

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERILAKU PEMERIKSAAN KEHAMILAN
DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)**



OLEH :
FENTI APRIANI
NIM. P05170017054

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM SARJANA TERAPAN
2021**

HALAMAN JUDUL

**HUBUNGAN PERILAKU PEMERIKSAAN KEHAMILAN
DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)**

Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Sains Terapan Promosi Kesehatan (S.Tr.Kes)



Disusun Oleh :

FENTI APRIANI
NIM. P05170017054

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
PROGRAM STUDI PROMOSI KESEHATAN
PROGRAM SARJANA TERAPAN**

2021

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI
HUBUNGAN PERILAKU PEMERIKSAAN KEHAMILAN
DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)

Dipersiapkan dan Dipersembahkan Oleh:

FENTI APRIANI

NIM. P05170017054

Skripsi Ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Untuk Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Program Studi Promosi Kesehatan Program Sarjana Terapan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 23 Juni 2021

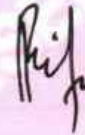
Mengetahui:
Pembimbing Skripsi

Pembimbing 1



Dr. Demsa Simolon, SKM., MKM
NIP. 197608172000032001

Pembimbing 2



Rini Patroni, SST., M. Kes
NIP . 197705052005012001

LEMBAR PENGESAHAN
SKRIPSI
HUBUNGAN PERILAKU PEMERIKSAAN KEHAMILAN
DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI INDONESIA
(ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)

Disusun Oleh:

FENTI APRIANI
NIM. P05170017054

Telah Diseminarkan dengan Tim Penguji Program Studi Promosi Kesehatan
Program Sarjana Terapan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 05 Juli 2021
Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Tim Penguji

Ketua Penguji



Reka Lagora Marsofely, SST., M.Kes
NIP. 198203202002122001

Penguji I



Darwis, SKP., M. Kes
NIP. 196301031983121002

Penguji II



Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM
NIP. 197608172000032001

Penguji III



Rini Patroni, SST., M. Kes
NIP. 197705052005012001

Mengetahui:

Ketua Program Studi Diploma IV Promosi Kesehatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Reka Lagora Marsofely, SST., M.Kes
NIP. 198203202002122001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fenti Apriani

N I M : P05170017054

Judul Skripsi Penelitian : Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2017)

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi penelitian ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam skripsi penelitian ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, Juli 2021
Yang Menyatakan



Fenti Apriani
NIM. P05170017054

ABSTRAK

Perilaku pemeriksaan kehamilan merupakan upaya preventif dalam mengurangi risiko BBLR. Kunjungan pemeriksaan kehamilan yang lengkap dan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas untuk memastikan kehamilan berlangsung sehat, mempersiapkan masa persalinan dan nifas serta melahirkan bayi yang sehat. BBLR merupakan faktor risiko terjadinya kesakitan, kecacatan, kematian dan terganggunya tumbuh kembang anak. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi di Indonesia. Desain penelitian menggunakan yaitu *cross sectional*. Tempat penelitian di 34 provinsi di Indonesia. Sampel penelitian adalah wanita usia subur (15 tahun-49 tahun) yang melahirkan anak terakhir berusia 0-5 tahun. Analisis data menggunakan analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji *chi-square* dan analisis multivariat menggunakan uji *regresi logistik multivariat*. Hasil penelitian menunjukkan angka BBLR di Indonesia yaitu 6,94%. Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sebanyak 21,75% dan ibu hamil yang mendapatkan kualitas pemeriksaan sesuai rekomendasi yaitu 66,94%. Ada hubungan signifikan antara kuantitas pemeriksaan kehamilan ($p\text{-value}= 0,000$) dan tidak terdapat hubungan kualitas pemeriksaan kehamilan ($p\text{-value}= 0,76$) dengan berat lahir bayi. Perlu meningkatkan promosi kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan dan faktor-faktor yang menyebabkan BBLR kepada ibu hamil terutama pada ibu berpendidikan rendah dan status sosial ekonomi miskin.

Kata kunci: Berat Lahir Bayi, Pemeriksaan Kehamilan, SDKI 2017

ABSTRACT

Prenatal care behavior is a preventive effort in reducing the risk of LBW. Complete antenatal care visits and quality antenatal care services to ensure a healthy pregnancy, prepare for labor and postpartum and give birth to a healthy baby. LBW is a risk factor for morbidity, disability, death and impaired child development. The purpose of this study was to determine the relationship between prenatal care behavior and infant birth weight in Indonesia. The research design used was *cross sectional*. Research sites in 34 provinces in Indonesia. The research sample was women of childbearing age (15 years-49 years) who had given birth to their last child aged 0-5 years. Data analysis used univariate analysis, bivariate analysis used test *chi-square* and multivariate analysis used logistic regression test. The results showed that the number of LBW in Indonesia was 6,94%. Pregnant women who visited pregnancy check-ups were 21,75% and pregnant women who received quality examinations according to the recommendations were 66,94%. There was a significant relationship between the quantity of antenatal care (p -value = 0,000) and there was no relationship between the quality of antenatal care (p -value = 0,76) and the baby's birth weight. It is necessary to increase health promotion about the importance of antenatal care and the factors that cause low birth weight to pregnant women, especially mothers with low education and poor socioeconomic status.

Keywords: Birth weight, Antenatal care, 2017 IDHS

RIWAYAT PENULIS



A. Biodata Diri

1. Nama : Fenti Apriani
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat dan Tanggal Lahir : Padang Ulak Tanding, 16 April 1999
4. Kebangsaan : Indonesia
5. Status : Belum menikah
6. Tinggi, Berat Badan : 153 cm, 45 kg
7. Agama : Islam
8. Alamat : Jalan Pelatuk No. 73, Kelurahan Cempaka Permai, Lingkar Barat Kota Bengkulu
9. No. Handphone : 089633940869
10. Email : fentiaprianifap@gmail.com
11. Nama Orang Tua : Samsul Bahri
Rosdiana
12. Nama Saudara : Ike Fransiska
Erik Frandesta
Rio Oktarian
Ronaldo Aprilian

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 01 Padang Ulak Tanding
2. SMP : SMP Negeri 01 Padang Ulak Tanding
3. SMA : SMA Negeri 09 Kota Lubuklinggau

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah saya ucapkan atas Kehadirat ALLAH SWT, nikmat sehat, ilmu dan rahmat serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini berjudul “Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2017)”. Dalam penyusunan skripsi ini saya mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT karena telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, serta kesehatan sehingga penyusun dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. Ibu Eliana, SKM., MPH, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
3. Ibu Reka Lagora Marsofely, SST., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan ketua penguji yang sudah banyak membantu memberikan dukungan bimbingan, arahan dan masukan sehingga skripsi penelitian dapat terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM, selaku pembimbing I, dalam penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan sehingga skripsi penelitian dapat terselesaikan dengan baik.
5. Ibu Rini Patroni, SST., M. Kes, selaku pembimbing II, dalam penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan sehingga skripsi penelitian dapat terselesaikan dengan baik.
6. Bapak Darwis, SKP., M. Kes, selaku penguji II, dalam penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan dan masukan sehingga skripsi penelitian dapat terselesaikan dengan baik.
7. Seluruh dosen dan staf jurusan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Kedua orang tua dan keluarga tercinta.
9. Teman-teman Program Studi Promosi Kesehatan angkatan 2017.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan, oleh karena itu saya mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar saya dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Saya berharap semoga skripsi yang telah saya susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi saya sendiri dan mahasiswa Jurusan Promosi Kesehatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, Juli 2021

Fenti Apriani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
RIWAYAT PENULIS	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Berat Lahir Bayi	8
1. Pengertian Berat Lahir Bayi	8
2. Klasifikasi Berat Lahir Bayi	8
B. Pemeriksaan Kehamilan	9
1. Pengertian Pemeriksaan Kehamilan	9
2. Tujuan Pemeriksaan Kehamilan	9
3. Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan	10
4. Perilaku Pemeriksaan Kehamilan	15
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Berat Lahir Bayi	16
D. Kerangka Teori	20

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	21
B. Kerangka Konsep Penelitian	21
C. Definisi Operasional	22
D. Populasi dan Sample.....	23
E. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	26
F. Instrument dan Bahan Penelitian.....	26
G. Teknik Pengumpulan Data	26
H. Pengolahan Data	26
I. Analisis Data	27
J. Alur Penelitian	28
K. Etika Penelitian	28

BAB VI PEMBAHASAN

A. Jalannya Penelitian	29
B. Hasil Penelitian.....	29
1. Hasil Univariat	29
2. Hasil Bivariat	31
3. Hasil Multivariat	33
C. Pembahasan	34
1. Gambaran Berat Lahir Bayi di Indonesia	34
2. Gambaran Perilaku Pemeriksaan Kehamilan di Indonesia	35
3. Gambaran Karakteristik Ibu	37
4. Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi	41

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	44
B. Saran	44

DAFTAR PUSTAKA	46
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian	5
2.1 Kuantitatif Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan	11
2.2 Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)	14
3.1 Definisi Operasional	22
3.2 Jumlah Sampel Minimum	24
3.3 Kategori Persentase	27
4.1 Distribusi Frekuensi Berat Lahir Bayi di Indonesia	30
4.2 Distribusi Frekuensi Perilaku Pemeriksaan Kehamilan di Indonesia	30
4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu hamil	30
4.4 Hasil Uji <i>Chi-Square</i> Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi	31
4.5 Hasil Uji <i>Chi-Square</i> Hubungan Karakteristik Ibu hamil dengan Berat Lahir Bayi	32
4.6 Pemodelan Awal Analisis <i>Multivariat</i>	33
4.7 Pemodelan Akhir Analisis <i>Multivariat</i>	33

DAFTAR BAGAN

Bagan	Halaman
2.1 Kerangka Teori	20
3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Tahapan Pemilihan Sampel	25
3.3 Alur Penelitian.....	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Persetujuan DHS

Lampiran 2 : Ethical Clearance

Lampiran 3 : Sampel Penelitian

Lampiran 4 : Instrumen Penelitian

Lampiran 5 : Alur Pengolah Data

Lampiran 6 : Lembar Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya meningkatkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Upaya pemerintah tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2020-2024 yang berfokus pada masalah kesehatan ibu dan anak, pengendalian stunting, pencegahan dan pengendalian penyakit, Gerakan Masyarakat (Germas) serta tata kelola sistem kesehatan. Masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia antara lain masih tingginya angka kematian maternal, kematian neonatal dan permasalahan gizi balita. Masih tingginya angka kematian neonatal di Indonesia yang mencapai 15 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian anak mencapai 24 per 1000 kelahiran hidup. Bayi prematur dan berat bayi lahir rendah (BBLR) sebesar 19% menjadi salah satu faktor penyebab dari kematian neonatal (Kemenkes RI, 2020).

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa BBLR yaitu bayi yang memiliki berat lahir kurang dari 2500 gram. Pada tahun 2018, sekitar 20 juta bayi mengalami BBLR setiap tahunnya dengan prevalensi mencapai 15,5% di dunia dan sebesar 96,5% terjadi di negara berkembang. Risiko kematian pada BBLR yaitu 20-30 kali dan kematian neonatal yang disebabkan BBLR di seluruh dunia yaitu 60-80%. Pada tahun 2015, negara yang memiliki prevalensi BBLR tertinggi di dunia yaitu Bangladesh (27,8%) dan kawasan Asia Tenggara yaitu Filipina (20,1%). Indonesia menduduki peringkat ke-8 dari 10 negara di Asia Tenggara dengan prevalensi yakni 10,0%. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan angka BBLR di Indonesia mencapai 7,1% dan Rikesdas tahun 2018 yakni 6,2%. Sedangkan target nasional penurunan angka BBLR pada RPJMN tahun 2024 yaitu 4% dan tahun 2025 yaitu 3% (Bappenas, 2019).

BBLR merupakan permasalahan kesehatan anak yang berkaitan dengan defisiensi zat gizi. BBLR dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan dan terganggunya tumbuh kembang bayi. Hal ini dikarenakan sistem imun dan kualitas hidup BBLR yang kurang baik sehingga lebih rentan tertular penyakit, infeksi, risiko lebih tinggi terhadap penyakit degeneratif, mengalami komplikasi kesehatan, hipotermia dan penurunan kecerdasan (Legawati, 2020; Perwiraningtyas et al., 2020). Penanganan yang tidak tepat dan kurangnya asupan gizi pada BBLR akan berujung pada gangguan tumbuh kembang

anak yaitu stunting. BBLR lebih berisiko 25 kali akan mengalami stunting dibandingkan bayi dengan berat lahir normal (Nainggolan & Sitompul, 2019). Stunting memiliki dampak terhadap terganggunya tumbuh kembang, perkembangan otak dan kecerdasan, lebih mudah terkena penyakit, penyakit tidak menular bahkan risiko kesakitan dan kematian (Haskas, 2020; Saadah, 2020).

Salah satu upaya pencegahan BBLR dilakukan dengan pelayanan pemeriksaan kehamilan atau *antenatal care*. Pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan dapat mendeteksi kelainan pada janin dan faktor risiko melahirkan BBLR sedini mungkin (Legawati, 2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, pelayanan pemeriksaan kehamilan harus sesuai standar kuantitas kunjungan minimal 4 kali dan mendapatkan kualitas pelayanan minimal 10T.

Indikator pelayanan pemeriksaan kehamilan pada Renstra Kementerian Republik Indonesia yaitu persentase pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu hamil. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan cakupan kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama (K1) di Indonesia adalah 96,1% dan cakupan K4 secara nasional mencapai 74,1%. Ditemukan selisih antara cakupan K1 dan K4 memperlihatkan masih banyaknya ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar dan belum mencapai target cakupan ideal K1 yaitu 100% dan K4 yaitu 95%. Menurut WHO (2016), dalam meningkatkan standar kuantitas kunjungan pemeriksaan kehamilan dengan 8 kali kontak selama periode kehamilan sebagai upaya mendeteksi dini, mendiagnosa, pencegahan komplikasi serta sebagai upaya preventif melahirkan BBLR, kecacatan bahkan kematian pada ibu dan bayi.

