,6%), sedangkan responden yang tinggal di pedesaan sebanyak 6.910 (48,4%). Mayoritas responden yang memiliki status ekonomi rendah sebanyak 6.177 (43,2%), responden yang memiliki status ekonomi menengah sebanyak 2.808 (19,7%), dan responden yang memiliki status ekonomi tinggi sebanyak 5.299 (37,1%). Mayoritas responden yang suami perokok sebanyak 14.055 (98,4%), sedangkan suami bukan perokok sebanyak 229 (1,6%). Mayoritas responden dengan jumlah memiliki riwayat penyakit sebanyak 11.779 (82,5%), sedangkan responden yang tidak memiliki riwayat penyakit sebanyak 2.505 (17,5%). Mayoritas responden dengan jumlah kunjungan antenatal care lengkap sebanyak 4.997 (35,0%). Mayoritas responden dengan jumlah paritas 1 sebanyak 8.806 (61,6%), responden dengan jumlah paritas 2-4 sebanyak 4.521 (31,7%), dan responden dengan jumlah paritas >4 sebanyak 957 (6,7%).

4.1.3 Gambaran Distribusi Frekuensi Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Kejadian BBLR

Kejadian BBLR	Frekuensi (n)	Persentase (%)
BBLR	1.763	12.3
Normal	12.521	87.7
Total	14.284	100

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di Indonesia sebanyak 1.763 (12.3%) dan kejadian berat badan lahir normal (BBLN) di Indonesia sebanyak 12.521 (87.7%).

4.1.4 Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Tabel 4. 3 Hubungan Usia dengan Kejadian BBLR

Usia Ibu	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal					
	n	%	n	%	n	%		
Berisiko (<20 tahun dan >35 tahun)	486	3.4	3.538	24.8	4.024	28.2	0.970 (0.880- 1.070)	0.547
Tidak berisiko (20 tahun – 35 tahun)	1.277	8.9	8.983	62.9	10.260	71.8		
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.3 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi usia ibu 20 - 35 tahun dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.277 (8.9%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi usia <20 tahun dan >35 tahun dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 486 (3.4%). Hasil uji chi square

didapatkan p-value 0.547 ($>\alpha$ 0,05%), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan kejadian BBLR.

Tabel 4. 4 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian BBLR

Jenis Kelamin	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal					
	n	%	n	%	n	%		
Laki-Laki	853	6.0	6.474	45.3	7.327	51.3	0.890 (0.815 -0.971)	0.009
Perempuan	910	6.4	6.047	42.3	6.957	48.7		
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.4 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi jenis kelamin perempuan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 910 (6.4%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi jenis kelamin laki-laki dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 853 (6.0%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P- value* 0,009 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian BBLR.

Tabel 4. 5 Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian BBLR

Pendidikan	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	1.512	10.6	10.167	71.2	11.679	81.8	1.344 (1.184 - 1.525)	<0,001
Tinggi	251	1.8	2.354	16.5	2.605	18.2		
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.5 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pendidikan rendah dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.512 (10,6%),

persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi pendidikan tinggi dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 251 (1,8%). Hasil uji *chi square* di dapatkan nilai *P value* $<0,001$ ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang memiliki pendidikan rendah berisiko 1.344 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden dengan pendidikan tinggi terkena BBLR (95% CI =1.184-1.525).

Tabel 4. 6 Hubungan Pekerjaan Dengan Kejadian BBLR

Pekerjaan	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak bekerja	851	6.0	5.834	40.8	6.685	46.8	1.061	0.187
Bekerja	912	6.4	6.687	46.8	7.599	53.2	(0.972-	
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100	1.158)	

Berdasarkan tabel 4.6 hasil penelitian bahwa proporsi responden yang bekerja dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 912 (6.4%), presentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi tidak bekerja dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 851 (6.0%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* 0.187 ($>\alpha$ 0,05%), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara orang yang bekerja dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang tidak bekerja akan berisiko 1.061 kali lebih besar memiliki bayi dengan BBLR dibandingkan responden yang bekerja (95% CI =0.972 - 1.158).

Tabel 4. 7 Hubungan Tempat Tinggal dengan Kejadian BBLR

Tempat tinggal	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	P
	BBLR		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Pedesaan	929	6.5	5.981	41.9	6.910	48.4		
Perkotaan	834	5.8	6.540	45.8	7374	51.6	1.189 (1.089- 1.297)	<0.001
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.7, hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi tempat tinggal pedesaan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 929 (6.5%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi tempat tinggal perkotaan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 834 (5.8%). Hasil uji *chi-square* didapatkan nilai *P-value* <0,001 (α 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara tempat tinggal dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang tinggal di wilayah pedesaan beresiko 1.189 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden yang tinggal di wilayah perkotaan (95% CI=1.089-1.297).

Tabel 4. 8 Hubungan Status Ekonomi Dengan Kejadian BBLR

Status Ekonomi	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	P
	BBLR		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Rendah	930	6.5	5.248	36.7	6.178	43.3		
Sedang	312	2.2	2.495	17.5	2.807	19.7	-	<0.001
Tinggi	521	3.6	4.778	33.5	5.299	37.1		
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.8, hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden dengan status ekonomi rendah dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 930 (6.5%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi status ekonomi tinggi di Indonesia sebanyak 521 (3.6%), dan status ekonomi sedang sebanyak 312 (2.2%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* <0.001 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara orang dengan status ekonomi rendah dengan kejadian BBLR.

Tabel 4. 9 Hubungan Perilaku Merokok Suami Dengan Kejadian BBLR

Perilaku Merokok Suami	Kejadian BBLR				Total	PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal				
	n	%	n	%	n	%	
Iya	1.637	11.5	12.418	86.9	14.055	98.4	
Tidak	126	0.9	103	0.7	229	1.6	0.212
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100	(0.187-0.240) <0.001

Berdasarkan tabel 4.9 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.637 (11.5%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi tidak merokok dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 126 (0.9%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* <0.001 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR.

Tabel 4. 10 Hubungan Kunjungan Antenatal Care dengan Kejadian BBLR

Kunjungan <i>Antenatal care</i>	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
Tidak lengkap	1.147	8.0	8.140	57.0	9.287	65.0	1.002	
Lengkap	616	4.3	4.381	30.7	4.997	35.0	(0.914- 1.098)	0.968
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.10 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi tidak lengkap melakukan kunjungan antenatal care dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.147 (8.0%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi yang melakukan kunjungan antenatal care dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 616 (4.3%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* 0,968 ($>\alpha$ 0,05%), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara Jumlah kunjungan antenata dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang tidak lengkap melakukan kunjungan antenatal care berisiko 1.002 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden yang melakukan kunjungan antenatal care pada 7 bulan sampai melahirkan (95% CI=0.914- 1.098)

Tabel 4. 11 Hubungan Paritas dengan Kejadian BBLR

Paritas	Kejadian BBLR				Total		PR (95% CI)	p
	BBLR		Normal		n	%		
	n	%	n	%				
>4	113	0.8	844	5.9	957	6.7		
2-4	596	4.2	3.925	27.5	4.521	31.7		
1	1.054	7.4	7.752	54.3	8.806	61.6	-	0.114
Total	1.763	12.3	12.521	87.7	14.284	100		

Berdasarkan tabel 4.13 hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi golongan ibu paritas 1 dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.054 (7.4%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi golongan ibu paritas 2-4 dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 596 (4.2%), dan proporsi golongan ibu paritas >4 dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 113 (0.8%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* 0.114 ($<\alpha$ 0,05%), artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian BBLR.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Faktor Risiko Kejadian BBLR di Indonesia

4.2.1.1 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Anak perempuan lebih berisiko untuk mengalami BBLR dibandingkan anak laki-laki. Tentu saja, pada masa kehamilan yang sama berat badan bayi dengan jenis kelamin perempuan lebih kecil dibandingkan bayi berjenis kelamin laki-laki sehingga memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami BBLR (Oktaviani, 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi jenis kelamin perempuan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 910 (6.4%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi jenis kelamin laki-laki dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 853 (6.0%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P value* 0,009 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden berjenis kelamin perempuan berisiko 0,890 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden berjenis kelamin laki-laki (95% CI =0.815-0.971).

Lahirnya bayi dengan BBLR juga dipengaruhi oleh karakteristik jenis kelamin. Proporsi BBLR pada umur 0-59 bulan pada perempuan yaitu sebesar 6,7% dan laki-laki sebesar 5,7% (Kemenkes RI, 2019). Jenis kelamin anak menunjukkan bahwa anak yang lahir dengan jenis kelamin perempuan lebih berkontribusi terhadap berat badan lahir rendah sebesar 7,4 persen dibandingkan dengan anak dengan jenis kelamin laki-laki (Citra Hikmayati, 2020). Variabel jenis kelamin dengan nilai *Asymp. Sig* (2-sided) 0,037 $<$ 0.05 dan PR sebesar 1.130

yang artinya anak yang lahir dengan jenis kelamin perempuan berisiko sebesar 1.130 melahirkan bayi perempuan dengan risiko berat badan lahir rendah dibandingkan dengan anak berjenis kelamin laki-laki (Nofiana, 2016). Bayi perempuan mempunyai risiko 1,41 kali lebih besar dari pada bayi berjenis kelamin laki-laki untuk mengalami BBLR, Hal ini dikarenakan secara alami untuk masa kehamilan yang sama, berat badan bayi perempuan lebih kecil dibandingkan bayi laki-laki sehingga memiliki risiko yang lebih besar untuk BBLR. Oleh karena itu, perlu lebih memperhatikan asupan makanan selama kehamilan (M. S. Pramono, 2015). Di beberapa negara seperti Afganistan, Armenia, India, Indonesia, Kamboja, Yordania, dan Tanzania Jenis kelamin anak berhubungan dengan kejadian BBLR (Agustina, 2020).

Mekanisme bagaimana jenis kelamin bayi mempengaruhi berat badan lahir belum diketahui dengan jelas, sekalipun berat badan lahir laki-laki cenderung lebih tinggi. Hal ini diduga ada pengaruh hormon androgen, perbedaan antigen *fetal maternal* atau materi genetik pada kromosom Y yang mempengaruhi pertumbuhan (Srimiyati, 2021).

Pada karakteristik jenis kelamin ditemukan bahwa bayi berjenis kelamin perempuan lebih berisiko terkena BBLR, hal ini dikarenakan bayi berjenis kelamin perempuan cenderung memiliki berat badan lebih rendah dibandingkan laki-laki.

4.2.1.2 Hubungan Pendidikan Dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Pendidikan banyak menentukan sikap dan tindakan dalam menghadapi berbagai masalah termasuk pengaturan makanan bagi ibu hamil untuk mencegah

timbulnya bayi berat badan lahir rendah (BBLR) (Puspitasari, 2015). Pendidikan meningkatkan kemampuan ibu untuk menerima informasi. Misalnya, seorang ibu yang berpendidikan dapat membaca, menafsirkan, dan menerapkan kiat-kiat kesehatan dari surat kabar dan sumber-sumber lain, dan lebih mungkin untuk memahami informasi medis, seperti tingkat pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter. Keterampilan ini memungkinkan para ibu untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang nutrisi dan perawatan kesehatan anak-anak mereka, sehingga menghasilkan kesehatan anak yang lebih baik (Chowdhury et al., 2018).

Secara tidak langsung tingkat pendidikan ibu berhubungan dengan kejadian BBLR, karena jumlah informasi yang diterima dan pengetahuan yang telah dimiliki mempengaruhi sikap ibu terhadap persalinan, seperti dalam memilih pelayanan kesehatan, asupan gizi dan kesadaran akan kesehatan keluarga. Terjadinya berat badan lahir rendah bersifat multifaktorial dan tidak semata-mata karena penyebab tertentu (Wanda, 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pendidikan rendah dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.512 (10,6%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi pendidikan tinggi dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 251 (1,8%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* $<0,001$ ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang memiliki pendidikan rendah berisiko 1.344 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden dengan pendidikan tinggi (95% CI =1.184-1.525).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Humairah (2017) yang menunjukkan

hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan BBLR, dimana ibu pendidikan rendah berisiko 2.702 kali terkena BBLR dibandingkan ibu berpendidikan tinggi. Hasil penelitian (Mayasari et al., 2020) menunjukkan bahwa pendidikan rendah berhubungan dengan kejadian BBLR, ibu dengan pendidikan rendah memiliki risiko 0.744 kali untuk mengalami BBLR dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi, hal tersebut dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka kecenderungan mengalami kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) semakin kecil. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fransiska et al., (2021) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian BBLR.

Status pendidikan sangat mempengaruhi pola pikir masyarakat. Tingginya pendidikan masyarakat menjadi penunjang dalam mempermudah untuk mencerna informasi yang diterima untuk dapat dimengerti termasuk untuk menyebarkan program penurunan angka kematian bayi dengan menekan angka kejadian BBLR (Puspitasari, 2015).

Pendidikan berperan dalam membentuk perilaku sehat ibu hamil yang akan berdampak terhadap kelahiran bayinya, oleh karena itu, perlu diadakannya pelatihan gizi pada bagi ibu usia subur dan ibu hamil yang diharapkan dapat memperbaiki atau meningkatkan outcome kehamilan (Nuryani, 2017).

Tingkat pendidikan ibu sangat memiliki pengaruh yang kuat bayi perilaku reproduksi, kelahiran, kematian anak dan bayi, kesakitan dan sikap serta kesadaran akan kesehatan keluarga. Latar belakang pendidikan ibu mempengaruhi sikapnya dalam memilih pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan dan pola

konsumsi makanan, yang juga berhubungan dengan kenaikan berat badan ibu selama hamil yang pada akhirnya akan mempengaruhi kejadian BBLR. Ibu yang berpendidikan rendah sulit untuk menerima inovasi dan sebagian besar tidak menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan dan mempunyai keterbatasan mendapatkan pelayanan antenatal yang memadai, serta keterbatasan mengkonsumsi makanan yang bergizi selama kehamilan.

4.2.1.3 Hubungan Tempat Tinggal dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Masyarakat pedesaan adalah masyarakat yang homogen. Homogen dalam hal suku budaya, agama, mata pencaharian, adat istiadat dan lain sebagainya. Sebagian besar masyarakat pedesaan bermata pencaharian di sektor agraris dan maritim, baik dalam aspek pertanian, perkebunan, perikanan maupun peternakan. Karena bergantung pada potensi alam, maka pendapatan masyarakat pedesaan juga bergantung pada kondisi alam. Sehingga berdampak pada tingkat ekonomi masyarakat pedesaan. Pendapatan keluarga berkaitan dengan permasalahan gizi seperti berat badan lahir rendah (Nuryani, 2017).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi tempat tinggal pedesaan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 929 (6.5%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi tempat tinggal perkotaan dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 834 (5.8%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* <0,001 (< α 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara tempat tinggal dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut diperoleh responden yang tinggal di wilayah pedesaan beresiko 1.189 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden yang tinggal di wilayah perkotaan (95% CI=1.089-

1.297).

Sejalan dengan penelitian dari Mulyaningrum (2020), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tempat tinggal dengan kejadian BBLR, responden yang tinggal di pedesaan memiliki risiko 1,241 kali mengalami BBLR dibandingkan responden yang tinggal di perkotaan. Penelitian Sohibien (2019) mengatakan bahwa Status tempat tinggal di pedesaan berisiko 1,1 kali mengalami BBLR, ini berarti bahwa rumah tangga pedesaan memiliki kecenderungan 1,1 kali lebih mungkin untuk melahirkan bayi dengan kondisi berat badan lahir rendah dibandingkan rumah tangga di wilayah perkotaan. Hal ini dapat terjadi karena ibu yang tinggal di wilayah perkotaan dapat dengan melaukan pemeriksaan rutin, dan lebih mudah mencegah kelahiran pada bayi berat badan lahir rendah.

Nahar et al., (1998) menunjukkan bahwa berat lahir bayi dipengaruhi secara signifikan dalam berbagai jenis lokalitas tempat tinggal, tetapi berat badan juga berbeda dengan tingkat kelahiran yang berbeda, di daerah kumuh perkotaan hingga 36,8 persen bayi berada di bawah kisaran berat badan normal, di daerah pedesaan sebesar 20,9 persen dan terendah ada pada kelompok perkotaan dengan tingkat ekonomi sedang dan tinggi sebesar 14,9 persen.

Tempat tinggal merupakan faktor risiko kematian BBLR dan berdikaitan dengan tingkat kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan (rumah sakit) seperti kondisi geografis, jarak dan waktu tempuh ke rumah sakit. Sebuah penelitian menemukan, pilihan lokasi persalinan juga berdampak pada daerah yang akses pelayanan kesehatan yang sulit, seperti daerah pegunungan, kondisi

geografis seperti jarak dan waktu tempuh juga mempengaruhi terhadap pemilihan tempat bersalin (Neni Wulansari, 2011).

BBLR yang dirujuk dengan kondisi geografis yang lebih sulit, jarak yang lebih jauh dan waktu tempuh yang lebih lama dapat meningkatkan paparan selama rujukan sehingga meningkatkan risiko kematian. Data yang terkait juga ditunjukkan dalam SDKI tahun 2012, dimana terdapat perbedaan yang sangat besar antara kematian neonatus di daerah pedesaan dan perkotaan, dimana sekitar dua pertiga kematian neonatal terjadi di daerah pedesaan (Kemenkes RI, 2013).

Penyebab kejadian BBLR tinggi di daerah pedesaan dikarenakan adanya kesenjangan fasilitas kesehatan dan sulitnya mengakses pelayanan kesehatan. Kesenjangan aksesibilitas di pedesaan dan perkotaan juga turut berperan dalam kejadian BBLR. Aksesibilitas yang buruk dapat diidentifikasi bahwa ibu hamil akan sulit mengakses fasilitas kesehatan yang memadai. Selain itu, masyarakat memiliki mata pencaharian bergantung pada hasil alam, sehingga berpengaruh pada status ekonomi masyarakat pedesaan. Status ekonomi memiliki hubungan dengan kejadian BBLR.

4.2.1.4 Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Status ekonomi yang rendah sangat berpengaruh terhadap Berat Bayi Lahir Rendah. Hal ini disebabkan ketidak mampunya memenuhi kebutuhan gizi yang baik bagi kehamilannya (Supriyatun, 2020). Kemiskinan adalah suatu kondisi yang digambarkan sebagai kurangnya pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang paling dasar seperti pangan, pakaian, tempat berteduh dan lain-lain (Indrasari, 2012). Salah satu akibat dari minimnya lapangan pekerjaan

adalah rendahnya pendapatan masyarakat. Minimnya lapangan pekerjaan yang tersedia tidak terlepas dari struktur perekonomian Indonesia yang masih sangat bergantung pada sektor pertanian termasuk masyarakat pedesaan dan sebagian besar hidup dari hasil pertanian (agraris) dan pekerjaan-pekerjaan non pertanian hanya bersifat paruh waktu sebagai pengisi waktu luang (Ahmadi, 2008).

Ibu hamil dengan status ekonomi yang baik memungkinkan untuk berada di lingkungan yang lebih baik, seperti jauh dari paparan asap rokok dan pekerjaan yang berat. Kondisi sosial ekonomi yang baik juga dapat menjamin kecukupan zat gizi selama kehamilan untuk mendapatkan hasil akhir janin yang optimal (Mulyaningrum, 2020).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi responden dengan tingkat ekonomi rendah dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 930 (6.5%), persentase ini lebih tinggi dibandingkan proporsi status ekonomi tinggi di Indonesia sebanyak 521 (3.6%), dan status ekonomi sedang sebanyak 312 (2.2%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P-value* <0.001 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara orang dengan status ekonomi rendah dengan kejadian BBLR.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sunarseh (2018) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status ekonomi dengan kejadian BBLR dengan nilai *p-value* sebesar 0,044. Penelitian lain juga sejalan dengan hasil penelitian ini Yuwono (2017) yang menemukan bahwa tingkat status ekonomi berpengaruh terhadap berat badan lahir rendah. Ekonomi menjadi faktor penting dalam proses kehamilan yang sehat. Keluarga yang kompeten secara ekonomi dapat melakukan

pemeriksaan tes kehamilan secara teratur, merencanakan persalinan dengan tenaga medis, melakukan persalinan dengan baik, dan juga memiliki transportasi atau sarana angkutan yang memadai.

Tingkat ekonomi akan mempengaruhi kesehatan, pada umumnya keluarga dengan tingkat penghasilan yang rendah tidak mampu mengumpulkan dana untuk pemeriksaan kehamilan, masalah yang muncul pada keluarga berpenghasilan rendah biasanya ibu hamil tidak dapat memenuhi asupan nutrisi untuk bayinya. Hal ini disebabkan karena tidak ada keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan energi dan protein yang dibutuhkan seorang ibu selama kehamilan. Ketika seorang ibu berasal dari keluarga miskin, maka wanita tersebut akan terjerat hidup dengan gizi buruk dan akhirnya menderita anemia dan cenderung melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Akibatnya, bayi yang lahir akan mengalami hambatan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan. Kemiskinan berdampak besar pada tingkat layanan kesehatan bagi perempuan dan komunikasi informasi dan edukasi (KIE).

4.2.1.5 Hubungan Riwayat Merokok Suami dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Di Indonesia, perokok aktif bebas menghisap rokok di mana saja. Kawasan bebas rokok di negeri ini masih amat minim, itu pun sangat mungkin dilanggar karena sanksinya dikatakan tidak ada. Padahal, kalau seseorang merokok, itu artinya dia hanya menghisap asap rokoknya sekitar 15 persen saja, sementara yang 85 persen lainnya dilepaskannya untuk diisap para perokok pasif (Husanah, 2019).