Tenaga kesehatan akan melakukan pemeriksaan fisik dan anamnesa untuk memastikan kehamilan berlangsung sehat dengan memantau kesehatan ibu dan janin, mendiagnosis kehamilan serta mendeteksi komplikasi di setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan (Ruindungan et al., 2017). Pelayanan pemeriksaan kehamilan harus memenuhi standar minimal 10T. Berdasarkan SDKI 2017 secara nasional menunjukkan bahwa ibu hamil yang melakukan periksa perut (98%), ukur tekanan darah (98%), timbang berat badan (97%), periksa denyut jantung janin (97%), konsultasi (86%), pemberian tablet zat besi (86%), periksa tinggi rahim (85%), periksa lingkaran lengan (82%), ukur tinggi badan (69%), periksa darah (48%) dan periksa air seni (39%). Masih rendahnya persentase ibu hamil yang melakukan periksa darah dan air seni belum mencapai 50%.

Hasil penelitian Fatimah et al. (2018) di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa ibu hamil yang tidak lengkap jumlah kunjungan dan tidak menerima pelayanan sesuai standar berisiko 3,692 kali melahirkan BBLR. Hal ini dikarenakan kurang terpantaunya kondisi kesehatan, gizi, komplikasi kehamilan, informasi serta penilaian risiko terjadinya BBLR selama kehamilan. Komplikasi ataupun kelainan yang terjadi pada ibu maupun bayi dapat diketahui sejak dini sehingga dapat dilakukan penanganan yang tepat waktu untuk mengurangi dampak negatif pada ibu dan neonatus (Zhou et al. 2019).

Penelitian Perwiraningtyas et al. (2020) yang dilakukan di Rumah Sakit Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pemeriksaan kehamilan dengan kejadian melahirkan BBLR. Sejalan dengan penelitian Legawati (2020) di RSUD dr Doris Sylvanus Palangka Raya menyebutkan frekuensi kunjungan pemeriksaan kehamilan tidak memiliki hubungan terhadap angka kejadian BBLR. Waktu pertama kali melakukan pemeriksaan kehamilan dapat mengurangi risiko penyebab melahirkan BBLR. Kelainan atau komplikasi pada kehamilan akan terdeteksi lebih awal dan lebih cepat mendapatkan perawatan sehingga akan menurunkan peluang melahirkan BBLR.

Tingginya angka BBLR mencerminkan faktor risiko yang berasal dari ibu atau anak, faktor sosial ekonomi dan faktor ketidakpatuhan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Sasha et al., 2018). Menurut Rachmawati et al. (2017) ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan kehamilan ibu hamil yaitu faktor pendorong (*predisposing factors*) meliputi usia, pendidikan, pekerjaan dan paritas. Faktor pemungkin (*enabling factors*) dapat berupa fasilitas, sarana prasarana pemeriksaan kehamilan, daerah tempat tinggal dan sosial ekonomi keluarga. Faktor penguat (*reinforcing factors*) didapatkan dari dukungan keluarga, tokoh masyarakat maupun petugas kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut, diketahui bahwa perilaku pemeriksaan kehamilan memiliki keterkaitan dengan berat lahir bayi. Namun beberapa penelitian mengatakan tidak adanya hubungan pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi dan penelitian ini menggunakan standar kuantitas sesuai anjuran WHO. Sehingga diperlukannya penelitian lebih lanjut tentang hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan terhadap berat lahir bayi di Indonesia.

B. Rumusan Masalah

Masih tingginya angka kejadian BBLR memiliki dampak serius seperti terganggunya tumbuh kembang anak, gizi anak dan angka kematian neonatal. Upaya promotif dan preventif dalam menurunkan angka kejadian BBLR dengan pelayanan pemeriksaan kehamilan. Maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan terhadap berat lahir bayi di Indonesia (Analisis data SDKI Tahun 2017)”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan terhadap berat lahir bayi di Indonesia berdasarkan data SDKI tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran berat lahir bayi di Indonesia.
- b. Diketahui gambaran perilaku pemeriksaan kehamilan di Indonesia.
- c. Diketahui gambaran karakteristik ibu hamil.
- d. Diketahui hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi di Indonesia setelah dikontrol dengan variabel *confounding*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Masyarakat

Masyarakat khususnya ibu hamil memerlukan informasi tentang pemeriksaan kehamilan dan faktor-faktor yang menyebabkan BBLR.

2. Bagi Institusi Kesehatan

Peningkatan pelayanan pemeriksaan kehamilan dalam upaya pencegahan BBLR diperlukannya pengembangan strategi promosi kesehatan sehingga penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi, acuan dan informasi.

3. Bagi Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan ajar dan bacaan yang berkaitan dengan ilmu promosi kesehatan serta meningkatkan jumlah publikasi yang berkontribusi bagi peneliti dan institusi.

4. Bagi Peneliti Lain

Peneliti lainnya dapat menjadikan penelitian ini sebagai bahan acuan dan referensi serta dapat menggunakan metode penelitian yang berbeda.

5. Bagi Peneliti

Peneliti dapat menerapkan pelajaran yang didapatkan, memperoleh pengetahuan dan pengalaman berharga sehingga peneliti dapat berbagi manfaat untuk diri sendiri, keluarga dan masyarakat.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti dan Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil penelitian	Perbedaan
1.	Aeda Ernawati Tahun 2016	Faktor Risiko Bayi Berat Lahir Rendah Ditinjau Dari Kualitas Pelayanan Kesehatan Dan Faktor Kehamilan (Studi di Puskesmas Margorejo dan Puskesmas Juwana di Kabupaten Pati)	Desain: Studi kasus kontrol Variabel independen: faktor risiko dari segi kualitas pelayanan kesehatan dan faktor kehamilan Variabel dependen: bayi berat lahir rendah Sampel: 64 sampel Analisis: data primer	Hasil penelitian ini menunjukkan kualitas <i>antenatal care</i> yang tidak lengkap berisiko 4,911 kali melahirkan BBLR dan frekuensi <i>antenatal care</i> tidak berpengaruh terhadap kejadian BBLR.	Desain penelitian, jumlah sampel dan sumber data.
2.	Hikmah Ifayanti dkk Tahun 2018	Determinan Berat Bayi Lahir Di Puskesmas Pringsewu, Lampung: Laporan Kohort Ibu Tahun 2016-2017	Desain : <i>cross sectional</i> Variabel independen: determinan Variabel dependen: berat bayi lahir Sampel: 213 sampel Analisis: data primer	Penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan berhubungan tidak langsung dengan berat lahir bayi.	Variabel independen, jumlah sampel dan sumber data.
3.	Hong Zhou dkk Tahun 2019	<i>Quality Antenatal Care Protects Against Low Birth Weight In 42 Poor Counties Of Western China</i>	Desain: Survei <i>cross sectional</i> berbasis komunitas Variabel independen: <i>Quality Antenatal Care</i> Variabel dependen: <i>Low Birth Weight</i> Sampel: 8.964 sampel Analisis: data sekunder	Hasil penelitian ini menunjukkan BBLR berhubungan positif dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan, dan tidak memiliki akses pemeriksaan kehamilan (berat badan, tekanan darah, tes darah, urine tes, ultrasonografi B-scan dan suplemen asam folat).	Jumlah sampel.

4.	Nurhayani Fatimah dkk Tahun 2017	Hubungan <i>antenatal care</i> dengan kejadian bayi berat lahir rendah pada ibu aterm di RSUP dr. M. Djamil Padang	Desain: <i>cross sectional</i> Variabel independen: <i>antenatal care</i> Variabel dependen: bayi berat lahir rendah Sampel: 84 sampel Analisis: data primer	Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara frekuensi <i>antenatal care</i> dengan kejadian BBLR dan tidak terdapat hubungan antara tenaga kesehatan yang dikunjungi ibu saat pemeriksaan kehamilan dengan kejadian BBLR.	Jumlah sampel dan sumber data.
5.	Pertiwi Perwiraningt yas dkk Tahun 2020	Analisis Faktor Resiko Tingkat Berat Bayi Lahir Rendah	Desain: <i>Cross sectional</i> Variabel independen: faktor resiko Variabel dependen: berat bayi lahir rendah Sampel: 125 sampel Analisis: data primer	Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia ibu saat hamil, frekuensi pemeriksaan kehamilan dan jumlah paritas terhadap angka kejadian BBLR.	Variabel independen, jumlah sampel dan sumber data.
6.	Ribka Yulia Ruindungan dkk Tahun 2017	Hubungan Pemeriksaan <i>Antenatal Care</i> (ANC) Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Wilayah Kerja RSUD Tobelo	Desain: <i>Study Retrospective</i> Variabel independen: pemeriksaan <i>antenatal care</i> (ANC) Variabel dependen: berat badan lahir rendah Sampel: 32 sampel Analisis: data primer	Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan pemeriksaan <i>antenatal care</i> dengan kejadian BBLR.	Variabel independen, desain penelitian, jumlah sampel dan sumber data.
7.	Riny Natalina Legawati Tahun 2020	Pengaruh Faktor Maternal Dan Pelayanan <i>Antenatal Care</i> (ANC) terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	Desain: <i>Case Control</i> Variabel independen: faktor maternal dan pelayanan <i>antenatal care</i> Variabel dependen: bayi berat lahir rendah (BBLR) Sampel: 86 sampel Analisis: data primer	Hasil penelitian menunjukkan faktor maternal yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR adalah umur ibu dengan kategori berisiko (<20 tahun dan >35 tahun) dan faktor pelayanan yang tidak berpengaruh adalah frekuensi pemeriksaan kehamilan dan waktu pertama kali melakukan pemeriksaan kehamilan.	Desain penelitian, jumlah sampel dan sumber data.

8.	Stella Rizalina Sasha Tahun 2018	<i>Does Low Birth Weight Vary Geospatially in Singapore?</i>	Desain: studi geospasial Variabel independen: Variasi Geospasial Variabel dependent: berat lahir rendah Sampel: 24.615 sampel Analisis: data sekunder	Hasil penelitian ini menunjukkan BBLR mencerminkan beberapa faktor risiko, seperti status sosial ekonomi dan ketidapatuhan terhadap kunjungan <i>antenatal care</i> , serta faktor risiko yang tidak diketahui yang memerlukan analisis lebih lanjut.	Desain penelitian, variabel independen dan jumlah sampel.
9.	Sujianti Tahun 2017	Literatur Review Bayi Berat Lahir Rendah	Desain: kajian literatur Variabel independen: faktor-faktor Variabel dependent: bayi berat lahir rendah Sampel: jurnal dari Portal Garuda, DOAJ, Pubmed dan Scholar Analisis: literatur	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko kejadian BBLR meliputi status pelayanan <i>antenatal care</i> (frekuensi dan kualitas, tenaga kesehatan, tempat pemeriksaan kehamilan, riwayat pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan kehamilan tidak teratur).	Desain penelitian, variabel independen, jumlah sampel dan sumber data.
10.	Wahyuni Hafid dkk Tahun 2020	Analisis Determinan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Tani dan Nelayan	Desain: <i>Cross sectional</i> Variabel independen: determinan Variabel dependent: bayi berat lahir rendah Sampel: 137 sampel Analisis: data primer	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan ibu, paritas dan <i>antenatal care</i> (ANC) terhadap kejadian berat badan lahir rendah (BBLR)..	Variabel independen, jumlah sampel dan sumber data.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Berat Lahir Bayi

1. Pengertian Berat Lahir Bayi

Berat badan bayi saat lahir merupakan salah satu indikator bayi lahir normal yang diukur dalam jangka waktu satu jam setelah lahir. Berat lahir bayi juga menjadi indikator pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak. Kelahiran bayi dapat digolongkan menjadi tiga berdasarkan hubungan waktu kelahiran dengan umur kehamilan, sebagai berikut :

- a. Bayi kurang bulan, yaitu bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari) disebut sebagai bayi prematur.
- b. Bayi cukup bulan, yaitu bayi dengan masa kehamilan 37-42 minggu (259 - 293 hari).
- c. Bayi lebih bulan, yaitu bayi dengan masa kehamilan 42 minggu (>294 hari) (Dinkes Provinsi Bali, 2019).

2. Klasifikasi Berat Lahir Bayi

a. Berat Bayi Lahir Normal

Berat lahir untuk bayi normal menurut Kemenkes (2016) adalah bayi dengan berat badan lahir antara 2500 sampai 4000 gram. Menurut Sarwono (dalam Sondakh, 2013) berat bayi baru lahir normal berkisaran 2500-4000 gram dengan usia kehamilan 37-42 bulan atau cukup bulan.

b. Berat Bayi Lahir Rendah

Bayi yang memiliki berat kurang dari 2500 gram tergolong dalam berat bayi lahir rendah (BBLR). BBLR dengan umur kehamilan 37 minggu disebut bayi kurang bulan (KB) sedangkan bayi kecil masa kehamilan (KMK) yaitu bayi yang dilahirkan kurang dari percentil ke-10 kurva pertumbuhan janin (Sudarti, 2017).

BBLR dapat dibedakan menjadi 3 golongan, yaitu:

- 1) Berat badan lahir rendah (BBLR) : 1500 – 2499 gram.
- 2) Berat badan lahir sangat rendah (BBLSR) : < 1500 gram.
- 3) Berat badan lahir ekstrem rendah (BBLER) : < 1000 gram.

c. Berat Bayi Lahir besar

Bayi dengan berat lahir 4000 gram atau lebih tanpa melihat umur kehamilan disebut dengan makrosomia atau bayi besar (Musti et al., 2019). Menurut penelitian Ezegwui (dalam Merita, 2015) menyatakan bayi dengan makrosomia dapat menimbulkan masalah dalam proses persalinan seperti tersangkutnya bahu bayi pada jalan lahir (dikstosia bahu) sehingga bayi tidak bisa dilahirkan secara normal, perdarahan postpartum, laserasi vagina, perineum sobek dan laserasi servik. Hal ini juga dapat menyebabkan bayi mengalami kecacatan seperti cedera plexus brachialis, fraktur humerus dan fraktur klavikula.

B. Pemeriksaan Kehamilan

1. Pengertian Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan atau *antenatal care* (ANC) merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara komprehensif dan terpadu mencakup pelayanan KIA, gizi, penyakit menular, penyakit tidak menular (PTM) dan kekerasan terhadap perempuan selama kehamilan sebagai upaya meningkatkan kesehatan, pencegahan komplikasi, penanganan serta pemulihan kesehatan ibu hamil (Muchtar et al., 2015). Pemeriksaan kehamilan sangat diperlukan dalam upaya mempersiapkan masa kehamilan, persalinan dan nifas untuk mengurangi angka kesakitan, angka kematian yang dapat terjadi pada ibu maupun bayi serta angka kejadian BBLR (Kemenkes RI, 2018; Pudiastuti, 2018).

2. Tujuan Pemeriksaan kehamilan

Tujuan pemeriksaan kehamilan sangatlah penting bagi kesehatan ibu hamil, ada beberapa tujuan dari pemeriksaan kehamilan menurut Kemenkes (2018), yaitu :

- a. Memantau kehamilan, memastikan kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin berlangsung baik dan normal.
- b. Mendeteksi komplikasi kehamilan sejak dini termasuk adanya riwayat penyakit dan tindak pembedahan.
- c. Meningkatkan serta menjaga kesehatan ibu dan bayi.
- d. Mempersiapkan proses persalinan untuk meminimalkan kejadian berisiko yang dapat terjadi pada masa persalinan sehingga ibu melahirkan bayi dengan selamat.
- e. Mengurangi risiko kejadian kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga untuk menerima kelahiran anak serta mempersiapkan tumbuh kembang anak dengan baik.

- g. Mempersiapkan ibu untuk melewati masa nifas dan memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

3. Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

a. Anamnesis

Anamnesis dapat membantu petugas kesehatan menegakan diagnosis sementara dari informasi dan keterangan yang didapatkan langsung dari ibu hamil atau keluarga. Dalam memberikan pelayanan, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan anamnesis, yaitu sebagai berikut:

- 1) Menanyakan status kunjungan (baru atau lama), riwayat kehamilan yang sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya dan riwayat penyakit yang diderita ibu.
- 2) Menanyakan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh ibu saat ini.
- 3) Menanyakan tanda bahaya yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil:
 - a) Muntah berlebihan, pusing, sakit kepala menetap, perdarahan, sakit perut hebat, demam, batuk lama, berdebar-debar, cepat lelah, sesak napas atau sukar bernapas, keputihan yang berbau dan gerakan janin.
 - b) Perilaku berubah selama hamil, seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya.
 - c) Riwayat kekerasan terhadap perempuan (KtP) selama kehamilan.
- 4) Menanyakan status imunisasi Tetanus Toksoid.
- 5) Menanyakan jumlah tablet Fe yang dikonsumsi.
- 6) Menanyakan obat-obat yang dikonsumsi.
- 7) Di daerah endemis malaria, tanyakan gejala malaria dan riwayat pemakaian obat malaria.
- 8) Di daerah risiko tinggi IMS, tanyakan gejala IMS dan riwayat penyakit pada pasangannya.
- 9) Menanyakan pola makan ibu selama hamil yang meliputi jumlah, frekuensi dan kualitas asupan.
- 10) Menanyakan kesiapan menghadapi persalinan dan menyikapi kemungkinan terjadinya komplikasi dalam kehamilan, antara lain:
 - a) Siapa yang akan menolong persalinan?
 - b) Di mana akan bersalin?
 - c) Siapa yang mendampingi ibu saat bersalin?

- d) Siapa yang akan menjadi pendonor darah apabila terjadi pendarahan?
- e) Transportasi apa yang akan digunakan jika suatu saat harus dirujuk?
- f) Apakah sudah disiapkan biaya untuk persalinan?

b. Pemeriksaan

Standar pelayanan dasar pemeriksaan kehamilan diatur dalam Permenkes RI Nomor 4 Tahun 2019 menyatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan pemeriksaan kehamilan harus sesuai standar kuantitas dan kualitas. Untuk mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan lebih optimal WHO meningkatkan standar kuantitas pemeriksaan kehamilan dari 4 kali kunjungan menjadi 8 kali kunjungan selama kehamilan.

Tabel 2.1 Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan Kehamilan menurut WHO (2002)	Pemeriksaan Kehamilan menurut WHO (2016)
Trimester 1	
Kunjungan 1: 8-12 minggu	Kunjungan 1: sampai dengan 12 minggu
Trimester 2	
Kunjungan 2: 24-26 minggu	Kunjungan 2: 20 minggu Kunjungan 3: 26 minggu
Trimester 3	
Kunjungan 3: 32 minggu Kunjungan 4: 36-38 minggu	Kunjungan 4: 30 minggu Kunjungan 5: 34 minggu Kunjungan 6: 36 minggu Kunjungan 7: 38 minggu Kunjungan 8: 40 minggu

Sumber : WHO (2016)

Periode kehamilan terdiri dari trimester 1 (0-13 minggu), trimester 2 (14-26 minggu) dan trimester 3 (27-40 minggu). Pada kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan atau cakupan K1 yang menggambarkan jangkauan pelayanan yang diperoleh ibu hamil saat pertama kali memeriksakan kehamilannya. Cakupan K4 merupakan indikator ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar secara lengkap (Mughtar et al., 2015). Menurut (Nugroho et al., 2014) pelayanan pemeriksaan kehamilan yang didapatkan oleh ibu hamil selama periode kehamilan, yaitu :

a. Trimester 1

Pada trimester 1, kunjungan pemeriksaan kehamilan dilakukan 1 kali pada umur kehamilan kurang dari 12 minggu. Hal ini bertujuan untuk menilai tingkat kesehatan ibu, menetapkan catatan dasar sebagai pembanding kemajuan

kehamilan, identifikasi faktor risiko, deteksi masalah kehamilan, diskusi kehamilan, membina hubungan dan konseling.

Pada kunjungan pertama terdapat penilaian klinik yang terdiri dari riwayat kehamilan ibu, riwayat obstetric lalu, riwayat penyakit dan riwayat sosial ekonomi. Pemeriksaan fisik pada saat kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan meliputi, sebagai berikut :

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Pemeriksaan fisik umum meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, pengukuran tinggi dan berat badan, muka, kesehatan mulut dan gigi, tiroid, tulang belakang, payudara, abdomen, ekstremitas dan kesehatan kulit.

2) Pemeriksaan Luar

Pemeriksaan luar meliputi pemeriksaan panggul, mengukur TFU, palpasi untuk menentukan letak janin, auskultasi DJJ dan gerakan janin.

3) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam terdiri dari pemeriksaan vulva, pemeriksaan dengan speculum untuk menilai serviks, tanda-tanda infeksi, cairan dari OU dan posisi uterus.

4) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan darah untuk menilai hemoglobin (HB), glukosa, golongan darah dan PP test serta pemeriksaan urin untuk menilai protein, glukosa, warna, bau dan kejernihan urin.

b. Trimester 2

Pada trimester 2, pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan 2 kali. Kunjungan pada periode ini bertujuan untuk memantau perkembangan kondisi ibu dan janin dengan melihat catatan riwayat dan pemeriksaan fisik, mendeteksi komplikasi pada kehamilan dengan pemeriksaan spekulum/pelvic dan pemeriksaan laboratorium, pendidikan dan konseling kesehatan, waspada pre-eklamsia serta mengulang perencanaan persalinan.

c. Trimester 3

Pada trimester 3, ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan sebanyak 5 kali. Hal ini bertujuan untuk memantau perkembangan ibu dan janin, pemeriksaan palpasi abdominal, mendeteksi letak janin dan tanda abnormal, tanda-tanda persalinan serta pemantapan rencana persalinan.

Kualitas pelayanan yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya selama kehamilan, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas. Menurut Kemenkes RI (2016), pelayanan pemeriksaan kehamilan ibu hamil harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu memenuhi kriteria minimal “10T” komponen pemeriksaan kehamilan, sebagai berikut :

a. Pengukuran Tinggi dan Berat Badan

Tinggi badan ibu mempengaruhi tumbuh kembang janin dan jalan lahir. Ibu hamil yang memiliki tubuh pendek atau tinggi badan kurang dari 145 cm berisiko memiliki panggul yang sempit yang dapat menyebabkan pertumbuhan janin menjadi terbatas dan sulit melakukan persalinan normal (Mulu et al., 2020). Untuk menilai status gizi ibu dapat dilakukan dengan mengukur indeks massa tubuh (IMT) ibu hamil. Berat badan ibu sebelum dan selama kehamilan mempengaruhi pertumbuhan janin. Hal ini berkaitan asupan nutrisi dan gizi dari ibu ke janin. Penambahan berat badan selama hamil sekitar 10 kg sampai 15 kg. Pada trimester I penambahan sekitar 1 kg dan trimester II serta III bertambah berat badan sekitar 0,3 kg sampai 0,7 kg/minggu (Nurhayati, 2016).

Sesuai anjuran *Institute of Medicine* (IOM) penambahan berat badan ibu hamil berdasarkan IMT pra hamil dalam Ningrum & Cahyaningrum (2018), yaitu:

- 1) IMT $<18,5\text{kg/m}^2$ penambahan berat badan sekitar 12,6-18 kg.
- 2) IMT $18,5\text{-}24,9\text{ kg/m}^2$ penambahan berat badan sekitar 11,25-15,75kg.
- 3) IMT $25\text{-}29,9\text{ kg/m}^2$ penambahan berat badan sekitar 6,75-11,25kg.
- 4) IMT 30 kg/m^2 penambahan berat badan sekitar 4,95-9kg.

b. Pengukuran Tekanan Darah

Tekanan darah selama kehamilan untuk mengantisipasi terjadinya hipertensi, preeklamsi maupun eklamsi yang dapat berisiko pada kehamilan. Tekanan darah normal yaitu 120/80mmHg. Bila tekanan darah pada ibu hamil lebih besar atau sama dengan 140/90mmHg, maka ibu hamil berisiko terkena hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan terjadinya disfungsi plasenta dan

komplikasi kehamilan sehingga menghambat pertumbuhan janin, perkembangan saraf janin bahkan dapat menyebabkan kematian pada ibu maupun janin (Lei et al., 2018).

c. Pengukuran Lingkar Lengan

Status gizi pada ibu hamil dapat dilihat dengan mengukur lingkar lengan atas. Ibu hamil mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) jika ukuran lingkar lengan kurang dari 23,5 cm. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya malnutrisi yang dapat menghambat pertumbuhan janin sehingga berisiko melahirkan BBLR (Ningrum & Cahyaningrum, 2018).

d. Pengukuran Tinggi Rahim

Untuk mengetahui besar rahim dan kesesuaian pertumbuhan serta perkembangan janin dengan usia kehamilan diperlukan pengukuran fundus ateri atau tinggi rahim (Kemenkes RI, 2016).

e. Penentuan Presentasi Janin dan Penghitungan Denyut Jantung Janin

Letak janin dapat mempengaruhi proses persalinan. Pada trimester III letak janin bagian kepala telah masuk bagian panggul ibu, jika tidak maka kemungkinan terjadi kelainan letak atau masalah lainnya yang dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian. Denyut jantung janin dapat menunjukkan masalah pada janin jika kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit sehingga perlu dilakukan penanganan yang cepat (Kemenkes RI, 2016).

f. Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pencegahan terjadinya infeksi tetanus pada bayi dan ibu dengan pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) pada ibu hamil. Penyakit infeksi ini disebabkan oleh kuman *Clostridium Tetani* yang dapat menyebabkan kematian pada bayi.

Tabel 2.2 Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : Kemenkes RI (2016)

g. Pemberian Tablet Tambah Darah atau Zat Besi

Pencegahan terjadinya anemia pada ibu hamil dilakukan dengan pemberian tablet tambah darah atau zat besi (Fe). Anemia dapat menyebabkan menurunnya kadar hemoglobin (Hb) dan sel darah merah sehingga menurunkan kadar oksigen yang berpengaruh pada proses pertumbuhan janin. Pemberian tablet tambah darah (Fe) pada ibu hamil minimal 90 tablet dan diminum 1 tablet setiap hari selama kehamilan (Sujianti, 2017).

h. Tes Laboratorium

Tes laboratorium pada ibu hamil yang dilakukan yaitu periksa darah dan urine. Untuk mengetahui kadar hemoglobin, malaria, penyakit menular seksual seperti HIV dan sifilis serta mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil (Kemenkes RI, 2016).

i. Konseling

Ibu hamil dapat melakukan konseling kepada petugas kesehatan dan mendapatkan informasi mengenai perawatan kehamilan, persiapan persalinan, tanda-tanda komplikasi, persiapan masa nifas, inisiasi menyusui dini (IMD), ASI eksklusif, keluarga berencana pasca salin, masalah gizi, penyakit kronis, penyakit menular, penyakit tidak menular, kelas bumil, *brain booster*, HIV-AIDS, kekerasan terhadap perempuan serta imunisasi (Muchtar et al., 2015)

j. Tata Laksana atau Mendapatkan Pengobatan

Selama kehamilan ibu hamil mempunyai masalah terhadap kesehatan dan mengalami komplikasi pada kehamilan, maka ibu hamil berhak mendapat pengobatan (Kemenkes RI, 2016).