Kandungan kimia tembakau yang sudah teridentifikasi jumlahnya mencapai 2.500 komponen, sedangkan dalam asap terdapat 4.800 macam komponen. Dari komponen kimia ini telah diidentifikasi yang membahayakan kesehatan adalah tar, nikotin, gas CO, dan NO yang dihasilkan oleh tanaman tembakau (Aji et al., 2015).

Asap rokok yang dihirup oleh orang sekitar (ibu hamil) akan dapat mempengaruhi pertumbuhan janin (Husanah, 2019). Apabila seorang suami yang merokok setiap hari, keluarga juga merokok setiap hari, dan Ibu hamil yang setiap hari berdekatan dengan perokok maka akan meningkatkan risiko untuk mengalami gangguan kesehatan, terutama penyakit terkait dengan kehamilan dan persalinan. Kandungan zat berbahaya dalam paparan asap rokok setiap hari secara signifikan dapat mempengaruhi panjang dan lingkar kepala bayi, dan menyebabkan bayi yang dilahirkan akan memiliki berat lebih rendah dibandingkan berat badan lahir bayi pada umumnya (Wula, 2017).

Salah satu faktor penting dalam kejadian BBLR adalah paparan ibu hamil terhadap rokok yang berasal dari pasangan atau lingkungan pada ibu hamil (perokok pasif) yang memberikan efek yang kurang baik bagi ibu maupun janinnya (Nadia Ulfa E. et al., 2018). Asap rokok juga meningkatkan risiko keguguran, komplikasi kehamilan dan penurunan fungsi paru pada bayi. Hal ini disebabkan karena rokok mengandung zat berbahaya seperti tar, nikotin, gas CO, dan NO yang dihasilkan oleh tanaman tembakau.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 1.637 (11.5%), persentase ini lebih

tinggi dibandingkan proporsi tidak merokok dengan kejadian BBLR di Indonesia sebanyak 126 (0.9%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *P value* <0.001 ($<\alpha$ 0,05%), artinya ada hubungan yang signifikan antara perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR. Berdasarkan uji statistik tersebut di peroleh responden dengan perilaku merokok suami berisiko 0.212 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden dengan suami tidak perokok (95% CI= 0.187-0.240).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Grandinata Soeseno et al., (2019) yang menyatakan bahwa ada hubungan perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR di RSUD Wangaya kota Denpasar, responden yang memiliki suami perokok berisiko 2,78 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden yang tidak memiliki suami perokok. Penelitian dari Puspitasari (2014) menyatakan adanya hubungan antara keterpaparan asap rokok dengan kejadian BBLR. Ibu yang terpapar asap rokok selama kehamilan berisiko 2,9 kali lebih besar untuk mengalami BBLR. Penelitian dari Pratama (2018) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan perilaku merokok dengan kejadian BBLR.

Merokok diketahui mengganggu kesehatan baik secara teori maupun fakta. Ganggua kesehatan tersebut dapat disebabkan oleh zat yang berasal dari rokok. Dengan demikian, akibat dari asap rokok yang dihasilkan oleh perokok tidak hanya dirasakan oleh perokok itu sendiri (perokok aktif), tetapi dampaknya juga dirasakan orang yang berada di sekitar perokok pasif atau di lingkungan perokok. Kandungan asap rokok dapat menyebabkan kondisi kekurangan suplai oksigen pada sel dan jaringan janin (hipoksia) dan juga dapat menurunkan aliran darah umbilikal, yang pada akhirnya menyebabkan gangguan pertumbuhan dan

perkembangan janin yang buruk, sehingga mengakibatkan bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) (environmental tobacco smoke) (Hanum, 2016).

Rokok merupakan bahan kimia beracun, namun ibu hamil yang memiliki suami perokok kurang menyadari bahwa kandungan rokok dapat menyebabkan kanker. Ibu hamil yang dekat dengan suami atau anggota keluarganya yang merokok setiap hari akan rentan mengalami masalah kesehatan, terutama penyakit yang berhubungan dengan kehamilan seperti berat badan lahir rendah.

4.3 Faktor Risiko Kejadian BBLR di Indonesia : Pendekatan Integrasi

Pada hasil penelitian ini, terdapat 5 risiko yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Indonesia. 5 faktor risiko tersebut yaitu jenis kelamin, pendidikan, tempat tinggal, status ekonomi, perilaku merokok suami.

Humairah (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan pendidikan dengan BBLR, dimana ibu berpendidikan rendah berisiko 2.702 kali terkena BBLR dibandingkan ibu berpendidikan tinggi.

Mayasari et al., (2020) menyatakan bahwa pendidikan rendah berhubungan dengan kejadian BBLR, ibu dengan pendidikan rendah berisiko 0.744 kali terkena BBLR dibandingkan ibu dengan pendidikan tinggi, hal tersebut dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka kecenderungan mengalami kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) semakin kecil.

Sohibien, (2019) menyatakan bahwa Status tempat tinggal di pedesaan berisiko 1,1 kali mengalami BBLR, yang artinya rumah tangga di wilayah pedesaan 1,1 kali lebih cenderung melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan rumah tangga yang tinggal di wilayah perkotaan. Hal ini dapat terjadi karena ibu yang tinggal di perkotaan memiliki akses yang lebih mudah ke fasilitas kesehatan untuk memeriksakan dan memantau kehamilannya secara rutin, sehingga memudahkan pencegahan kelahiran bayi dengan BBLR.

Grandinata Soeseno et al., (2019) yang menyatakan bahwa ada hubungan perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR di RSUD Wangaya kota Denpasar, responden yang memiliki suami perokok berisiko 2,78 kali lebih besar terkena BBLR dibandingkan responden yang tidak memiliki suami perokok.

Berat badan lahir rendah (low birth weight) menurut World Health Organization (WHO) adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram (World Health Organization, 2014). Awalnya, istilah berat badan lahir rendah disamakan dengan bayi prematur. Namun, WHO mengubah istilah tersebut karena tidak semua bayi dengan berat kurang dari 2500 gram (5,5 lb) adalah bayi prematur (Cunningham et al., 2010). Definisi BBLR di Indonesia hampir sama dengan yang definisi WHO yaitu berat badan bayi kurang dari 2500 gram dan tidak memperhitungkan aspek usia kehamilan dan penimbangan berat badan bayi dalam 24 jam pertama saat lahir (Kemenkes RI, 2010).

Di dalam rahim setiap janin terlindung dari semua pengaruh kondisi luar kecuali yang dapat sampai melalui ibu yang mengandungnya. Rasa aman dan perlindungan itu tidak akan pernah ditemui anak setelah ia lahir. Pendidikan islam pada masa pranatal, masa ini berlangsung saat terjadinya pertemuan sel telur seorang ibu dengan spermatozoid seorang ayah hingga bayi lahir secara sempurna. Masa pranatal sangat penting artinya karena masa ini merupakan awal dari kehidupan. Kemudian setelah terjadi masa kehamilan, maka proses pendidikan sudah dimulai, walau bersifat tidak langsung. Tahap ini sudah selangkah lebih maju dibandingkan yang pertama. Umumnya, masa kehamilan ini berlangsung sekitar 9 bulan 10 hari, ada juga yang kurang atau lebih dari itu. Periode ini relatif singkat dibandingkan periode lainnya, tetapi periode ini memiliki implikasi yang sangat penting bagi proses pembentukan kepribadian manusia.

Dalam sabda Nabi, ada beberapa tahap kehamilan. Pertama ; tahap

Nuthfah. Pada masa ini calon anak masih berbentuk cairan sperma dan sel telur. Ini berlangsung selama 40 hari. Kedua ; ialah tahap ‘*alaqah*. Setelah berumur 80 hari, *Nuthfah* berkembang bagaikan segumpal darah kental dan bergantung pada dinding rahim ibu. Ketiga ; yaitu tahap *Mudghah*. Sesudah kira-kira berusia 120 hari, segumpal darah tadi berkembang menjadi segumpal daging. Pada saat itulah janin sudah siap untuk menerima hembusan ruh dari Malaikat utusan Allah.

Sebagaimana dijelaskan di dalam Al-qur’an surah al-Mu’minun (23): 12 - 14, proses tumbuh kembang bayi dijelaskan dengan sangat detail dan rinci, baik dari proses pembuahan (fertilisasi) hingga kelahiran bayi, sebagai berikut:

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِنْ طِينٍ (١٢) ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (١٣) ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظَامًا فَكَسَوْنَا الْعِظَامَ لَحْمًا ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ ۗ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ (١٤) ثُمَّ إِنَّكُمْ بَعْدَ ذَلِكَ لَمَيِّتُونَ (١٥) ثُمَّ إِنَّكُمْ يَوْمَ الْقِيَامَةِ تُبْعَثُونَ

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

[Al-Mu’minun (23):12-14] (Kemenag RI, 2020).

Proses pendidikan tidak secara langsung dan rinci diuraikan didalam Al-Qur’an dan Hadits Nabi, namun Islam memandangnya melalui sudut pandang pendidikan, sudut pandang ini terdiri dari tiga faktor. Pertama, seseorang harus

meyakini bahwa periode dalam kandungan berawal dari adanya kehidupan *al-hayat*. Keyakinan ini didasarkan terhadap suatu kenyataan, yakni adanya perkembangan. Perkembangan yang pertama berawal dari *Nuthfah* hingga *Mudghah*, kemudian mengalami perkembangan menjadi seorang bayi, artinya *nuthfah* itu sendiri sudah mengandung unsur kehidupan. Tanpa unsur kehidupan tidak mungkin ada perkembangan. Namun perlu dipahami, bahwa kehidupan pada masa itu masih bersifat biologis. Kedua, seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, setelah dibentuk menjadi segumpal daging (*mudghah*), Allah mengutus Malaikat untuk meniupkan ruh ke dalamnya. ruh inilah yang menjadi awal dan sekaligus awal bergeraknya motor kehidupan psikis pada manusia. Artinya pada saat itu, kehidupan janin bersifat biologis, sejak itu sudah mencakup aspek kehidupan psikis.

Pada bulan keempat, jantung janin mulai berfungsi, dan getarannya dapat dipantau dengan *shetoscope*. Sejak itu, janin sudah mulai bisa bergerak, dan semakin lama terus tumbuh dan semakin menguat gerakannya. Selain itu, dengan adanya ruh atau jiwa itulah si janin mulai dapat merasakan, berpikir, mengingat, membayangkan, berangan, dan sebagainya. Semuanya itu tentu menunjukkan adanya kehidupan jiwanya.

Di sisi lain, perkembangan dan keberadaan kehidupan dalam janin juga dapat dibuktikan dengan menghubungkan antara kegembiraan dan penderitaan batin ibu dengan bayi yang dikandung. Kebahagiaan, kelincahan dan ketenangan yang senantiasa diperlihatkan oleh seorang ibu yang sedang mengandung sering tercermini pada bayinya setelah melahirkan. Demikian pula sebaliknya,

kesedihan, kemurungan, kedengkian, kesombongan, dan sebagainya tidak urung akan diwarisi oleh bayi yang dilahirkan kelak. Tidak hanya itu, aspek agama merupakan aspek paling penting bagi janin pada saat di dalam kandungan. Naluri keagamaan pada setiap individu selama ini telah menancap bahkan sebelum kelahirannya di dunia nyata. Hal ini sesuai dengan apa yang diisyaratkan oleh Al-Qur'an. Secara fitrah, manusia adalah makhluk beragama, karena secara naluriah, manusia pada hakikatnya selalu mengakui adanya Tuhan Yang Maha Esa. Dengan demikian, artinya manusia memiliki potensi kesiapan untuk mengenal dan mengakui keberadaan Tuhan.