4. Perilaku Pemeriksaan Kehamilan

Kegiatan atau aktivitas manusia yang bisa diamati maupun tidak dapat diamati seperti berjalan, berbicara, menulis, berpikir, bersikap dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan teori dasar oleh Lawrence Green (1991) dalam Rachmawati et al. (2017), menyatakan perilaku pemeriksaan kehamilan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Faktor-faktor Pendorong (*predisposing factors*)

Faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, nilai, budaya dan keyakinan yang dimilikinya sehingga menyebabkan perilaku tersebut. Faktor pendorong (*predisposing factors*) yang mempengaruhi perilaku pemeriksaan kehamilan yaitu usia, pendidikan, pekerjaan dan paritas.

b. Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor yang memungkinkan memfasilitasi terjadinya perilaku seperti sarana prasana pemeriksaan kehamilan, daerah tempat tinggal dan sosial ekonomi keluarga.

c. Faktor-faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Faktor yang memperkuat terwujudnya suatu perilaku yaitu dukungan keluarga, tokoh masyarakat maupun petugas kesehatan.

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Berat Lahir Bayi

1. Perilaku Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan upaya mendeteksi dini, diagnosis, pencegahan komplikasi, penanganan, promosi kesehatan dan perawatan pada ibu dan janin (Priyanti et al., 2020). Pemeriksaan kehamilan juga bertujuan untuk menyiapkan fisiologis dan psikologis ibu sehingga lebih siap menjalani kehamilan dan menghadapi persalinan (Legawati, 2020). Pelayanan ini juga memberikan informasi tanda-tanda komplikasi selama kehamilan dan penanganan yang tepat kepada ibu hamil dan keluarga (Rachmawati et al., 2017).

Penyebab terjadinya BBLR dapat berasal dari faktor ibu, faktor janin dan faktor lingkungan (Maidartati, 2019). Faktor ibu seperti tekanan darah tinggi, riwayat diabetes militus, anemia, Kurang Energi Kronis (KEK), riwayat penyakit jantung dan penyakit ginjal dapat menyebabkan terjadinya komplikasi pada kehamilan sehingga penghambat pertumbuhan janin (Nasution, 2018). Untuk mendeteksi dini, mencegah komplikasi dan menegakan diagnosis maka diperlukan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas memenuhi standar pelayanan minimal 10T yaitu pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi dan berat badan, lingkaran lengan, tinggi rahim, periksa perut, denyut jantung janin, darah, urin, pemberian tablet zat besi dan konsultasi (Kemenkes RI, 2016).

Penelitian Ernawati (2016) di Puskesmas Margorejo dan Puskesmas Juwana di Kabupaten Pati menunjukkan kualitas antenatal care menjadi faktor risiko BBLR dengan nilai (OR = 4,911 dan p = 0,009). Pelayanan pemeriksaan kehamilan yang kualitas pelayanannya yang kurang baik, kurangnya konseling, komunikasi, informasi dan edukasi dari tenaga kesehatan serta pendidikan ibu hamil dapat berpengaruh melahirkan BBLR (Ifayanti et al., 2019).

Penelitian Fatimah et al. (2018) di RSUP dr. M. Djamil Padang menunjukkan ibu yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan kurang dari 4 kali memiliki

risiko 3,69 kali melahirkan BBLR dibandingkan ibu dengan kunjungan pemeriksaan kehamilan lebih dari 4 kali. Hal ini disebabkan ibu kurang mendapatkan informasi tentang tanda komplikasi, kurang terpantaunya komplikasi, pemeriksaan fisik seperti tekanan darah, gizi, kesehatan dan pertumbuhan janin yang dapat menyebabkan BBLR.

Ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan sedini mungkin akan menurunkan peluang melahirkan BBLR. Hal ini dikarenakan akan terdeteksinya kelainan atau komplikasi kehamilan sehingga mendapatkan perawatan intensif neonatal (Legawati, 2020). Sejalan dengan penelitian Zhou et al., (2019) di Tiongkok Barat bahwa memeriksakan kehamilan sedini mungkin, setidaknya lima atau delapan pemeriksaan dan mendapatkan pelayanan yang berkualitas (berat badan, tekanan darah, tes darah, urine tes, ultrasonografi B-scan dan suplemen asam folat) dapat mengurangi risiko melahirkan BBLR.

2. Usia Ibu

Usia merupakan rentang waktu hidup seseorang sejak dilahirkan yang diukur dengan tahun. Usia mempengaruhi pola pikir seseorang dalam bertindak. Hal ini dikarenakan semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki terutama tentang kehamilan. Semakin matangnya usia ibu saat hamil maka semakin dewasa cara pemikirannya sehingga lebih siap menghadapi kehamilan dan memiliki motivasi lebih dalam memeriksakan kehamilannya (Rachmawati et al., 2017).

Usia saat hamil dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin. Kehamilan pada usia terlalu muda berisiko mengalami komplikasi yang disebabkan belum matangnya organ reproduksi dan belum siap secara fisik dan psikis menjadi seorang ibu. Kurangnya pengetahuan, perhatian tentang kehamilan dan lebih berisiko mengalami masalah gizi yang dapat berdampak pada kehamilan. Kehamilan di usia yang terlalu tua mempunyai risiko saat hamil dikarenakan penurunan fungsi organ reproduksi dan kesehatan ibu yang berisiko mengalami komplikasi kehamilan sehingga melahirkan BBLR (Sembiring et al., 2017).

3. Pendidikan Ibu

Pendidikan adalah suatu proses mengembangkan kepribadian menuju kedewasaan dan kemampuan seseorang. Pendidikan yang merupakan proses belajar berkaitan dengan pengetahuan, pemahaman dan cara pandang. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan. Semakin banyaknya pengetahuan maka

akan berpengaruh pada persepsi yang membentuk sikap dan perilaku seseorang (Notoadmodjo, 2010).

Ibu hamil yang mempunyai tingkat pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai masalah kesehatan akan mengantisipasi risiko terhadap kehamilannya. Pengetahuan akan mempengaruhi sikap dalam menerima informasi dan kemudahan mengakses informasi. Kurangnya pengetahuan ibu hamil tentang faktor risiko BBLR, komplikasi kehamilan, pemilihan perawatan kehamilan dan gizi saat kehamilan dapat berdampak negatif terhadap kehamilan karena kurang kesiapan ibu dalam menjaga kesehatan dan mengantisipasi menghadapi komplikasi kehamilan (Parandhita, 2019).

4. Pekerjaan Ibu

Pekerjaan merupakan upaya dalam memenuhi kebutuhan hidup yang menghasilkan baik berupa upah, imbalan maupun barang. Lingkungan pekerjaan dapat memberikan dampak pada kehamilan. Hal ini berkaitan dengan jenis pekerjaan, durasi bekerja dan beban pekerjaan yang dilakukan oleh ibu hamil. Pekerjaan yang dilakukan ibu selama hamil dapat berisiko terhadap kehamilan seperti menyebabkan stress berat, mengangkat sesuatu yang berat dan berdiri terlalu lama. Stress dan kelelahan dapat menurunkan nafsu makan ibu sehingga menyebabkan terganggunya asupan nutrisi pada janin (Parandhita, 2019).

Pekerjaan dapat meningkatkan penghasilan sehingga dapat mengakses pelayanan pemeriksaan kehamilan dan memenuhi kebutuhan gizi selama kehamilan. Berbagai informasi yang dapat diperoleh dari ibu yang bekerja dari pengalaman, pengetahuan maupun interaksi dengan orang lain (Noh et al., 2019; Kargbo et al., 2020). Ibu yang bekerja akan kesulitan dalam mengatur dan menjadwalkan waktu pemeriksaan kehamilan dibandingkan ibu yang tidak bekerja (Rachmawati et al., 2017)

5. Daerah Tempat Tinggal

Fasilitas kesehatan yang lokasinya jauh dari tempat tinggal ibu hamil dan sulitnya akses menuju fasilitas kesehatan dapat menyebabkan minat ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan menurun (Rachmawati et al., 2017). Perbedaan daerah tempat tinggal dan akses yang sulit dapat membuat kesenjangan seperti kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan dan kualitas pengobatan (Kaur et al., 2019).

Lingkungan tempat tinggal dapat memengaruhi perilaku dan gaya hidup seseorang. Lingkungan yang membentuk sikap dan persepsi seperti usia saat hamil, kesadaran gizi saat hamil, paritas, sikap terhadap informasi baru dan kesadaran untuk

melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan (Sasha et al., 2018; Kaur et al., 2019). Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi BBLR pada anak umur 0-59 bulan di pedesaan persentasenya lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Persentase BBLR di pedesaan yaitu 6,3% sedangkan di perkotaan yaitu 6,1%.

6. Status Sosial Ekonomi

Tingkat status sosial ekonomi berdasarkan aset rumah tangga yang dimiliki. Tingkat status sosial ekonomi berkaitan dengan kemampuan finansial dalam memenuhi kebutuhan baik pemenuhan gizi ibu selama kehamilan dan akses perawatan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas (Kaur et al., 2019). Status sosial ekonomi yang rendah akan menyebabkan kurangnya akses ibu dalam pemenuhan gizi selama hamil. Status gizi ibu saat hamil mempengaruhi tumbuh kembang janin. Ibu dengan status ekonomi yang rendah akan kesulitan mendapatkan perawatan pemeriksaan kehamilan dan penanganan medis karena faktor biaya. Tidak terpantaunya kesehatan ibu dan janin serta tidak terdeteksinya komplikasi pada kehamilan akan berisiko lebih tinggi untuk mengalami BBLR, bayi gagal tumbuh dan memiliki risiko kesakitan bahkan kematian yang lebih tinggi (Kargbo et al., 2020).

7. Tempat Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan dilakukan di fasilitas kesehatan secara komprehensif dan terpadu. Fasilitas pelayanan pemeriksaan kehamilan dapat dilakukan di fasilitas kesehatan pemerintahan, swasta dan praktik mandiri ataupun kelompok (Kemenkes RI, 2014). Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan ibu hamil mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan lebih lengkap. Komponen pemeriksaan yang lebih lengkap yang diterima oleh ibu hamil dapat membantu dalam melakukan skrining, pemantauan kehamilan, tumbuh kembang janin, komplikasi kehamilan dan perawatan kehamilan yang berkualitas (Banchani & Tenkorang, 2020).

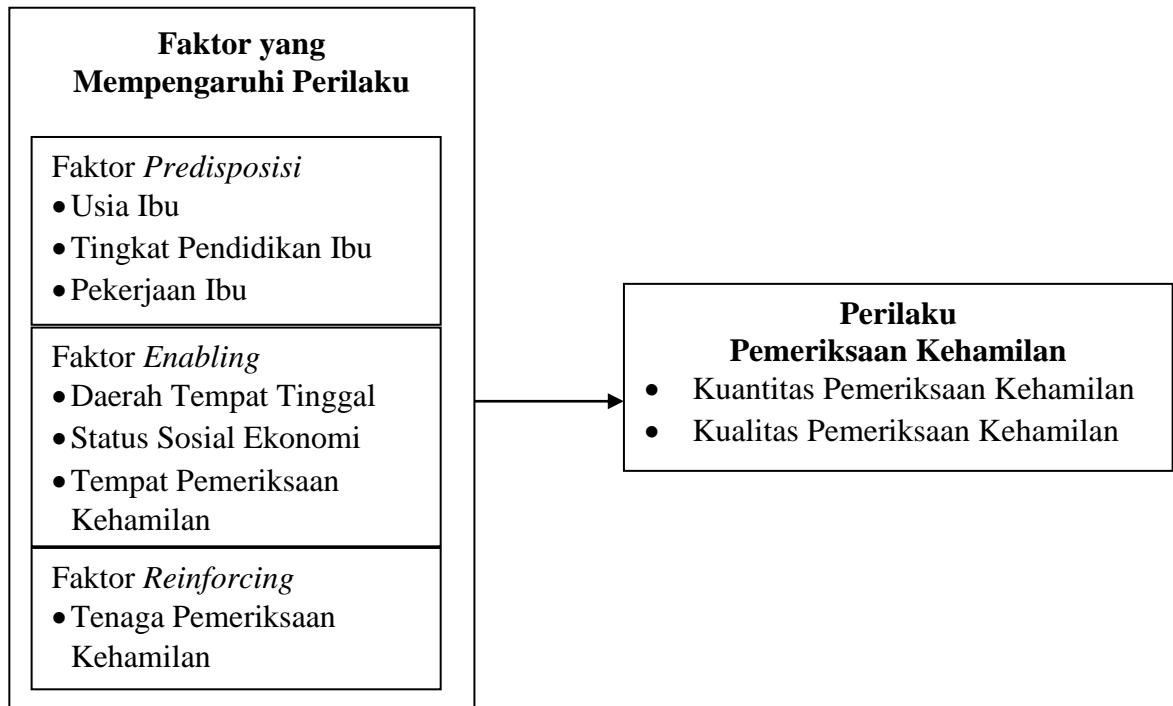
8. Tenaga Pemeriksaan Kehamilan

Tenaga pemeriksaan kehamilan berperan sebagai pemberi asuhan pemeriksaan kehamilan secara langsung pada ibu hamil. Jenis tenaga pemeriksaan kehamilan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Tenaga kesehatan: dokter umum, dokter kandungan (dokter spesialis kandungan dan kebidanan), bidan dan perawat terlatih.
- b. Tenaga non kesehatan : dukun bayi dan lainnya.

Tenaga pemeriksa kehamilan memberikan asuhan harus berkompeten sehingga dapat memastikan kehamilan berlangsung normal, mendeteksi komplikasi kehamilan, mendiagnosa, melakukan penilaian risiko, melakukan rujukan dan penanganan yang tepat dan cepat yang berdampak pada kehamilan sehingga menyebabkan bayi terlahir BBLR (Muchtar et al., 2015).

D. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Teori Lawrence Green (dalam Notoatmodjo, 2010; Rachmawati et al., 2017) dan Tuckman (dalam Sarwono, 2006)

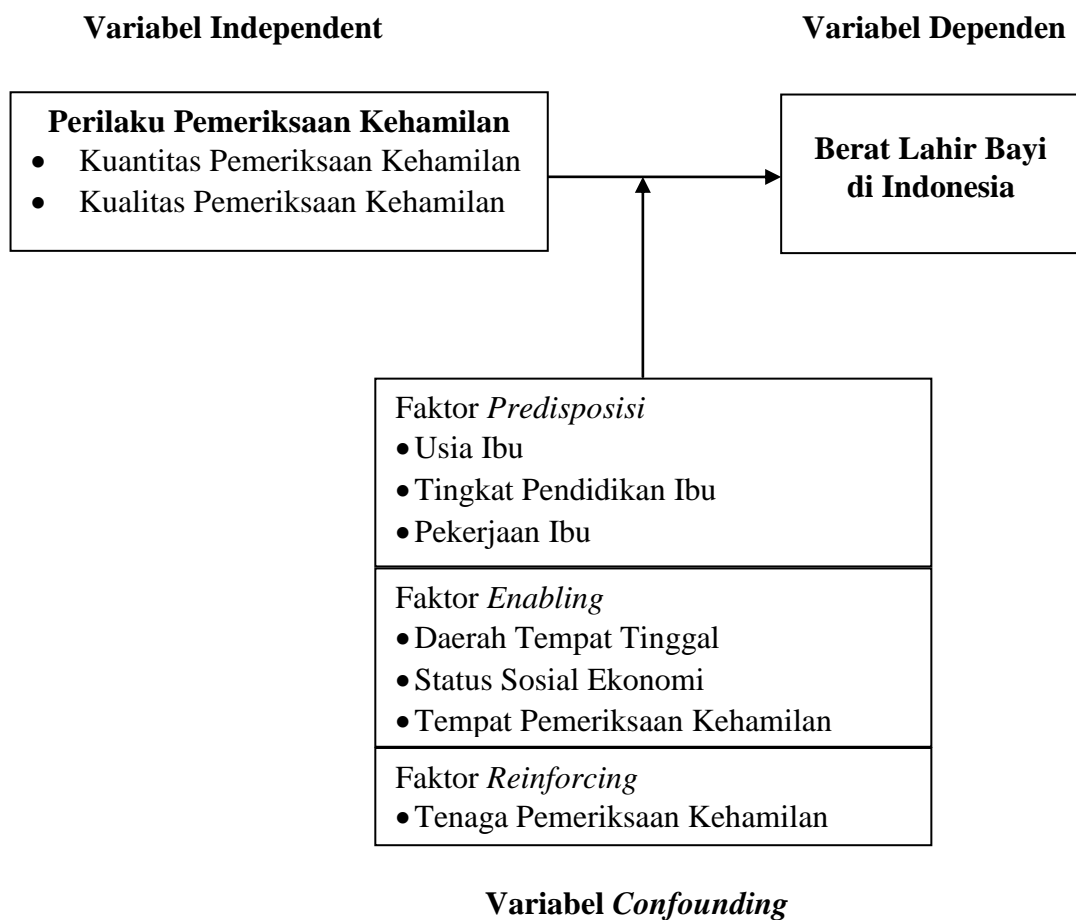
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis terhadap data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yang bersifat *observasional analitik* dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*). Penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi di Indonesia.

B. Kerangka Konsep Penelitian



Bagan 3.1 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Metode	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Berat Lahir Bayi	Berat lahir yang ditimbang dalam satuan gram saat bayi lahir.	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-27 pertanyaan no. 427 dan 428	0= Berat bayi lahir normal (≥ 2500 gram) 1= Berat bayi lahir rendah (BBLR) (< 2500 gram)	Ordinal
2.	Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan	Frekuensi kunjungan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu hamil	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-24 dan WUS-25 pertanyaan no. 408, 412, 412A dan 412B	0= Sesuai rekomendasi (≥ 8 kali) 1= Tidak sesuai rekomendasi (< 8 kali)	Ordinal
3.	Kualitas Pemeriksaan Kehamilan	Standar pelayanan pemeriksaan kehamilan yang didapatkan oleh ibu hamil	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-25 pertanyaan no. 413, 413A, 414 dan 421	0 = Sesuai rekomendasi, apabila memenuhi standar pelayanan pemeriksaan kesehatan yaitu minimal 10T . 1 = Tidak sesuai rekomendasi	Ordinal
4.	Usia Ibu	Masa hidup ibu dari lahir hingga waktu dilakukan pengambilan data SDKI 2017 berdasarkan usia perencanaan keluarga	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-5 pertanyaan no. 105 dan 106	0= 20-35 tahun 1= <20 tahun 2= >35 tahun	Ordinal
5.	Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan yang ditamatkan ibu	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-6 pertanyaan no. 107 dan 108	0= Pendidikan tinggi 1= Pendidikan menengah 2= Pendidikan dasar	Ordinal
6.	Pekerjaan Ibu	Jenis pekerjaan utama yang dilakukan ibu hamil	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-61 pertanyaan no. 913	0 = Berkerja 1 = Tidak bekerja	Nominal
7.	Daerah Tempat Tinggal	Tempat tinggal orang tua anak, yang dibedakan menjadi perkotaan dan pedesaan berdasarkan batasan BPS.	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-1 pertanyaan no. 5	0= Perkotaan 1= Perdesaan	Ordinal
8.	Status Sosial Ekonomi	Tingkatan status sosial ekonomi yang ditentukan berdasarkan aset atau fasilitas rumah	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner RT-6 pertanyaan no. 121, 122	0= Kaya 1= Menengah 2= Miskin	Ordinal

		tangga yang dibagi dalam 3 kuintil dan menjadi indeks status ekonomi (<i>wealth index</i>).		dan 123		
9.	Tempat Pemeriksaan Kehamilan	Tempat yang menjadi tempat dilakukannya pemeriksaan kehamilan	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-4 pertanyaan no. 410	0= Fasilitas Kesehatan 1= Non Fasilitas Kesehatan	Nominal
10.	Tenaga Pemeriksaan Kehamilan	Jenis tenaga yang memeriksakan kehamilan ibu	Wawancara Kuesioner SDKI 2017	Kuesioner WUS-4 pertanyaan no. 409	0= Tenaga Kesehatan 1= Non Tenaga Kesehatan	Nominal

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi meliputi seluruh objek atau subjek yang diteliti yang berada wilayah tertentu dan memenuhi karakteristik penelitian (Sugiyono, 2007). Populasi penelitian ini adalah seluruh sampel SDKI 2017 yang mencakup 1.970 blok sensus perkotaan dan perdesaan (BKKBN, 2018).

Desain sampling yang digunakan dalam SDKI 2017 adalah metode *two-stage stratified cluster sampling*, yaitu:

- a) Tahap 1: Memilih sejumlah blok sensus secara *probability proportional to size* (PPS) sistematis dengan size jumlah rumah tangga hasil *listing* SP2010. Dalam hal ini, sistematis dilakukan dengan proses implisit stratifikasi menurut perkotaan dan perdesaan serta dengan mengurutkan blok sensus berdasarkan kategori *Wealth Index* dari hasil SP2010.
- b) Tahap 2: Memilih 25 rumah tangga biasa di setiap blok sensus terpilih secara sistematis dari hasil pemutakhiran rumah tangga di setiap blok sensus tersebut. Sampel pria kawin (PK) akan dipilih 8 rumah tangga secara sistematis dari 25 rumah tangga tersebut.

2. Sampel

Teknik penghitungan besar sample minimum pada penelitian ini menggunakan rumus analisis kategorik tidak berpasang (Dahlan, 2010) dengan *design effect* (deff) sebesar 2 (*terlampir*).

$$n1 = n2 = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right]^2 \times \text{Deff}$$

Tabel 3.2 Jumlah Sampel Minimum

No	Variabel	n
1.	Kuantitas kunjungan pemeriksaan kehamilan	110
2.	Kualitas pemeriksaan kehamilan	110

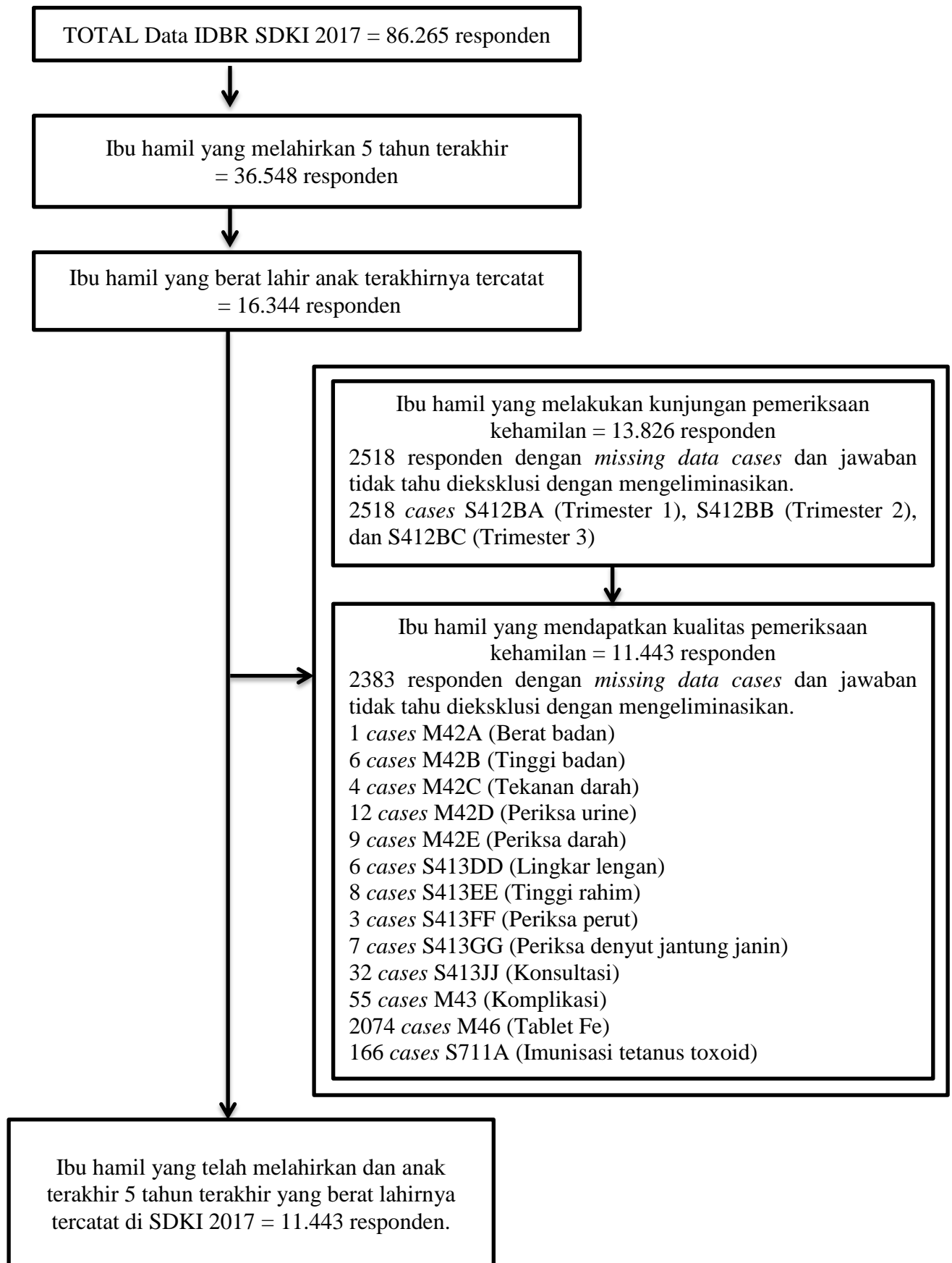
Berdasarkan tabel diatas, besar sampel minimum yaitu 110 sampel. Sampel penelitian ini adalah ibu hamil yang merupakan wanita usia subur (15-49 tahun) dan anak terakhir yang lahir 5 tahun sebelum survei sampai saat dilakukannya survei yang berat lahirnya tercatat di SDKI 2017. Sampel penelitian yang dimasukan harus memenuhi kriteria, sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Ibu hamil yang telah melahirkan.
- 2) Ibu hamilyang melakukan pemeriksaan kehamilan.
- 3) Anak yang lahir 5 tahun terakhir.
- 4) Anak terakhir dengan berat badan lahir terdata pada SDKI 2017.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Ibu hamil tidak melengkapi jawaban kuesioner.
- 2) Terdapat ketidaklengkapan data dalam dataset (missing) atau terdapat jawaban tidak tahu.
- 3) Eksklusi variabel dilakukan ketika jumlah missing variabel lebih dari 15%.



Bagan 3.2 Tahapan Pemilihan Sampel

E. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan September 2020 sampai dengan April 2021 dengan menggunakan data SDKI 2017 yang telah dilaksanakan di 34 provinsi di seluruh Indonesia (BKKBN, 2018).

F. Instrumen dan Bahan Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner SDKI 2017 yang terdiri dari daftar pertanyaan rumah tangga dan daftar pertanyaan wanita usia subur serta dataset SDKI (IDBR71FL). Kuesioner dan dataset yang digunakan berkaitan dengan variabel-variabel yang diteliti dan dianalisis (*terlampir*).

G. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang sumber datanya dari SDKI 2017 yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pengumpulan data diakses melalui www.dhsprogram.com atau <https://e-koren.bkkbn.go.id>. Metode pengumpulan data menggunakan metode observasi yang dilakukan pada variabel-variabel yang diteliti.

H. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dalam beberapa langkah, yaitu:

1. Pemeriksaan Data

Pemeriksaan data dilakukan untuk memeriksa variabel-variabel yang diteliti pada data SDKI 2017. Program komputer yang digunakan pada penelitian ini adalah SPSS versi 20. Pemeriksaan data dilakukan untuk melihat seberapa banyak data *missing*, kelengkapan data, konsistensi jawaban, relevansi jawaban dan konsistensi satuan data. Sehingga data yang digunakan merupakan data yang terisi semua, konsisten, relevansi dan dapat dibaca.

2. Transformasi dan *Recode*

Kegiatan transformasi yaitu mengubah data untuk tujuan penelitian meliputi *recode*. *Recode* adalah membuat variabel baru berdasarkan kriteria tertentu dengan memberi kode ulang pada variabel lama untuk mempermudah saat menganalisis data.

3. Pengkodean dan Kelengkapan Data

Pengkodean data dilakukan dengan cara pemberian kode pada data sesuai kategori dan jenisnya. Pengkodean data diberi simbol huruf atau angka sebagai identitas data. Memastikan kelengkapan variabel yang diteliti dan tidak terdapat data *missing*.

I. Analisis Data

1. Analisis *Univariat*

Analisis *univariat* digunakan untuk mengetahui gambaran dari setiap variabel penelitian yang dapat dilihat dari frekuensi dan proporsi atau presentase. Nilai persentase yang diinterpretasikan dengan menggunakan kategori, yaitu:

Tabel 3.3 Kategori Persentase

Presentase (%)	Keterangan
0	Tidak satupun
1 – 25	Sebagian kecil
26 – 49	Hampir sebagian
50	Setengah
51 – 75	Sebagian besar
76 - 99	Hampir seluruh
100	Seluruh

Sumber : Arikunto, (2013)

2. Analisis *Bivariat*

Analisis *bivariat* adalah kelanjutan dari analisis *univariat*, yaitu menganalisis antar variabel (Purwanto & Sulistyastuti, 2017). Uji analisis yang digunakan uji *chi-square*, untuk menguji hipotesis hubungan antara perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Tingkat kesalahan dengan signifikasi $\alpha = 0,05$ dengan pengambilan keputusan, sebagai berikut :

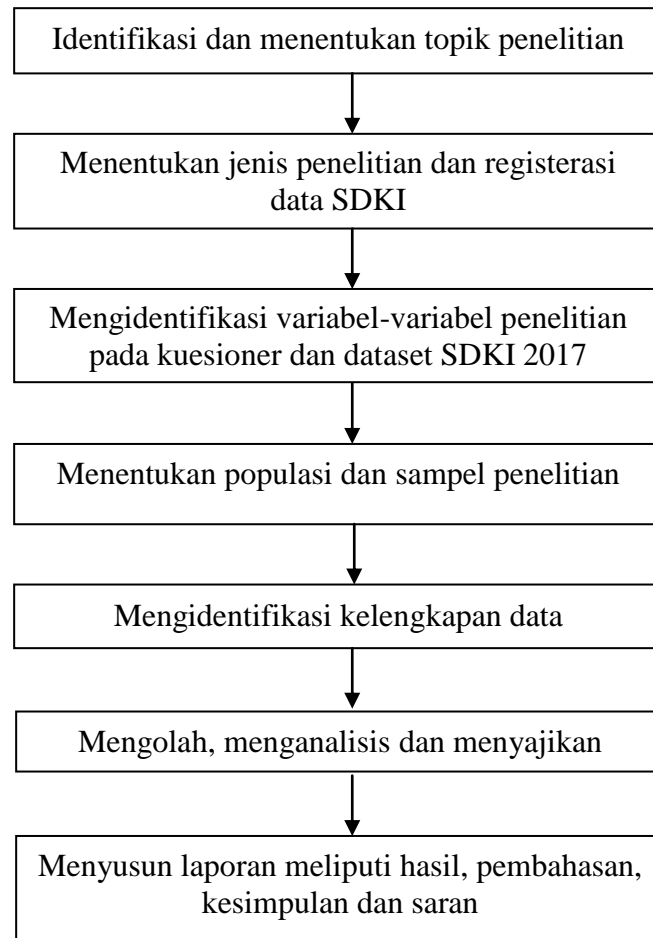
- Nilai *p-value* $< 0,05$ maka H_a diterima, terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi.
- Nilai *p-value* $> 0,05$ maka H_a ditolak, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi.

Analisis *bivariat* untuk menyeleksi variabel yang akan diikutsertakan pada analisis *multivariat* dengan kriteria nilai *p-value* $< 0,25$ dan substansi penting dalam penelitian.

3. Analisis *Multivariat*

Analisis *multivariat* digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen setelah mengontrol variabel *confounding*. Jenis analisis yang digunakan adalah *regresi logistik multivariat* dengan tingkat kemaknaan 5%.

J. Alur Penelitian



Bagan 3.3 Alur Penelitian

K. Etika Penelitian

Peneliti menggunakan etika penelitian dalam penelitiannya. Pada penelitian ini peneliti melakukan registrasi data SDKI yang merupakan kegiatan meminta izin mengakses data dilakukan melalui www.dhsprogram.com. Permintaan mengakses data akan disetujui setelah pihak *Demographic and Health Survey* (DHS) mengirim lembar persetujuan melalui email peneliti.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Jalannya Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi di Indonesia. Analisis dilakukan menggunakan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 yang telah diselenggarakan di Indonesia melalui program *Demographic and Health Survey* (DHS). Sampel penelitian ini adalah ibu hamil yang merupakan wanita usia subur (15-49 tahun) yang mempunyai anak terakhir yang lahir 5 tahun terakhir dan berat lahirnya tercatat.

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan dengan beberapa tahapan, yaitu sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi dan menentukan topik penelitian dengan melihat hasil laporan SDKI 2017.
2. Mengenali data sekunder dengan mereview kuesioner pada laporan SDKI 2017.
3. Menentukan jenis dan metode penelitian serta melakukan registrasi data melalui website www.dhsprogram.com untuk mengakses dataset SDKI 2017. Pada tanggal 19 Oktober 2020, peneliti telah menerima persetujuan DHS untuk mengakses data.
4. Mengidentifikasi variabel-variabel penelitian pada kuesioner laporan SDKI dan dataset SDKI 2017.
5. Menentukan populasi dan sampel penelitian serta membuat kriteria inklusi dan eksklusi dengan melakukan eliminasi pada data yang *missing*.
6. Mendapatkan pernyataan keterangan layak etik dengan No.KEPK.M/541/03/2021
7. Mempersiapkan kelengkapan data dan melakukan analisis data sesuai dengan tujuan serta metode sampling. Pada penelitian ini data dianalisis secara *univariat*, *bivariat* dan *multivariat* diolah menggunakan program SPSS 20.
8. Menyusun laporan meliputi hasil, pembahasan, kesimpulan dan saran.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis *Univariat*

Analisis ini dilakukan untuk memperoleh gambaran frekuensi berat lahir bayi, perilaku pemeriksaan kehamilan dan karakteristik ibu hamil di Indonesia. Adapun hasilnya sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berat Lahir Bayi di Indonesia

Berat Lahir Bayi	Frekuensi (n= 11.443)	Persentase
Berat Bayi Lahir Normal (≥ 2500 gram)	10.649	93,06
Berat Bayi Lahir Rendah (< 2500 gram)	794	6,94

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 11.443 bayi yang dilahirkan hampir seluruh bayi lahir dengan berat lahir normal yaitu 10.649 bayi dan sebagian kecil lainnya lahir dengan BBLR yaitu sebanyak 795 bayi.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Perilaku Pemeriksaan Kehamilan di Indonesia

Perilaku Pemeriksaan Kehamilan	Frekuensi (n= 11.443)	Persentase
Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan		
Sesuai Rekomendasi (≥ 8 kali)	2.489	21,75
Tidak Sesuai Rekomendasi (< 8 kali)	8.954	78,25
Kualitas Pemeriksaan kehamilan		
Sesuai Rekomendasi ($\geq 10T$)	7.662	66,96
Tidak Sesuai Rekomendasi ($< 10T$)	3.781	33,04

Berdasarkan tabel 4.2 dapat disimpulkan bahwa dari 11.443 ibu hamil menunjukkan sebagian besar ibu hamil tidak melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi yaitu sebanyak 8.954 orang dan sebagian besar ibu hamil mendapatkan kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan yang sesuai rekomendasi yaitu sebanyak 7.662 orang.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Hamil

Karakteristik Ibu Hamil	Frekuensi (n= 11.443)	Persentase
Usia Ibu		
<20 Tahun	268	2,34
20 tahun – 35 tahun	8.294	72,48
>35 Tahun	2.881	25,18
Tingkat Pendidikan Ibu		
Pendidikan Tinggi	2.140	18,70
Pendidikan Menengah	6.677	58,35
Pendidikan Dasar	2.626	22,95
Pekerjaan Ibu		
Bekerja	6.136	53,62
Tidak Bekerja	5.307	46,38
Daerah Tempat Tinggal Ibu		
Perkotaan	5.992	52,36
Perdesaan	5.451	47,64
Status Sosial Ekonomi		
Kaya	4.137	36,15
Menengah	2.308	20,17
Miskin	4.998	43,68
Tempat Pemeriksaan Kehamilan		
Fasilitas Kesehatan	9.574	83,67
Non Fasilitas Kesehatan	1.869	16,33
Tenaga Pemeriksaan Kehamilan		
Tenaga Kesehatan	11.062	96,67
Non Tenaga Kesehatan	381	3,33

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dilihat gambaran karakteristik ibu hamil yang berjumlah 11.443 orang yaitu sebagian besar ibu hamil berusia diantara 20 tahun hingga 35 tahun yaitu 8.294 orang, sebagian besar ibu hamil berpendidikan tingkat menengah yaitu 6.677 orang, sebagian besar ibu hamil bekerja yaitu 6.136 orang, sebagian besar ibu hamil bertempat tinggal di perkotaan yaitu 5.992 orang, mayoritas ibu hamil berstatus sosial ekonomi miskin yaitu 4.998 orang, hampir seluruh ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan pada fasilitas pelayanan kesehatan yaitu 9.574 orang dan hampir seluruh ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan yaitu 11.062 orang.

2. Analisis *Bivariat*

Analisis *bivariat* menggunakan uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95% dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel dependen (berat lahir bayi) dengan variabel independen (perilaku pemeriksaan kehamilan) dan variabel *confounding* (karakteristik ibu hamil).

Tabel 4.4 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi

Perilaku Pemeriksaan Kehamilan	BBLN		BBLR		Total		<i>p-value</i>
	n	%	n	%	n	%	
Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan							0,000*
Sesuai Rekomendasi (≥ 8 kali)	2.390	22,44	99	12,47	2.489	21,75	
Tidak Sesuai Rekomendasi (< 8 kali)	8.259	77,56	695	87,53	8.954	78,25	
Kualitas Pemeriksaan kehamilan							0,753*
Sesuai Rekomendasi ($\geq 10T$)	7.126	66,92	536	67,51	7.662	66,96	
Tidak Sesuai Rekomendasi ($< 10T$)	3.523	33,08	258	32,49	3.781	33,04	

Keterangan = *kandidat analisis *multivariat* (*p value* $< 0,25$) dan substansi penting

Tabel 4.4 menunjukkan hasil analisis *bivariat* hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Pada variabel kuantitas pemeriksaan kehamilan, ibu hamil yang lebih cenderung melahirkan BBLR ada pada ibu hamil yang tidak melakukan kuantitas pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi yaitu sebanyak 695 orang. Pada variabel kualitas pemeriksaan kehamilan, BBLR lebih banyak terjadi pada ibu hamil yang mendapatkan kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi yaitu 536 orang.

Tabel 4.5 Hasil Uji *Chi-Square* Hubungan Karakteristik Ibu hamil dengan Berat Lahir Bayi

Karakteristik Ibu hamil	BBLN		BBLR		Total		<i>p-value</i>
	n	%	n	%	n	%	
Usia Ibu							0,510
<20 Tahun	245	2,30	23	2,90	268	2,34	
20 Tahun-35 Tahun	7727	72,56	567	71,41	8.294	72,48	
>35 Tahun	2677	25,14	204	25,69	2.881	25,18	
Tingkat Pendidikan Ibu							0,000*
Pendidikan Tinggi	2.019	18,96	121	15,24	2.140	18,70	
Pendidikan Menengah	6.235	58,55	442	55,67	6.677	58,35	
Pendidikan Dasar	2.395	22,49	231	29,09	2.626	22,95	
Pekerjaan Ibu							0,172*
Bekerja	5.729	53,80	407	51,26	6.136	53,62	
Tidak Bekerja	4.920	46,20	387	48,74	5.307	46,38	
Daerah Tempat Tinggal							0,320
Perkotaan	5.590	52,49	402	50,63	5.992	52,36	
Perdesaan	5.059	47,51	392	49,37	5.451	47,64	
Status Sosial Ekonomi							0,000*
Kaya	3.912	36,74	225	28,34	4.137	36,15	
Menengah	2.150	20,19	158	19,90	2.308	20,17	
Miskin	4.587	43,07	411	51,76	4.998	43,68	
Tempat Pemeriksaan Kehamilan							0,273
Fasilitas Kesehatan	8.907	83,64	667	84,01	9.574	83,70	
Non Fasilitas Kesehatan	1.742	16,36	127	15,99	1.865	16,30	
Tenaga Pemeriksaan Kehamilan							0,305
Tenaga Kesehatan	10.289	96,62	773	97,36	11.062	96,67	
Non Tenaga Kesehatan	360	3,38	21	2,64	381	3,33	

Keterangan = *kandidat analisis *multivariat* (*p value* <0,25)

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan hasil analisis *bivariat* hubungan karakteristik ibu hamil dengan berat lahir bayi. Pada variabel usia ibu, ibu hamil yang berusia diantara 20 tahun hingga 35 tahun lebih cenderung melahirkan BBLR yaitu 567 orang. Pada variabel tingkat pendidikan ibu, frekuensi tertinggi BBLR terjadi pada ibu hamil dengan tingkat pendidikan menengah yaitu 442 orang. Pada variabel pekerjaan ibu, ibu yang bekerja lebih cenderung melahirkan BBLR yaitu 407 orang. Pada variabel daerah tempat tinggal ibu, hampir tidak ada perbedaan kejadian BBLR pada ibu hamil yang bertempat tinggal di pekotaan yaitu 402 orang dan di perdesaan sebanyak 392 orang.