Pendidikan islam masa pranatal, masa ini berlangsung sejak pertemuan sel telur seorang ibu dengan *spermatozoid* seorang ayah sampai seorang bayi lahir secara sempurna. Masa pranatal ini sangat penting artinya karena ia merupakan awal dari kehidupan. Pada masa itu hubungan janin sangat erat dengan ibunya. Untuk itu sang ibu berkewajiban, antara lain:

1. Dengan memakan makanan yang bergizi.
2. Menghindari benturan-benturan.
3. Menjaga emosinya dari perasaan sedih yang berlarut-larut atau marah yang meluap-luap.
4. Menjauhi minuman keras, merokok dan berbagai jenis makanan yang diharamkan Allah SWT.
5. Menjaga rahim agar jangan sampai terkena penyakit atau infeksi.
6. Menjaga agar ibu jangan sampai merokok atau minum alkohol

Dalam kondisi demikian, upaya mengasuh dan menjadikan janin sebagai anak yang sehat jasmani dan rohani setelah dilahirkan, sebagai hal dasar yang

sangat berpengaruh terhadap proses pendidikan selanjutnya. Dengan demikian, proses pendidikan sudah dimulai sejak dalam kandungan (*prenatal education*) yaitu fase perkembangan anak sebelum lahir dan masih berada dalam kandungan ibu. Periode ini dimulai pada saat pembuahan (pertemuan sperma dan sel telur). Proses ini terjadi pada saat seorang anak lahir, yang memakan waktu lebih kurang 9 bulan.

4.3.1 Pandangan Ulama Terkait Gizi pada Ibu Hamil

Kebutuhan gizi ibu selama hamil memang berbeda dari biasanya. Kebutuhan gizi selama kehamilan meningkat seiring dengan terjadinya perubahan fisik. Perubahan fisiologis selama kehamilan meliputi peningkatan volume plasma, peningkatan persediaan cadangan makanan, peningkatan aliran darah uterine, dan bertambahnya berat janin, cairan ketuban dan plasenta. Hal ini mengakibatkan terjadinya penambahan berat badan. Rata-rata penambahan berat badan ibu selama kehamilan adalah 12,5 kg.

Kajian nutrisi mengatakan bahwa kebutuhan kalori meningkat 258 gram dari kondisi normal. Energi ini digunakan untuk mengubah energi makanan menjadi energi dalam metabolisme. Rata-rata kebutuhan protein meningkat 8,5 gram per hari pada saat puncak kebutuhan. Hal ini dimaksudkan untuk menutupi sekitar 925 gram protein yang disimpan dalam janin, plasenta dan jaringan maternal. Selama 5 bulan pertama kehamilan, dianjurkan untuk mengkonsumsi protein sebanyak 85 - 100 gr/hari.

Konsumsi protein selama 19 minggu pertama kehamilan dapat membantu

pertumbuhan sel-sel otak bayi. Namun, kelebihan protein juga berdampak negatif pada kehamilan dan bayi yang akan dilahirkan.

Sebagaimana dijelaskan dalam Surah Al-Maidah : 87-88

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَحْرِمُوا طَيِّبَاتِ مَا أَحَلَّ اللَّهُ لَكُمْ وَلَا تَعْتَدُوا إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُعْتَدِينَ ٧٨

وَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي أَنْتُمْ بِهِ مُؤْمِنُونَ ٨٨

Artinya : *"Hai orang-orang yang beriman, janganlah kamu haramkan apa-apa yang baik yang telah Allah halalkan bagimu, dan janganlah kamu melampaui batas. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang melampaui batas."*

Melalui firman Allah ini, manusia diingatkan untuk tetap proposional dalam mengkonsumsi makanan, sesuai kebutuhan yang diisyaratkan. Tak jarang, ibu hamil yang melahap melebihi kebutuhan nutrisi, karena beranggapan makan yang banyak berdampak pada janin. Padahal ilmu gizi telah memberi takaran, agar kita tidak melampaui batas dalam mengkonsumsi apapun sehingga tidak akan mengalami obesitas.

Secara teori, kebutuhan protein dapat dipenuhi dengan mengkonsumsi susu, daging, ikan dan unggas serta tempe dan tahu. Namun, berbagai penelitian mengungkapkan mengkonsumsi ikan terutama ikan laut, selama kehamilan sangat dianjurkan. Ini karena ikan laut mengandung asam lemak omega 3 yang berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak serta proses penglihatan (retina mata) pada janin. Selain itu, ikan juga mengandung asam amino esensial yang sangat baik untuk pertumbuhan janin, selain kandungan vitamin dan mineralnya yang tinggi.

Anjuran berdasarkan hasil temuan penelitian diatas ternyata telah tersurat di dalam Al-Qur'an surah Al-Nahl: 14

وَهُوَ الَّذِي سَخَّرَ الْبَحْرَ لِتَأْكُلُوا مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا وَتَسْتَخْرِجُوا مِنْهُ حَبْلًا مَلْبَسًا وَتَرَى الْفُلْكَ مَوَاجِرَ فِيهِ
وَلِتَبْتَغُوا مِنْ فَضْلِهِ وَلَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ١٤

Artinya : *"Dan Dialah yang menundukkan lautan (untukmu) agar kamu dapat memakan dari padanya daging yang segar (ikan), dan kamu mengeluarkan dari lautan itu perhiasan yang dapat kamu pakai; dan kamu melihat bahtera berlayar di atasnya, dan supaya kamu mencari dari karunia-Nya, dan agar kamu bersyukur.*

Sayuran merupakan makanan yang dianjurkan oleh Rasulullah, beliau bersabda: “Berilah kurma kepada wanita yang telah hampir melahirkan”. Kurma disini tentunya hanya sebagai contoh. Ini terbukti dari fakta bahwa beliau, sambil menunjuk kepada sejenis sayuran, bersabda “Berilah makan wanita-wanita hamil (sayuran ini), karena dengan demikian, anaknya akan menjadi sehat. Dan karena itu tidak sedikit pemuka agama terdahulu yang enggan makan kecuali apabila tersedia sayur-sayuran dihadapannya. Mereka sering menegaskan bahwa makanan yang bergizi mampu menolak banyak penyakit, dan karenanya, ia lebih baik daripada obat. Sebab, betapapun, tidak suatu obat pun yang tidak mengandung pennyakit (efek sampingan).

4.3.2 Kewajiban menuntut ilmu dalam islam

Status pendidikan yang tinggi menjadi suatu faktor yang mempengaruhi kesehatan janin terkait informasi yang diterima ibu. Islam sangat memperhatikan pendidikan terkait kewajiban belajar mengajar (Zaim, 2019), sebagaimana yang

diterangkan didalam Qur'an Surah Al-alaq:

إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ ۱ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ۝ ۲ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ ۳ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ ۴ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ۝ ۵

Artinya : *Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu yang menciptakan, Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmu lah yang Maha Pemurah. Yang mengajar (manusia) dengan perantaraan kalam. Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya*” [QS. Al-‘Alaq (96):1-5].

Ruang lingkup pendidikan tafsir al-Misbah, selain materi pendidikan Islam , juga tentang beajar membaca, menulis dengan qalam (pena) dan mengetahui segala sesuatu yang sebelumnya belum diketahui. Hal ini dikuatkan dengan hadits nabi, yaitu “Dari Anas bin Malik beliau berkata: Rasulullah Saw bersabda:

طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ

“Menuntut ilmu adalah kewajiban bagi setiap individu muslim” (H.R Ibnu Majah).

4.3.3 Pandangan Islam Terhadap Rokok

Pada tahun 2012, pemerintah Indonesia menerapkan peraturan baru mengenai peringatan pada bungkus rokok. Dalam Peraturan Pemerintah No. 109 Tahun 2012, perusahaan rokok diwajibkan memasang gambar organ tubuh yang rusak akibat merokok, seperti kanker mulut, paru-paru yang menghitam dan lain-lain di kemasannya. Dalam perjalanannya peringatan dalam bungkus rokok telah beberapa kali mengalami pergantian. Hingga peraturan yang terakhir keluar dan digunakan yaitu permenkes No. 56 Tahun 2017 yang memuat perubahan peringatan pada label yang berisi: “Merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi, gangguan kehamilan dan janin” menjadi “Rokok

membunuhmu” (Ummah, 2017).

Islam tidak melarang siapapun melakukan tindakan yang berkaitan dengan kebiasaan seseorang selama hal tersebut tidak merugikan pihak lain. Islam hanya mengajarkan umatnya untuk tidak melakukan kegiatan yang merugikan diri sendiri, karena merupakan kebiasaan yang dapat merusak kesehatan.

Fatwa mengharamkan merokok mengundang pro kontra, lain halnya dengan fatwa yang mengharamkan korupsi dan pelaku korupsi harus dihukum Mati tentu semua sepakat. Masalahnya adalah merokok sudah menjadi kebiasaan dan muncul 400 tahun yang lalu. MUI melalui Ijtima Ulama yang diselenggarakan di Padang mengeluarkan Fatwa bahwa merokok adalah Haram. Fatwa tersebut walaupun bersifat moral namun ada beberapa kalangan yang menolak Fatwa tersebut termasuk Ulama-ulama NU yang tetap menghukum Makruh terhadap rokok. Fatwa haram yang dikeluarkan MUI bukan tanpa alasan yang jelas. Bahwa merokok dapat menjadi Mudharat bagi manusia. Beberapa penelitian ilmiah telah menyebutkan tentang efek kesehatan yang diderita perokok terutama Kanker dan serangan jantung (Ummah, 2017).

Adapun latar belakang yang di keluarkan oleh fatwa MUI tentang larangan merokok dengan pertimbangan bahwa rokok adalah benda beracun yang memiliki efek relaksasi dengan sugesti merasa lebih maskulin. Namun di balik itu, terkandung bahaya yang sangat besar bagi orang yang merokok dan orang-orang yang di sekitar perokok. Jadi dapat disimpulkan bahwa merokok adalah aktivitas yang dilakukan manusia dengan mengorbankan uang, kesehatan, kehidupan

sosial, pahala, persepsi positif, dan lain sebagainya. Itulah sebabnya mengapa fatwa haram ditempat-tempat umum (Siddio, 2009).

Islam sendiri merupakan agama keselamatan yang mengajarkan ummat nya untuk berbuat suatu kondisi yang baik dan tidak mendatangkan kemudharatan baik bagi diri sendiri maupun orang lain, sebagaimana dalam hadist Nabi Muhammad Saw :

لَا ضَرَّارَ وَلَا ضَرَّارَ...