Variabel status sosial ekonomi, ibu hamil yang memiliki status sosial ekonomi miskin lebih cenderung melahirkan BBLR yaitu 411 orang. Pada variabel tempat pemeriksaan, hampir seluruh BBLR terjadi pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu 667 orang. Pada variabel tenaga pemeriksaan kehamilan, hampir seluruh BBLR terjadi pada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan pada tenaga kesehatan yaitu 773 orang.

3. Analisis *Multivariat***Tabel 4.6** Pemodelan Awal Analisis *Multivariat*

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR (95% CI)
Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan			
Sesuai Rekomendasi	-	-	1
Tidak Sesuai Rekomendasi	0,653	0,000	1,922 (1,543-2,393)
Kualitas Pemeriksaan Kehamilan			
Sesuai Rekomendasi	-	-	1
Tidak Sesuai Rekomendasi	-0,142	0,75	0,868 (0,742-1,015)
Tingkat Pendidikan Ibu			
Pendidikan Tinggi	-	0,026	1
Pendidikan Menengah	0,037	0,741	1,038 (0,833-1,292)
Pendidikan Dasar	0,258	0,041	1,294 (1,011-1,656)
Pekerjaan Ibu			
Bekerja	-	-	1
Tidak Bekerja	0,051	0,502	1,052(0,907-1,220)
Status Sosial Ekonomi			
Kaya	-	0,005	1
Menengah	0,175	0,110	1,191(0,961-1,476)
Miskin	0,301	0,001	1,352(1,128-1,619)
Constant	-3.381		

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan hasil pemodelan awal analisis *multivariat*. Langkah selanjutnya semua variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ akan dikeluarkan satu persatu dari model dari nilai *p value* terbesar.

Tabel 4.7 Pemodelan Akhir Analisis *Multivariat*

Variabel	B	<i>p-value</i>	OR (95% CI)
Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan			
Sesuai Rekomendasi	-	-	1
Tidak Sesuai Rekomendasi	0,655	0,000	1,924 (1,545-2,396)
Kualitas Pemeriksaan Kehamilan			
Sesuai Rekomendasi	-	-	1
Tidak Sesuai Rekomendasi	-0,141	0,76	0,868 (0,743-1,015)
Tingkat Pendidikan Ibu			
Pendidikan Tinggi	-	0,024	1
Pendidikan Menengah	0,051	0,639	1,053 (0,849-1,305)
Pendidikan Dasar	0,270	0,030	1,311 (1,027-1,673)
Status Sosial Ekonomi			
Kaya	-	0,004	1
Menengah	0,176	0,109	1,192(0,962-1,477)
Miskin	0,303	0,001	1,354(1,130-1,621)
Constant	-3.371		

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan hasil analisis uji *multivariat* secara *regresi logistic multivariat* yaitu ada hubungan kuantitas pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi setelah dikontrol dengan variabel tingkat pendidikan ibu dan variabel status sosial ekonomi. Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan tidak

sesuai rekomendasi mempunyai risiko 1,924 kali (OR= 1,924; 95% CI: 1,638-2,520) melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi. Ibu hamil yang memiliki tingkat pendidikan dasar mempunyai risiko 1,311 kali (OR=1,311; 95% CI: 1,027-1,673) melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil yang memiliki tingkat pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Ibu hamil dengan status sosial ekonomi mempunyai risiko 1,354 kali (OR= 1,354; 95% CI: 1,130-1,621) melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil dengan status ekonomi menengah dan kaya.

C. Pembahasan

1. Bayi Lahir Bayi di Indonesia

Berat lahir bayi merupakan indikator status kesehatan anak. Berat lahir bayi yang kurang dari 2500 gram atau BBLR di Indonesia mencapai 6,94%. Persentase BBLR ini lebih tinggi dari laporan SDKI 2012 sebesar 6,7%, Riskesdas 2013 sebesar 5,7%, Sikernas 2016 sebesar 6,2% dan Riskesdas 2018 sebesar 6,2%. RPJMN Indonesia menargetkan penurunan angka kejadian BBLR pada tahun 2024 yaitu 4% dan tahun 2025 yaitu 3%.

Persentase angka kejadian BBLR di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan angka kejadian BBLR di Malaysia yaitu 6,38% (Kaur et al., 2019) dan di Tiongkok Barat yaitu 6,6% (Zhou et al., 2019). Persentase ini lebih rendah dibandingkan dengan angka BBLR di India yaitu 7% (Ahankari et al., 2017), di Singapura yaitu 8,4% (Sasha et al., 2018) dan di Jepang yaitu 9,6% (Tamura et al., 2018). Faktor penyebab BBLR dapat dipengaruhi oleh geografis, luas wilayah, karakteristik ibu hamil, faktor perilaku, faktor sosio-demografi, status sosial ekonomi dan standar pelayanan pemeriksaan kehamilan (Sasha et al., 2018).

BBLR dapat disebabkan oleh bayi prematur, *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR) dan karena keduanya (Sudarti, 2017). Angka kejadian BBLR di Indonesia juga dipengaruhi oleh kesehatan ibu yang buruk dan status gizi buruk. Hal ini didukung oleh status sosial ekonomi yang rendah sehingga dapat membatasi akses dalam memperbaiki status gizi, mendapatkan perawatan pemeriksaan kehamilan, akses informasi serta masih kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang kehamilan termasuk dalam mengakses pelayanan pemeriksaan kehamilan (Siramaneerat et al., 2018).

Penelitian Kaur et al., (2019) di Malaysia menyebutkan status gizi ibu yang buruk yang disebabkan kurangnya pengetahuan tentang gizi, kesadaran gizi yang

masih rendah dan kualitas makanan dapat menghambat pertumbuhan janin. Hal ini dikarenakan asupan energi, protein dan nutrisi tidak optimal memenuhi kebutuhan ibu dan janin. Menurut Mulu et al., (2020), menyatakan ibu yang bertubuh pendek memiliki panggul yang sempit sehingga membatasi pertumbuhan janin dan mengalami kesulitan saat persalinan sehingga ibu berisiko melahirkan BBLR.

Ibu hamil dengan komplikasi kehamilan seperti hipertensi gestasional, preeklamsia, diabetes, anemia, sakit kepala parah, nyeri epigastrik, pendarahan vagina, demam dan sakit kepala yang parah dapat berdampak pada hasil kehamilan seperti BBLR bahkan kematian (Mulu et al., 2020; Lei et al., 2018). BBLR memiliki sistem imun dan kualitas hidup yang kurang baik sehingga lebih rentan tertular penyakit, berisiko terhadap penyakit degeneratif, mengalami gangguan tumbuh kembang bahkan dapat menyebabkan kematian. BBLR dan kelahiran prematur merupakan salah satu faktor penyebab kematian neonatal di Indonesia (Lengkong et al., 2020).

Upaya dalam mengurangi risiko melahirkan BBLR, salah satunya adalah memberikan pendidikan kesehatan melalui konsultasi dan penyuluhan. Ibu hamil yang memiliki pengetahuan tentang gizi dan pola makan dapat memenuhi kebutuhan gizi selama kehamilan dan tidak mengalami KEK. Memberi informasi dan motivasi pada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan dan menjaga kesehatan ibu serta janin (Siramaneerat et al., 2018).

2. Perilaku Pemeriksaan Kehamilan di Indonesia

a. Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan merupakan upaya dalam mempersiapkan masa persalinan dan nifas pada ibu hamil agar ibu melahirkan bayi yang sehat. Pemantauan pada kehamilan, kesehatan ibu serta janinnya dengan mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi untuk mengurangi risiko kesakitan, kematian dan melahirkan BBLR. Cakupan kunjungan pemeriksaan kehamilan di Indonesia pada K1 mencapai 96,1% dan K4 secara nasional mencapai 74,1%. Angka ini belum mencapai target nasional K1 yaitu 100% dan K4 yaitu 95% (Kemenkes RI, 2018).

WHO (2016) mengeluarkan rekomendasi tentang standar kuantitas pemeriksaan kehamilan dengan minimal 8 kali kunjungan selama kehamilan yaitu minimal 1 kali pada trimester ke I, minimal 2 kali pada trimester ke II dan minimal 5 kali pada trimester ke III. Ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi mencapai 21,75%. Presentase ini lebih tinggi dibandingkan di Tiongkok hanya mencapai 10,1% (Zhou et al., 2019). Jumlah

kunjungan pemeriksaan kehamilan yang tidak lengkap dapat mengurangi akses ibu hamil dalam mendapat pelayanan dan informasi. Hal ini dikarenakan pemeriksaan kehamilan dapat mencegah komplikasi lanjutan dengan deteksi dini, meningkatkan kesehatan, pengobatan penyakit dan meminimalkan faktor risiko BBLR (Awoleke & Olofinbiyi, 2020).

Faktor sosial ekonomi dan sumber informasi menjadi alasan dalam mengakses pemeriksaan kehamilan. Kemudahan akses menuju fasilitas, persepsi ibu mengenai kualitas layanan yang diberikan, tingkat pendidikan, kehamilan sebelumnya, keyakinan, budaya, dukungan sosial dari orang terdekat akan mempengaruhi kepatuhan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan (Awoleke & Olofinbiyi, 2020; Noh et al., 2019).

Program promosi kesehatan sebagai wadah menyediakan sumber informasi tentang pemeriksaan kehamilan. Upaya dalam meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan kehamilan terutama pada trimester pertama. Selama melakukan pemeriksaan kehamilan, ibu hamil mendapatkan konseling sehingga ibu hamil dapat berupaya untuk meningkatkan kesehatannya dan bayi saat kehamilan, melahirkan maupun setelah melahirkan. Ketersediaan akses transportasi dan fasilitas kesehatan yang dapat terjangkau oleh masyarakat terutama bagi masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah sehingga ibu hamil dapat memeriksakan kehamilannya (Noh et al., 2019).

b. Kualitas Pemeriksaan Kehamilan

Permenkes RI No. 4 tahun 2019 menyatakan standar pelayanan pemeriksaan kehamilan yang didapatkan ibu hamil minimal 10T. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan yang sesuai rekomendasi ($\geq 10T$) didapatkan oleh sebagian besar ibu hamil dan tidak terdapat hubungan antara kualitas pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Kualitas pelayanan dapat memberi pengaruh dalam memastikan kehamilan serta kesehatan ibu hamil maupun janinnya. Pemeriksaan kehamilan yang lebih lengkap berpeluang memperkecil risiko kelainan pada kehamilan. Saat melakukan pemeriksaan kehamilan ibu hamil akan mendapatkan skrining untuk mendeteksi komplikasi kehamilan, pemantauan kesehatan ibu dan janin, perawatan kehamilan, penanganan komplikasi serta mempersiapkan persalinan dan masa nifas (Awoleke & Olofinbiyi, 2020).

Hambatan ibu dalam mendapatkan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas antara lain status sosial ekonomi, akses ke fasilitas pemeriksaan kehamilan, ketidaktahuan tentang pelayanan yang akan didapatkan dan sosial budaya. Kurangnya pengetahuan tentang pelayanan pemeriksaan kehamilan dapat disebabkan oleh keterbatasan sumber informasi KIA dan pendidikan yang rendah (Noh et al., 2019). Daerah tempat tinggal mempengaruhi kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan. Hal ini dikarenakan ketersediaan fasilitas, sarana prasarana dan tenaga pemeriksaan kehamilan (Banchani & Tenkorang, 2020).

Meningkatkan penerimaan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas pada ibu hamil melalui promosi kesehatan. Menyediakan informasi, mendorong ibu hamil untuk mengakses informasi sehingga menimbulkan kesadaran ibu hamil untuk dapat mendapatkan perawatan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas dan mempersiapkan kehamilannya dengan lebih baik (Noh et al., 2019). Meningkatkan penyediaan fasilitas, komponen pemeriksaan kehamilan, tenaga pemeriksa yang terampil, aksesibilitas baik di perdesaan maupun perkotaan agar ibu hamil dapat melakukan pemeriksaan kehamilan dan mendapatkan pelayanan yang memadai (Farrag et al., 2019).

3. Karakteristik Ibu hamil

a. Usia Ibu

Usia ibu tidak memiliki hubungan dengan berat lahir bayi dan ibu hamil yang berusia 20 tahun - 35 tahun sebagian besar melahirkan BBLR. Hal ini didukung oleh penelitian Anil et al., (2020) di Nepal dan Rasyid et al., (2020) di Pakistan. Usia bukanlah salah satu faktor yang dapat menjadi penyebab terjadinya BBLR. Hal ini dikarenakan komplikasi kehamilan yang dapat menyebabkan BBLR dapat terjadi pada usia berapapun dan status gizi ibu yang mempengaruhi pertumbuhan janin dipengaruhi oleh asupan gizi ibu (Ekaningrum, 2014).