Artinya : *“Tidak boleh (menimbulkan) bahaya dan juga tidak boleh membahayakan (orang lain) ”*. (HR. Ibnu Majah, kitab Al-Ahkam, no. 2340).

Dalam hadist tersebut dengan zohir dilarang untuk memberikan pengaruh negatif atau menimbulkan kemudharatan bagi orang lain. Merokok dapat berdampak negatif bagi kesehatan anda, begitu juga dengan orang lain yang menghirup asap rokok tersebut. Sebagian besar asap rokok dibuang ke udara, itulah sebabnya perokok pasif menghirup asap rokok. Meskipun perokok pasif tidak secara langsung merokok, namun turut terkena dampaknya juga (Siddio, 2009).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Adapun kesimpulan dari hasil penelitian determinan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di Indonesia (Analisis data SDKI 2017) sebagai berikut :

1. Tidak terdapat hubungan usia WUS dengan kejadian BBLR (P-value=0.547;PR: 0.970; CI=0.880-1.070) di Indonesia
2. Terdapat hubungan jenis kelamin dengan kejadian BBLR (p-value=0.09;PR:0.890;CI=0.815 -0.971) di Indonesia
3. Terdapat hubungan pendidikan dengan kejadian BBLR (p-value=<0.001;PR: 1.344;CI=1.184 - 1.525) di Indonesia
4. Tidak terdapat hubungan pekerjaan dengan kejadian BBLR (p-value=0.187;PR;1.061; CI=0.970-1.158) di Indonesia
5. Terdapat hubungan tempat tinggal dengan kejadian BBLR (p-value=<0.001;PR 1.189;CI= 1.089-1297) di Indonesia
6. Terdapat hubungan status ekonomi dengan kejadian BBLR (p-value=<0.001;PR- ;CI -) di Indonesia
7. Terdapat hubungan perilaku merokok suami dengan kejadian BBLR (p-value=<0.001; PR: 0.212; CI= 0.187-0.240) di Indonesia
8. Tidak terdapat hubungan kunjungan antenatal care dengan kejadian BBLR (p-value= 0,968; PR: 1.002; CI; 0.914-1.098) di Indonesia

9. Tidak terdapat hubungan paritas dengan kejadian BBLR (p-value=0.114; PR:-; CI:-)

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian peneliti memberikan saran sebagai berikut yaitu diantaranya:

1. Bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
 - Disarankan untuk terus memonitoring penurunan risiko komplikasi pada ibu hamil sejak dini sehingga dapat menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ibu dan bayi terutama kejadian BBLR.
 - Disarankan meningkatkan pengetahuan dan wawasan tentang determinan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) pada masyarakat di Indonesia dan sebagai bahan evaluasi program kesehatan ibu dan anak (KIA) dan program gizi terkait permasalahan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR).
2. Bagi Ibu
 - Perlunya penyuluhan / sosialisasi tentang bayi BBLR agar ibu dapat mengantisipasi kehamilan sejak dini dengan persiapan yang matang sehingga dapat mengurangi bayi yang lahir dengan risiko tinggi BBLR.
 - Ibu hamil diharapkan memiliki pendidikan untuk meningkatkan kapasitas ibu dalam memperoleh informasi, membaca, menafsirkan, dan menerapkan kiat-kiat kesehatan dari sumber-sumber lain, dan lebih mungkin untuk memahami informasi medis seperti tingkat pengobatan yang disarankan oleh dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Agnes, N. (2016). Faktor risiko usia, pekerjaan dan paparan asap rokok pada ibu dengan kejadian berat bayi lahir rendah di kecamatan banyudono kabupaten boyolali. *Faktor Risiko Usia, Pekerjaan Dan Paparan Asap Rokok Pada Ibu Dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah Di Kecamatan Banyudono Kabupaten Boyolali*, 1–15.
- Agustina, F. R., & Utari, D. M. (2020). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Asia dan Afrika. *Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 2(2), 56.
- Ahmadi, A. (2008). *Psikologi Sosial*. Rineka Cipta.
- Aji, A., Maulinda, L., & Amin, S. (2015). Jurnal Teknologi Kimia Unimal Jurnal Teknologi Kimia Unimal ISOLASI NIKOTIN DARI PUNTUNG ROKOK SEBAGAI INSEKTISIDA. *Jurnal Teknologi Kimia Unimal*, 4(Mei), 100–120.
- Anwar, M. C. (2005). *Hubungan Kualitas Pemeriksaan Antenatal dengan Kematian Perinatal*.
- Baron, R., Heesterbeek, Q., Manniën, J., Hutton, E. K., Brug, J., & Westerman, M. J. (2017). Exploring health education with midwives, as perceived by pregnant women in primary care: A qualitative study in the Netherlands. *Midwifery*, 46, 37–44.
- BPS. (2018). *Statistik Indonesia*.
- Brhane, M., Hagos, B., Abrha, M. W., & Weldearegay, H. G. (2019). Does short inter-pregnancy interval predicts the risk of preterm birth in Northern

- Ethiopia? *BMC Research Notes*, 12(1), 405.
- Chhea, C., Ir, P., & Sopheab, H. (2018). Low birth weight of institutional births in Cambodia: Analysis of the Demographic and Health Surveys 2010-2014. *PLOS ONE*, 13.
- Chowdhury, T. R., Chakrabarty, S., Rakib, M., Saltmarsh, S., & Davis, K. A. (2018). Socio-economic risk factors for early childhood underweight in Bangladesh. *Globalization and Health*, 14(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0372-7>
- Citra Hikmayati, Yusuf Hartono, R. J. S., & Program. (2020). DETERMINAN KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017. *Healthy Tadulako Journal*, 6, 1–95.
- Depdiknas RI. (2003). *Definisi Pendidikan Menurut UU No. 20 Tahun 2003*.
- Eshete, A., Alemu, A., & Zerfu, T. A. (2019). Magnitude and Risk of Dying among Low Birth Weight Neonates in Rural Ethiopia: A Community-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Pediatrics*, 2019, 9034952.
- Fajriana, A., & Buanasita, A. (2018). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Kecamatan Semampir Surabaya. *Media Gizi Indonesia*, 13(1), 71.
- Farida, I. (2018). Berat Lahir Bayi Beserta Determinannya sebagai Faktor Risiko Kematian Bayi di Indonesia: Analisis Lanjut SDKI 2012. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 34(5), 7–12.
- Fransiska, D., Yuyun Sarinengsih, Ts, N., & Sri Suhartini. (2021). Faktor-Faktor

- yang Berhubungan dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Soreang Kabupaten Bandung. *Jurnal Ilmu Kesehatan Immanuel*, 14(2), 105.
- Gooi., N. (2018). Socio-Demographic Determinants Of Low BirthWeight In Northeastern City, India. *International Journal of Integrative Medical Sciences*.
- Grandinata Soeseno, W., Bikin Suryawan, I. W., & Widiassa, A. A. M. (2019). Hubungan suami perokok terhadap bayi berat lahir rendah pada neonatus di ruang Perinatologi RSUD Wangaya kota Denpasar. *Intisari Sains Medis*, 10(1), 139–143.
- Gunawan, S. (2010). Gunawan S. Mau Anak Laki-Laki Atau Perempuan Bisa Diatur. Agromedia; 2010. In *agromedia* (Vol. 1, Issue 1).
- Hakiki, Y. (2018). Hubungan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah dengan Status Gizi Ibu Hamil Aterm di Puskesmas Pasundan Kabupaten Garut Periode 2017 – 2018. 189–193.
- Handayani, F. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan BBLR di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo.
- Hanum, H., & Wibowo, A. (2016). The Effect of Environmental Tobacco Smoke Exposure in Pregnant Woman on The Incidence of Low Birth Weight. *Jurnal Kedokteran Unila*, 5(5), 2.
- Herlina. (2017). Gambaran Karakteristik Ibu Dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Mandor.
- Humairah, rian fadilal. (2017). Hubungan Paritas Dan Pendidikan Ibu Dengan

Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (Bblr) Dirumah Sakit Umum Daerah Kota Kendari Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016.

Husanah, E., & Machdalena, M. (2019). Perilaku Suami Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Di Arifin Achmad Pekanbaru. *Prosiding Hang Tuah Pekanbaru*, 71–76.

Husein, S. (2014). Pengaruh Antenatal Care terhadap Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(2), 160–167.

Indrasari, N. (2012). Faktor Resiko Pada Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 114–123.

Islam, M. M. (2015). The Effects of Low Birth Weight on School Performance and Behavioral Outcomes of Elementary School Children in Oman. *Oman Medical Journal*, 30(4), 241–251.

Isroaini A, S. N. (2012). *Hubungan Suami Perokok dengan Terjadinya Bayi Berat Badan Lahir Rendah di RSUD Sidoarjo. Hospital Majapahit*. 4, 81–101.

Izzah, K. A., Muarofah, & Puspitasari, M. T. (2018). Hubungan Riwayat BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) dengan Perkembangan Motorik Halus dan Kasar Bayi Usia 6-12 Bulan (Studi di Wilayah UPT Puskesmas Kecamatan Babat). *Jurnal STIK Insan Cedekia Medika*.

Kembaren, M. B. S. (2019). *Analisis Kandungan Nikotin Pada Tembakau (Nicotiana Tabacum) Yang Digunakan Sebagai Tembakau Kunyah Dan Pengaruh Konsumsinya Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Kecamatan Lau Baleng Kabupaten Karo Sumatera Utara Analysis.*

Kemenkes RI. (2009). *Eliminasi Malaria di Indonesia. SKNomor:*

293/MENKES/SK/IV/2009.

Kemenkes RI. (2013). Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tahun 2013*.

Kemenkes RI. (2015). *profil-kesehatan-Indonesia-2015*.

Kemenkes RI. (2016). *Berat Badan Lahir Rendah*.

Kemenkes RI. (2018). *Pentingnya Pemeriksaan Kehamilan (ANC) di Fasilitas Kesehatan*.

Kemenkes RI. (2019). Riskesdas, 2018. In *Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)*. (p. 198).

Kementerian KKP. (2019). *21 Provinsi Sudah Tetapkan Perda Rencana Zonasi Wilayah Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil*. <https://kkp.go.id/djprl/artikel/11246-21-provinsi-sudah-tetapkan-perda-rencana-zonasi-wilayah-pesisir-dan-pulau-pulau-kecil>

Khoiriyah, H. (2018). Hubungan Usia, Paritas Dan Kehamilan Ganda Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Rsud Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan "Akbid Wira Buana,"* 3(2), 1–10.

Klaus, F. dan. (1998). *Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi*. EGC.

Kosim, M Soleh., Ari Yunanto, Rizalya Dewi, G. I. S. A. (2012). Buku Ajar Neonatologi Edisi Pertama. In *Badan IDAI*. Badan IDAI.

Kusumawati, E. (2017). A Systematic Review againts Risk Factors on The Low-weight Birth Incidence in Indonesia. *Journal of Health Science and Prevention, I(1 SE-Articles)*, 38–44.

Mahumud, R., Sultana, M., & Sarker, A. (2017). Distribution and Determinants of

Low Birth Weight in Developing Countries. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50, 18–28.

Mayasari, E., Prasetya Balebu, G. P., Hasanah, L., Wulandari, R., & Nooraeni, R. (2020). Analisis Determinan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2017. *Business Economic, Communication, and Social Sciences (BECOSS) Journal*, 2(2), 233–239.

Mohammad, H., Kumalasari, I., Tjekyan, R. M. S., & Zulkarnain, M. (2018). *FAKTOR RESIKO DAN ANGKA KEJADIAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH RISK FACTORS AND THE INCIDENCE OF LOW BIRTH WEIGHT IN DR . MOHAMMAD HOESIN PALEMBANG HOSPITAL 2014 Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) kesehatan masyarakat yang khususnya di empat minggu pertama kema. 9(1365), 41–52.*

Momeni, M., Danaei, M., Kermani, A., Bakhshandeh, M., Foroodnia, S., Mahmoudabadi, Z., Amirzadeh, R., & Safizadeh, H. (2017). Prevalence and Risk Factors of Low Birth Weight in the Southeast of Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 12.

Mulyaningrum, D. (2020). Pengaruh Kehamilan Tidak Diinginkan Dengan Berat Bayi Lahir Rendah di Perdesaan (Analisis Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2017). *Jurnal Biostatistik, Kependudukan, Dan Informatika Kesehatan*, 1(1), 11–19.

Nadia Ulfa E., Ricardi Wicaksono A., & Uswatun Khasanah. (2018). Hubungan antara Ibu Hamil Perokok Pasif dengan Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah di Kota Cirebon tahun 2014-2016. *Jurnal Kedokteran & Kesehatan*, 4(1), 5–

9.

Nahar, N., Afroza, S., & Hossain, M. (1998). Incidence of low birth weight in three selected communities of Bangladesh. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 24(2), 49–54.

Neni Wulansari & Dwi Anita A. (2011). Hubungan Antara Status Ekonomi Dan Jarak Tempuh Pada Ibu Hamil Dengan Pemilihan Penolong Persalinan Di Desa Ngendrokilo Magelang. *Jurnal Kebidanan*, III(1), 21–29.

Nofiana, D., & Pertiwi, G. (2016). Analisis Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) di Kabupaten Sleman Tahun 2013. *Jurnal Bumi Indonesia*, 5(4), 228787.

Notoadmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan/*. Rineka Cipta.

Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika; (pp. 1–60).

Nuryani, N., & Rahmawati, R. (2017). Kejadian Berat Badan Lahir Rendah di Desa Tinelo Kabupaten Gorontalo dan Faktor yang Memengaruhinya. *Jurnal Gizi Dan Pangan*, 12(1), 49–54.

Nusantari, E. (2013). Jenis miskonsepsi genetika yang ditemukan pada buku ajar di Sekolah Menengah Atas. *Jurnal Pendidikan Sains*, 1(1), 99.

Oktaviani, E. (2021). *Pengaruh KEK Pada Ibu Hamil Terhadap Kejadian BBLR di Puskesmas Rongkop GunungKidul Yogyakarta Tahun 2002*.

Olusanya, B., & Ofovwe, G. (2010). Predictors of Preterm Births and Low Birthweight in an Inner-City Hospital in Sub-Saharan Africa. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 978–986.

- Oster. (2010). *Hubungan Kualitas Pelayanan Antenatal Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Indonesia*. Universitas Indonesia.
- Parandhita, V. (2019). *Hubungan sosioekonomi ibu bersalin dengan kejadian bayi berat lahir rendah di RS PKU Muhammadiyah Gamping*.
- Pinontoan, V. M., & Tombokan, S. G. J. (2015). Hubungan Umur Dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Ilmiah Bidan*, 3(1).
- Pramono, M., & Paramita, A. (2015). Pola Kejadian Dan Determinan Bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia Tahun 2013 (Pattern of Occurrence and Determinants of Baby with Low Birth Weight in Indonesia 2013). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18.
- Pramono, M. S., & Paramita, A. (2015). Pola Kejadian Dan Determinan bayi Dengan Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Indonesia Tahun 2013 (Pattern of Occurrence and Determinants of Baby with Low Birth Weight in Indonesia 2013). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(1).
- Pratama, G. S., & Wratsangka, R. (2018). Kejadian bayi berat lahir rendah berhubungan dengan ibu hamil bersuamikan perokok aktif. *Jurnal Biomedika Dan Kesehatan*, 1(2), 133–139.
- Prof. dr. IBG Manuaba, Sp.OG(K), dr. IA Chandranita Manuaba, SpOG & dr. IBG Fajar Manuaba, S. (2007). *Buku Pengantar Kuliah Obstetri* (EGC (ed.)).
- Proverawati, A. C. (2010). *BBLR - Berat Badan Lahir Rendah*. Nuha Medika.
- Purwanto, A. D., & Chatarina Umbul Wahyuni. (2016). Hubungan Antara Umur Kehamilan , Kehamilan Ganda, Hipertensi dan Anemia, Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(3), 384–

395.

Puspitasari, R. (2015). *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pekerjaan Ibu dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul*. 1(30), 77–87.

Rahayu, M. L. D., & Zain, I. M. (2015). *Pengaruh Karakteristik, Perilaku, dan Sosial Ekonomi Ibu Terhadap Kelahiran Bayi BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) di Kabupaten Sidoarjo*. 232–241.

Ramadhan, N. (2012). *Hubungan Ibu Hamil Perokok Pasif Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah Di Badan Layanan Umum Daerah Rsu Meuraxa Banda Aceh*. *Jurnal STiKES Ubudiyah Banda Aceh*, 1(2), 27–34.

Reza Chaerul, & Puspitasari, N. (2014). *Determinants of Low-Birth-Weight-Neonates*. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 3(2), 96–106.

Rezende Chrisman, J., Mattos, I. E., Koifman, R. J., Koifman, S., Moraes Mello Boccolini, P., & Meyer, A. (2016). *Prevalence of very low birthweight, malformation, and low Apgar score among newborns in Brazil according to maternal urban or rural residence at birth*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 42(5), 496–504.

Rosmala Nur, Adhar Arifuddin, R. N. (2016). *Analisis Faktor Risiko Kejadian Berat Badan Lahir Rendah Di Rumah Sakit Umum Anutapura Palu*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 29–42.

Sastrawinata., Martaadisoebrata., & W. (2005). *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. EGC.

Siddio, M. (2009). *Fatwa Majelis Ulama Indonesia Tentang Pengharaman*

Merokok. Skripsi: Yogyakarta.

Sohibien, G. P. D., & Yuhan, R. J. (2019). Determinan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia. *Jurnal Apikasi Statistika Dan Komputasi Statistik*, 11(1), 1–14.

Srimiyati, K. A. (2021). *Determinan Risiko Terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah*. 3, 334–346.

Sujianti. (2018). Hubungan usia ibu dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Cilacap. *Kesehatan Al-Irsyad*, XI(1), 62–67.

Sunarseh. (2018). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian bblr di upt puskesmas rawat jalan saptosari gunungkidul*. 0–12.

Supriyatun, S. (2020). Hubungan Status Sosial Ekonomi Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr). *Jurnal Kesehatan*, 8(2), 974–980.

Tarigan, A. R., Lubis, Z., & Syarifah, S. (2018). Pengaruh Pengetahuan, Sikap Dan Dukungan Keluarga Terhadap Diet Hipertensi Di Desa Hulu Kecamatan Pancur Batu Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 9–17.

Triana, A. (2014). Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(5), 193–198.

Ummah, S. (2017). *Jual Beli Rokok Dalam Perspektif Hukum Islam*.

UNICEF. (2014). Approach to Nutrition Programming in the East Asia and Pacific Region 2014-2025 Volume 3. *Bangkok: UNICEF East Asia and Regional Office (EAPRO)*.

UNICEF Indonesia. (2012). Kesehatan Ibu & Anak. *UNICEF Indonesia*.

- Wanda, S., & Siahaan, S. (2021). *Hubungan usia dan tingkat pendidikan ibu serta paritas dengan risiko bayi berat lahir rendah di rsup mohammad hoesin palembang.*
- WHO. (2014). Low birth weight. *Global Nutrition Targets 2025 Low Birth Weight Policy Brief*, 8. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.270>
- WHO. (2015). Global technical strategy for malaria 2016-2030. *World Health Organization*, 1–35.
- WHO. (2018). *Care of the preterm and low-birth-weight newborn.* https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/.
- WHO. (2019). *A good start in life begins in the womb.* <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
- Widayana, I. B., Bikin Suryawan, I. W., & Sucipta, A. . M. (2018). Hubungan antara bayi berat lahir rendah dengan asfiksia neonatarum di RSUD Wangaya Kota Denpasar. *Intisari Sains Medis*, 9(2), 95–99.
- Wula, A. A. C. (2017). *Perinatologi Rsud Kota Kendari Tahun 2017 Program Studi Diii Tahun 2017 Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Ruang Perinatologi Rsud Kota Kendari Tahun 2017.*
- Yuwono, R. A. (2017). Pengaruh Tingkat Sosial Ekonomi, Karakteristik Ibu Hamil Dan Perilaku Ibu Hamil Terhadap Kejadian Bblr (Berat Badan Lahir Rendah) Di Wilayah Kerja Puskesmas Lamongan Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, IV(4), 53–61.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian

6/15/2021

<https://siselma.uinsu.ac.id/pengajuan/cetakaktif/MzQ4Mzk=>


KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
 UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUMATERA UTARA MEDAN
 FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Jl. Williem Iskandar Pasar V Medan Estate 20371
 Telp. (061) 6615683-6622925 Fax. 6615683

Nomor : B.1479/Un.11/KM.I/PP.00.9/06/2021

03 Juni 2021

Lampiran : -

Hal : **Izin Riset**

Yth. Bapak/Ibu Kepala BKKBN Provinsi Sumatera Utara

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat, diberitahukan bahwa untuk mencapai gelar Sarjana Strata Satu (S1) bagi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat adalah menyusun Skripsi (Karya Ilmiah), kami tugaskan mahasiswa:

Nama	: Nur Fadhilah Hasanah
NIM	: 0801173282
Tempat/Tanggal Lahir	: Batam, 24 April 1999
Program Studi	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
Semester	: VIII (Delapan)
Alamat	: BENGKONG KARTINI JLN.SEUDANAU NO.59 RT 01 RW 12 Kelurahan TANJUNG BUNTUNG Kecamatan BENGKONG

untuk hal dimaksud kami mohon memberikan Izin dan bantuannya terhadap pelaksanaan Riset di , guna memperoleh informasi/keterangan dan data-data yang berhubungan dengan Skripsi (Karya Ilmiah) yang berjudul:

Demikian kami sampaikan, atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Medan, 03 Juni 2021
 a.n. DEKAN
 Wakil Dekan Bidang Akademik dan
 Kelembagaan



Digitally Signed

Dr. Mhd. Furqan, S.Si., M.Comp.Sc.
 NIP. 198008062006041003

Tembusan:

- Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UIN Sumatera Utara Medan

info : Silahkan scan QRCode diatas dan klik link yang muncul, untuk mengetahui keaslian surat

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian


SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2017
DAFTAR RUMAH TANGGA

SDKI17- RT

RAHASIA

I. PENGENALAN TEMPAT				
1.	PROVINSI			<input type="text"/>
2.	KABUPATEN/KOTA *)			<input type="text"/>
3.	KECAMATAN			<input type="text"/>
4.	DESA/KELURAHAN *)			<input type="text"/>
5.	DAERAH **) PERKOTAAN -1 PERDESAAN -2			<input type="text"/>
6.	NOMOR BLOK SENSUS			<input type="text"/> B
7.	NOMOR KODE SAMPEL SDKI17			<input type="text"/>
8.	NOMOR URUT RUMAH TANGGA SAMPEL			<input type="text"/>
9.	NAMA KEPALA RUMAH TANGGA			<input type="text"/>
10.	NAMA PEMBERI KETERANGAN			<input type="text"/>
11.	TERPILIH SDKI17-PK (PRIA KAWIN)?	YA -1	TIDAK -2	<input type="text"/>
II. KUNJUNGAN PETUGAS				
	1	2	3	KUNJUNGAN AKHIR
TANGGAL WAWANCARA				TANGGAL <input type="text"/>
				BULAN <input type="text"/>
				TAHUN <input type="text"/>
NAMA PEWAWANCARA				PEWA- WANCARA <input type="text"/>
HASIL KUNJUNGAN ***)				HASIL <input type="text"/>
KUNJUNGAN BERIKUT TGL JAM				JML KUNJUNGAN <input type="text"/>
***) KODE HASIL KUNJUNGAN:				JML ART <input type="text"/>
1. SELESAI				JML WANITA 15-49 THN <input type="text"/>
2. TIDAK ADA ART DI RUMAH ATAU TIDAK ADA RESPONDEN YANG MAMPU MEN- JAWAB PADA SAAT KUNJUNGAN				JML PRIA KAWIN 15-54 THN <input type="text"/>
3. RUMAH TANGGA TIDAK ADA SELAMA WAKTU PENCACAHAN				JML PRIA BELUM KAWIN 15 - 24 THN <input type="text"/>
4. DITANGGUHKAN				
CATAT WAKTU MULAIJAM <input type="text"/>				CATAT WAKTU SELESAI.....JAM <input type="text"/>
NAMA	EDITOR LAPANGAN	PENGAWAS	EDITOR BPS	PETUGAS ENTRI
KODE PETUGAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TANGGAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TANDA TANGAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Keterangan: *) Coret yang tidak sesuai
 **) Lingkari salah satu

RT - 1

Kuesioner jenis kelamin bayi

211. Sekarang saya ingin mendaftarkan semua anak yang Ibu/Saudari lahirkan hidup, baik masih hidup atau sudah meninggal, mulai dari anak pertama.

TULISKAN NAMA SEMUA ANAK YANG DILAHIRKAN OLEH RESPONDEN PADA PERTANYAAN 212. ANAK KEMBAR DITULIS PADA BARIS TERPISAH.
(JIKA LEBIH DARI 12 KELAHIRAN, GUNAKAN KUESIONER TAMBAHAN, DIMULAI DARI BARIS KEDUA).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Siapakah nama anak (pertama, kedua, dst)	Apakah (NAMA) laki-laki atau perempuan?	Apakah diantara anak-anak Ibu/Saudari ada yang kembar?	Pada bulan apa dan tahun berapa (NAMA) dilahirkan?	Apakah (NAMA) masih hidup?	JIKA MASIH HIDUP Berapa umur (NAMA) pada ulang tahun terakhir?	JIKA MASIH HIDUP Apakah (NAMA) tinggal bersama Ibu/Saudari?	JIKA MASIH HIDUP CATAT NO. URUT ART ANAK (TULIS "00" JIKA ANAK TIDAK TERDAFTAR SEBAGAI ART)	JIKA SUDAH MENINGGAL Berapa umur (NAMA) ketika ia meninggal? JIKA "1 TAHUN" TANYAKAN: Berapa bulan umur (NAMA) ketika ia meninggal? CATAT DALAM HARI JIKA KURANG DARI 1 BULAN. CATAT DALAM BULAN JIKA KURANG DARI 2 TAHUN, ATAU DALAM TAHUN JIKA 2 TAHUN LEBIH. JIKA KURANG DARI 1 HARI TULIS "00" PADA KOTAK HARI	Apakah ada anak lahir hidup lain antara (NAMA ANAK SEBELUMNYA) dan (NAMA), termasuk anak yang sudah meninggal?
CATAT NAMA NO.URUT KELAHIRAN					TULISKAN DALAM TAHUN				
01. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ KE ANAK BERIKUTNYA	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	
02. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	YA.....1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK...2 KE ANAK BERIKUTNYA
03. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	YA.....1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK...2 KE ANAK BERIKUTNYA
04. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	YA.....1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK...2 KE ANAK BERIKUTNYA
05. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	YA.....1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK...2 KE ANAK BERIKUTNYA
06. NAMA	LK.....1 PR.....2	TUNGGAL...1 KEMBAR....2	BULAN [][] TAHUN [][][][]	YA.....1 TIDAK...2 220 ←	UMUR DALAM TAHUN [][]	YA.....1 TIDAK...2	NO. ART [][] ↓ (KE 221)	HARI.....1 [][] BULAN....2 [][] TAHUN....3 [][]	YA.....1 TAMBAHKAN ANAK TIDAK...2 KE ANAK BERIKUTNYA

Kuesioner usia ibu dan pendidikan ibu

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	CATAT WAKTU	JAM..... <input type="text"/> <input type="text"/> MENIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Berapa lama Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)? JIKA KURANG DARI 1 TAHUN, TULISKAN '00'.	LAMA DALAM TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/> SEJAK LAHIR..... 95 TAMU..... 96	→ 105
103	Sebelum Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG), apakah tinggal di kota besar, kota kecil atau perdesaan?	KOTA BESAR..... 1 KOTA KECIL..... 2 PERDESAAN..... 3	
104	Dimanakah tempat tinggal terakhir Ibu/Saudari sebelum di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE DIISI EDITOR)	
104A	Dimanakah tempat tinggal Ibu/Saudari 5 tahun yang lalu?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (KODE DIISI EDITOR)	
105	Pada bulan apa dan tahun berapa Ibu/Saudari dilahirkan?	BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU BULAN..... 98 TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU TAHUN.....9998	
106	Berapa umur Ibu/Saudari pada ulang tahun terakhir? BANDINGKAN DAN PERBAIKI 105 DAN ATAU 106 JIKA TIDAK SESUAI.	UMUR DALAM TAHUN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Apakah Ibu/Saudari pernah/sedang sekolah?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 111

Kuesioner pekerjaan ibu

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
912	Dalam 12 bulan terakhir, apakah Ibu/Saudari pernah bekerja?	YA..... 1 TIDAK..... 2	→ 917
913	Apakah jenis pekerjaan utama Ibu/Saudari? (TULIS SELENGKAP MUNGKIN, JANGAN MELINGKARI KODE JAWABAN DAN JANGAN MENGISI KOTAK) _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DIISI BPS)	PROFESIONAL, TEKNISI..... 01 KEPEMIMPINAN DAN KETATALAKSANAAN..... 02 PEJABAT PELAKSANA DAN TATA USAHA..... 03 TENAGA USAHA PENJUALAN..... 04 TENAGA USAHA JASA..... 05 TENAGA USAHA PERTANIAN..... 06 TENAGA PRODUKSI..... 07 LAINNYA..... 96 (TULISKAN) TIDAK TAHU..... 98	
914	Apakah Ibu/Saudari bekerja sebagai pekerja keluarga, buruh/ karyawan atau mempunyai usaha sendiri?	PEKERJA KELUARGA..... 1 BURUH/KARYAWAN..... 2 BERUSAHA/MEMPUNYAI USAHA..... 3	
915	Apakah Ibu/Saudari bekerja sepanjang tahun, musiman, atau sesekali saja?	SEPANJANG TAHUN..... 1 MUSIMAN..... 2 SESEKALI..... 3	
916	Apakah Ibu/Saudari dibayar dengan uang atau barang atau tidak dibayar sama sekali untuk pekerjaan tersebut?	UANG..... 1 UANG DAN BARANG..... 2 BARANG..... 3 TIDAK DIBAYAR..... 4	
917	LIHAT 701: STATUS PERKAWINAN KAWIN/ HIDUP BERSAMA <input type="checkbox"/> ↓	TIDAK KAWIN DAN TIDAK HIDUP BERSAMA <input type="checkbox"/>	→ 925

Status ekonomi

NO	PERTANYAAN DAN SARINGAN	KODE	TERUS KE
101	CATAT WAKTU	JAM..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MENIT..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
102	Berapa lama Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)? JIKA KURANG DARI 1 TAHUN, TULISKAN '00'.	LAMA DALAM TAHUN..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SEJAK LAHIR..... 95 TAMU..... 96	→ 105
103	Sebelum Ibu/Saudari tinggal di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG), apakah tinggal di kota besar, kota kecil atau perdesaan?	KOTA BESAR..... 1 KOTA KECIL..... 2 PERDESAAN..... 3	
104	Dimanakah tempat tinggal terakhir Ibu/Saudari sebelum di (KABUPATEN/KOTA TEMPAT TINGGAL SEKARANG)?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (KODE DIISI EDITOR)	
104A	Dimanakah tempat tinggal Ibu/Saudari 5 tahun yang lalu?	PROV/NEGARA*) : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> KAB/KOTA*) : _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (KODE DIISI EDITOR)	

Perilaku merokok suami

	oleh dokter, perawat, dokter gigi, atau petugas kesehatan lainnya? JIKA JUMLAH SUNTIKAN 90 ATAU LEBIH, ATAU SETIAP HARI SELAMA 3 BULAN ATAU LEBIH, TULISKAN '90'. JIKA JAWABAN BUKAN ANGKA, PROBING UNTUK MENDAPATKAN PERKIRAAN.	JUMLAH SUNTIKAN..... <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK..... 00 → 1104	
1103	Terakhir kali Ibu/Saudari mendapat suntikan dari petugas kesehatan, apakah dia mengambil jarum suntik yang baru dari paket yang belum dibuka?	YA..... 1 TIDAK..... 2 TIDAK TAHU..... 8	
1104	Apakah saat ini Ibu/Saudari merokok setiap hari, kadang-kadang, atau tidak sama sekali?	SETIAP HARI..... 1 KADANG-KADANG..... 2 TIDAK SAMA SEKALI..... 3 → 1106	
1105	Berapa rata-rata batang rokok yang Ibu/Saudari hisap setiap hari?	BATANG ROKOK..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1106	Apakah saat ini Ibu/Saudari mengkonsumsi jenis/bentuk tembakau lain setiap hari, kadang-kadang, atau tidak sama sekali?	SETIAP HARI..... 1 KADANG-KADANG..... 2 TIDAK SAMA SEKALI..... 3 → 1108	
1107	Apa jenis/bentuk tembakau lain tersebut? Ada lagi? JAWABAN JANGAN DIBACAKAN DAN LINGKARI SETIAP KODE JAWABAN YANG SESUAI.	PIPA CANGKLONG..... A CERUTU..... B SHISHA..... C DIHIRUP MELALUI MULUT..... D DIHIRUP MELALUI HIDUNG..... E TEMBAKAU KUNYAH..... F MENGUNYAH SIRIH DAN TEMBAKAU..... G LAINNYA..... X (TULISKAN)	
1108	Beberapa faktor yang berbeda dapat menghalangi wanita untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan. Ketika Ibu/Saudari sakit dan ingin mendapatkan perawatan kesehatan atau pengobatan, apakah hal-hal berikut ini merupakan masalah atau tidak?	MASALAH BUKAN MASALAH	

Kuantitas antenatal care

412	Selama Ibu/Saudari mengandung (NAMA), berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?	JUMLAH PEMERIKSAAN <input type="text"/> <input type="text"/> TIDAK TAHU..... 98 (TERUS KE 413) ←	
412A	LIHAT 412: JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN:	LEBIH DARI SATU KALI <input type="text"/> SATU KALI <input type="text"/> (TERUS KE 413) ←	
412B	Ibu/Saudari mengatakan memeriksakan kehamilan (NAMA) _____ kali. Berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan: a. Dalam 3 bulan pertama? b. Antara 4-6 bulan? c. Antara 7 bulan sampai melahirkan? JUMLAH a, b, DAN c HARUS SAMA DENGAN JAWABAN PERTANYAAN 412.	JUMLAH PEMERIKSAAN KEHAMILAN 3 BULAN PERTAMA..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 4-6 BULAN..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANTARA 7 BULAN SAMPAI MELAHIRKAN... <input type="text"/> <input type="text"/>	

Paritas

	JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'	DI TEMPAT LAIN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Apakah Ibu/Saudari pernah melahirkan anak laki-laki atau perempuan yang lahir hidup tetapi sekarang sudah meninggal? JIKA "TIDAK PERNAH", TANYAKAN: Apakah ada anak yang lahir dalam keadaan hidup meskipun hanya beberapa saat?	YA 1 TIDAK..... 2	→ 208
207	Berapa jumlah anak laki-laki yang sudah meninggal? Dan berapa jumlah anak perempuan yang sudah meninggal? JIKA TIDAK ADA, TULISKAN '00'	ANAK LAKI-LAKI YANG SUDAH MENINGGAL..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANAK PEREMPUAN YANG SUDAH MENINGGAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	JUMLAHKAN ISIAN DI 203, 205, DAN 207, DAN TULISKAN JUMLAHNYA. JIKA TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP ATAU TIDAK PERNAH MELAHIRKAN, TULISKAN '00'	JUMLAH..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	LIHAT 208: SATU ATAU LEBIH KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/> Untuk meyakinkan apakah jawaban yang saya peroleh sudah benar, Ibu/Saudari mempunyai _____ anak yang lahir hidup. Apakah angka ini benar? YA <input type="text"/>	TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/> Untuk meyakinkan apakah jawaban yang saya peroleh sudah benar, Ibu/Saudari tidak mempunyai anak yang lahir hidup. Apakah benar? TIDAK <input type="text"/> → JIKA PERLU TANYAKAN LAGI DAN PERBAIKI 201-208	
210	LIHAT 208: SATU ATAU LEBIH KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/>	TIDAK ADA KELAHIRAN HIDUP <input type="text"/>	→ 226

Lampiran 3 : Out put Hasil Analisis Data

1. Analisis Univariat

Jenis Kelamin Bayi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	7327	51.3	51.3	51.3
	Female	6957	48.7	48.7	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Usia Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Beresiko	4024	28.2	28.2	28.2
	Tidak Beresiko	10260	71.8	71.8	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	11679	81.8	81.8	81.8
	Tinggi	2605	18.2	18.2	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	6685	46.8	46.8	46.8
	Bekerja	7599	53.2	53.2	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Status Ekonomi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	6178	43.3	43.3	43.3
	Sedang	2807	19.7	19.7	62.9

Tinggi	5299	37.1	37.1	100.0
Total	14284	100.0	100.0	

Tempat Tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rural	6910	48.4	48.4	48.4
	Urban	7374	51.6	51.6	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Perilaku Merokok Suami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	14055	98.4	98.4	98.4
	No	229	1.6	1.6	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Antenatal care

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak lengkap	9287	65.0	65.0	65.0
	Lengkap	4997	35.0	35.0	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>4	957	6.7	6.7	6.7
	2-4	4521	31.7	31.7	38.4
	1	8806	61.6	61.6	100.0
	Total	14284	100.0	100.0	

2. Analisis Bivariat

Uji Chi-Square

Hubungan Usia Ibu dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Respondent's current age	Beresiko	Count	486	3538	4024
		% of Total	3.4%	24.8%	28.2%
	Tidak Beresiko	Count	1277	8983	10260
		% of Total	8.9%	62.9%	71.8%
Total		Count	1763	12521	14284
		% of Total	12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.363 ^a	1	.547		
Continuity Correction ^b	.330	1	.566		
Likelihood Ratio	.365	1	.546		
Fisher's Exact Test				.552	.283
Linear-by-Linear Association	.363	1	.547		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 496.66.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Respondent's current age (Beresiko / Tidak Beresiko)	.966	.864	1.080
For cohort BBLR_NEW = BBLR	.970	.880	1.070
For cohort BBLR_NEW = Normal	1.004	.991	1.018
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Jenis Kelamin Bayi dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Sex of child	Male	Count	853	6474	7327
		% of Total	6.0%	45.3%	51.3%
	Female	Count	910	6047	6957
		% of Total	6.4%	42.3%	48.7%
Total		Count	1763	12521	14284
		% of Total	12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.825 ^a	1	.009	.009	.005
Continuity Correction ^b	6.693	1	.010		
Likelihood Ratio	6.823	1	.009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.825	1	.009		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 858.67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sex of child (Male / Female)	.876	.792	.967
For cohort BBLR_NEW = BBLR	.890	.815	.971
For cohort BBLR_NEW = Normal	1.017	1.004	1.029
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Pendidikan dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Pendidikan	Rendah	Count	1512	10167	11679
		% of Total	10.6%	71.2%	81.8%
	Tinggi	Count	251	2354	2605
		% of Total	1.8%	16.5%	18.2%
Total		Count	1763	12521	14284
		% of Total	12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.582 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	21.277	1	.000		
Likelihood Ratio	22.780	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	21.580	1	.000		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 321.52.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Tinggi)	1.395	1.211	1.606
For cohort BBLR_NEW = BBLR	1.344	1.184	1.525
For cohort BBLR_NEW = Normal	.963	.950	.977
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Pekerjaan dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Respondent's occupation	Tidak Bekerja	Count	851	5834	6685
		% of Total	6.0%	40.8%	46.8%
	Bekerja	Count	912	6687	7599
		% of Total	6.4%	46.8%	53.2%
Total	Count	1763	12521	14284	
	% of Total	12.3%	87.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.744 ^a	1	.187		
Continuity Correction ^b	1.677	1	.195		
Likelihood Ratio	1.742	1	.187		
Fisher's Exact Test				.194	.098
Linear-by-Linear Association	1.744	1	.187		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 825.09.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Respondent's occupation (Tidak Bekerja / Bekerja)	1.070	.968	1.182
For cohort BBLR_NEW = BBLR	1.061	.972	1.158
For cohort BBLR_NEW = Normal	.992	.980	1.004
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Tempat tinggal dengan kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Type of place of residence	Rural	Count	929	5981	6910
		% of Total	6.5%	41.9%	48.4%
	Urban	Count	834	6540	7374
		% of Total	5.8%	45.8%	51.6%
Total	Count	1763	12521	14284	
	% of Total	12.3%	87.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.019 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.822	1	.000		
Likelihood Ratio	15.011	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.018	1	.000		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 852.87.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Type of place of residence (Rural / Urban)	1.218	1.102	1.346
For cohort BBLR_NEW = BBLR	1.189	1.089	1.297
For cohort BBLR_NEW = Normal	.976	.964	.988
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Wealth index combined	Rendah	Count	930	5248	6178
		% of Total	6.5%	36.7%	43.3%
	Sedang	Count	312	2495	2807
		% of Total	2.2%	17.5%	19.7%
	Tinggi	Count	521	4778	5299
		% of Total	3.6%	33.5%	37.1%
Total	Count	1763	12521	14284	
	% of Total	12.3%	87.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76.742 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	76.493	2	.000
Linear-by-Linear Association	73.066	1	.000
N of Valid Cases	14284		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 346.45.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Wealth index combined (Rendah / Sedang)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Hubungan Perilaku Merokok Suami dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Smokes cigarettes	Yes	Count	1637	12418	14055
		% of Total	11.5%	86.9%	98.4%
	No	Count	126	103	229
		% of Total	0.9%	0.7%	1.6%
Total		Count	1763	12521	14284
		% of Total	12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	391.831 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	387.832	1	.000		
Likelihood Ratio	245.591	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	391.803	1	.000		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28.26.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Smokes cigarettes (Yes / No)	.108	.083	.141
For cohort BBLR_NEW = BBLR	.212	.187	.240
For cohort BBLR_NEW = Normal	1.964	1.702	2.267
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Kunjungan *Antenatal care* dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Number of antenatal visits	Tidak lengkap	Count	1147	8140	9287
		% of Total	8.0%	57.0%	65.0%
	Lengkap	Count	616	4381	4997
		% of Total	4.3%	30.7%	35.0%
Total		Count	1763	12521	14284
		% of Total	12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.002 ^a	1	.968	.978	.495
Continuity Correction ^b	.000	1	.989		
Likelihood Ratio	.002	1	.968		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.002	1	.968		
N of Valid Cases	14284				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 616.75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Number of antenatal visits - btw 7th month and delivery (Tidak lengkap / Lengkap)	1.002	.903	1.113
For cohort BBLR_NEW = BBLR	1.002	.914	1.098
For cohort BBLR_NEW = Normal	1.000	.987	1.013
N of Valid Cases	14284		

Hubungan Paritas dengan Kejadian BBLR di Indonesia

Crosstab

			BBLR_NEW		Total
			BBLR	Normal	
Total children ever born >4	Count		113	844	957
	% of Total		0.8%	5.9%	6.7%
2-4	Count		596	3925	4521
	% of Total		4.2%	27.5%	31.7%
1	Count		1054	7752	8806
	% of Total		7.4%	54.3%	61.6%
Total	Count		1763	12521	14284
	% of Total		12.3%	87.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.339 ^a	2	.114
Likelihood Ratio	4.297	2	.117
Linear-by-Linear Association	1.307	1	.253
N of Valid Cases	14284		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 118.12.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Total children ever born (>4 / 2-4)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.