Kehamilan yang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun secara psikis dan fisik belum siap, kurangnya pengetahuan, sulit membuat keputusan dan belum memperhatikan kesehatan. Selain itu, kesehatan remaja yang lebih berisiko terjadi anemia, kekurangan gizi, hipertensi dan pendarahan yang dapat berisiko pada kehamilan. Sedangkan kehamilan pada usia tua, wanita telah mengalami penurunan potensi pertumbuhan janin yang mencerminkan penuaan biologis jaringan dan sistem ibu atau efek kumulatif penyakit. Usia produktif yang dianggap masa yang ideal untuk hamil dan melahirkan berkisaran pada usia 20 tahun sampai 35 tahun.

Hal ini dikarenakan pada masa ini wanita lebih dewasa dalam mengambil keputusan dan memiliki pengetahuan tentang kehamilan sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya BBLR (Gebregzabihher et al., 2017).

b. Tingkat Pendidikan Ibu

Pada variabel tingkat pendidikan ibu menunjukkan sebagian besar ibu hamil menempuh pendidikan formal dengan tingkat pendidikan menengah. Penelitian ini menyimpulkan tingkat pendidikan ibu mempengaruhi berat lahir bayi. Peluang melahirkan BBLR ibu hamil dengan pendidikan dasar lebih besar 1,3 kali dibandingkan ibu hamil dengan tingkat pendidikan menengah dan tinggi.

Tingkat pendidikan berkaitan dengan pengetahuan, persepsi dan sikap dalam membuat keputusan. Hal ini dapat mempengaruhi perilaku ibu hamil dalam menghadapi kehamilannya. Ibu hamil dengan pendidikan tinggi lebih mempersiapkan dan merencanakan kehamilannya. Semakin tingginya tingkat pendidikan dapat meningkatkan status sosial ekonomi sehingga memiliki lebih banyak akses terhadap informasi mengenai perawatan selama kehamilan, kesehatan ibu, gizi dan lainnya (Siramaneerat et al., 2018). Tingkat pendidikan yang rendah dapat membatasi akses informasi dan perawatan pemeriksaan kehamilan. Hal ini dikarenakan ketidaktahuan dan sulitnya mengakses informasi (Noh et al., 2019).

c. Pekerjaan Ibu

Hasil penelitian berdasarkan variabel pekerjaan ibu menunjukkan pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan berat lahir bayi. Sejalan dengan penelitian Siramaneerat et al., (2018) di Indonesia dan penelitian Bekela et al., (2020) di Zona Sidama, Selatan Ethiopia. Pekerjaan erat kaitannya dengan status sosial ekonomi. Dengan bekerja ibu hamil dapat membantu perekonomian keluarga serta memiliki akses mendapatkan perawatan pemeriksaan kehamilan terutama yang berbayar dan memenuhi kebutuhan gizi yang baik pada ibu dan janin yang dapat menimbulkan risiko ibu mengalami KEK (Kargbo et al., 2020). Beberapa penelitian menyatakan jenis pekerjaan, lingkungan pekerjaan, lamanya bekerja, lama istirahat dan beban pekerjaan dapat memberikan pengaruh pada kehamilan. Pekerjaan yang berat dan berisiko dapat menyebabkan stress, perubahan sikap dan kelelahan yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan janin yang dapat meningkatkan risiko BBLR (Saragih & Yovsyah, 2017; Begum et al., 2017; Parandhita, 2019).

d. Daerah Tempat Tinggal

Tidak terdapat hubungan antara daerah tempat tinggal dengan berat lahir bayi. Penelitian Sasha et al., (2018) di Singapura juga mengatakan bahwa daerah tempat tinggal tidak memiliki hubungan dengan angka kejadian BBLR. Daerah tempat tinggal mempengaruhi kehamilan melalui perilaku kesehatan ibu seperti peningkatan kebiasaan merokok, pengurangan perawatan prenatal dan konsumsi makanan dan penyediaan layanan publik dan infrastruktur yang memfasilitasi akses fasilitas kesehatan dan kemampuan mereka untuk membuat pilihan gaya hidup sehat.

Berbeda dengan penelitian Kaur et al., (2019) di Malaysia yang menyatakan ibu hamil di perdesaan lebih banyak melahirkan BBLR dibandingkan ibu hamil di perkotaan. Hal ini dikarenakan kurangnya layanan pemeriksaan kehamilan, kunjungan yang tidak lengkap, aksesibilitas dan kualitas pengobatan yang masih rendah. Selain itu, faktor ibu yang berkaitan dengan usia, gizi buruk, paritas rendah dan status ekonomi yang rendah (Kaur et al., 2019; Zhou et al., 2019).

e. Status Sosial Ekonomi

Penelitian ini status sosial ekonomi ibu hamil yang paling banyak ditemukan adalah status sosial ekonomi miskin. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan status sosial ekonomi dengan berat lahir bayi. Ibu yang berstatus sosial ekonomi tergolong miskin berpeluang 1,4 kali lebih besar melahirkan BBLR. Sejalan dengan penelitian Kaur et al., (2019) di Malaysia yang menyatakan status sosial ekonomi menunjukkan gambaran kemampuan finansial keluarga dalam memenuhi kebutuhan. Status sosial ekonomi yang rendah menyebabkan terbatasnya akses ke pelayanan kesehatan, akses informasi, perawatan kehamilan, kualitas makanan, status gizi dan pertumbuhan janin sehingga meningkatkan risiko melahirkan BBLR.

Beberapa layanan pemeriksaan kehamilan tidak didapatkan oleh ibu hamil. Hal ini berkaitan dengan ketidakmampuan finansial ibu hamil walaupun terdapat layanan pemeriksaan kehamilan secara gratis. Biaya langsung dan tidak langsung seperti biaya transportasi, biaya tiket, biaya obat, biaya pemeriksaan laboratorium dan lainnya. Sehingga dapat menjadi hambatan bagi ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya (Farrag et al., 2019).

f. Tempat Pemeriksaan Kehamilan

Pada variabel tempat pemeriksaan kehamilan, hampir seluruh ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini menyatakan tidak ada hubungan tempat pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Berbeda dengan penelitian Banchani & Tenkorang, (2020) di Ghana yang menyatakan terdapat hubungan tempat pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan di fasilitas kesehatan 26% lebih kecil melahirkan BBLR. Pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan ibu hamil dapat mendapatkan kualitas pelayanan pemeriksaan kesehatan yang lebih lengkap, penanganan dilakukan petugas kesehatan, skrining berkualitas, perawatan diagnostik dan intervensi klinis.

Fasilitas kesehatan milik pemerintah ataupun swasta serta praktik perorangan maupun kelompok pelayanan harus dilaksanakan secara komprehensif dan terpadu (Kemenkes RI, 2014). Pembangunan yang tidak merata dan perekonomian yang rendah dapat menyebabkan tidak meratanya fasilitas pelayanan pemeriksaan kesehatan yang berkualitas, ketersediaan sarana dan prasana pemeriksaan kehamilan yang memadai, ketersediaan tenaga pemeriksaan kehamilan dan akses ke fasilitas pemeriksaan dapat menjadi faktor ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan. Sehingga mengurangi pemantauan pada kehamilan, mengetahui komplikasi, penanganan dan informasi yang dapat berisiko melahirkan BBLR (Banchani & Tenkorang, 2020).

g. Tenaga Pemeriksaan Kehamilan

Hasil penelitian ini berdasarkan variabel tenaga pemeriksa kehamilan, menunjukkan hampir seluruh ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan dengan tenaga kesehatan dan tidak terdapat hubungan tenaga pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Peranan tenaga kesehatan sebagai pemberi asuhan pemeriksaan kehamilan secara langsung kepada ibu hamil. Keterampilan dan kemampuan dalam memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mendeteksi komplikasi kehamilan, melakukan penilaian risiko kehamilan, melakukan rujukan dan melakukan intervensi yang tepat dapat mengurangi resiko melahirkan BBLR (Mughtar et al., 2015).

Kemampuan tenaga pemeriksa kehamilan berperan dalam kualitas pelayanan pemeriksaan kehamilan yang didukung oleh sarana prasana dan prosedur yang baik. Dalam pemilihan tenaga pemeriksa kehamilan, masyarakat dengan status sosial

ekonomi rendah dan berpendidikan rendah akan lebih memilih bidan sedangkan masyarakat dengan status sosial ekonomi atas dan berpendidikan tinggi akan memilih spesialis kandungan (Fatimah et al., 2018).

Peran tenaga kesehatan sebagai komunikator dapat menyampaikan informasi tentang kesehatan kepada ibu hamil. Karena beberapa penyebab melahirkan BBLR dikarenakan kurangnya informasi dan pengetahuan ibu (Zhou et al., 2019; Banchani & Tenkorang, 2020). Penelitian di Ghana menyatakan bahwa pelayanan pemeriksaan kehamilan yang didapatkan di fasilitas kesehatan dengan petugas kesehatan yang berkompeten memiliki 33% lebih kecil berpeluang melahirkan BBLR dibandingkan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan dukun atau tenaga non kesehatan lainnya (Banchani & Tenkorang, 2020).

4. Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Indonesia

Perilaku pemeriksaan kehamilan terbagi menjadi dua yaitu kuantitas kunjungan pemeriksaan kehamilan dan kualitas pemeriksaan kehamilan. Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara kuantitas kunjungan pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi. Kunjungan pemeriksaan kehamilan yang kurang dari 8 kali selama kehamilan berisiko 2 kali ibu hamil melahirkan BBLR. Pada variabel kualitas pemeriksaan kehamilan, tidak terdapat hubungan terhadap berat lahir bayi.

Standar pemeriksaan kehamilan sesuai anjuran WHO dengan 8 kali kunjungan selama kehamilan yaitu satu kali di trimester I, dua kali di trimester II dan lima kali di trimester III (WHO, 2016). Pemeriksaan yang didapatkan ibu hamil yaitu penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, lingkaran lengan, tinggi rahim, periksa perut, periksa denyut jantung janin, imunisasi tetanus toksoid, pemberian tablet tambah darah, tes laboratorium (periksa darah dan urine), konseling dan informasi tentang tanda-tanda komplikasi (Kemenkes RI, 2016).

Banchani and Tenkorang (2020) menyebutkan ibu hamil yang melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan setidaknya delapan kali dan mendapatkan perawatan kehamilan yang berkualitas lebih kecil kemungkinan melahirkan BBLR. Ibu hamil tidak atau kurang mendapatkan akses terdapat manfaat pemeriksaan kehamilan. Penelitian Mulu et al., (2020) di Ethiopia menyebutkan BBLR 6,9 kali lebih besar dilahirkan pada ibu hamil yang kunjungan pemeriksaan kehamilannya kurang dari 4 kali selama hamil. Ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan delapan kali selama kehamilan akan lebih terlindungi dari risiko terjadinya BBLR daripada lima kunjungan. Semakin sering ibu hamil melakukan kunjungan maka ibu hamil akan

mendapatkan pelayanan pemeriksaan dan informasi tentang kehamilan (Zhou et al., 2019).

Faktor penyebab terjadinya BBLR dapat berasal dari ibu dan janin. Kesehatan ibu dapat mempengaruhi kesehatan janin. Kesehatan ibu yang buruk dapat menyebabkan komplikasi pada kehamilan sehingga ibu melahirkan bayi prematur dan bayi gagal tumbuh atau *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR) (Sudarti, 2017). Dengan adanya pelayanan pemeriksaan kehamilan dapat mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi atau kelainan yang menyebabkan terhambatnya tumbuh kembang janin sehingga terjadi BBLR. Komplikasi pada kehamilan dapat menyebabkan kecacatan dan kematian terhadap ibu maupun janin (Perwiraningtyas et al., 2020).

Upaya preventif yang menyebabkan ibu melahirkan BBLR yaitu memantau pertumbuhan janin, mendeteksi komplikasi sejak dini, memastikan kesehatan ibu maupun janin dan melakukan pengobatan yang cepat serta tepat. Pemeriksaan kehamilan dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu, berat badan ibu, faktor riskopanggul sempit, hipertensi, pre-eklamsi, kelainan pada janin, mencegah infeksi pada ibu dan bayi, anemia, penyakit menular seksual, malaria dan lainnya yang dapat berdampak negatif pada kehamilan sehingga melahirkan BBLR (Kemenkes RI, 2016)

Selama pemeriksaan kehamilan ibu hamil akan mendapatkan konseling dan informasi mengenai kehamilan yaitu perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan serta tanda dan gejala komplikasi sehingga ibu hamil dapat mengambil tindakan apabila terjadi komplikasi pada kehamilannya (Noh et al., 2019). Informasi yang diperoleh untuk mendorong timbulnya kesadaran dan pengetahuan yang berpengaruh pada perilaku ibu hamil sehingga dapat melakukan pemeriksaan kehamilan, memilih pemeriksaan yang berkualitas, memenuhi asupan nutrisi, tidak merokok, mempersiapkan persalinan dan masa nifas (Banchani & Tenkorang, 2020).

Pemeriksaan kehamilan juga membantu ibu hamil untuk mempersiapkan fisik dan psikis ibu hamil untuk menghadapi kehamilan, persalinan dan masa nifas yang disebabkan belum siap mejadi ibu, ketidakinginan untuk hamil dan lainnya (Legawati, 2020). Untuk mengurangi angka kejadian melahirkan BBLR perlunya melakukan pemeriksaan kehamilan dengan kunjungan yang lengkap dan menerima pelayanan yang berkualitas sehingga mengurangi faktor risiko yang berakibat BBLR (Banchani & Tenkorang, 2020).

Perlunya upaya yang mendorong perilaku ibu hamil agar tahu, mau dan mampu untuk memeriksakan kehamilannya. Memberikan informasi tentang pemeriksaan kehamilan yang lengkap agar ibu hamil dapat memeriksakan diri sedini mungkin dan lebih mengantisipasi masalah pada kehamilannya (Ernawati, 2016). Penyampaian informasi kesehatan memerlukan metode sebagai cara menyampaikan pesan tersebut. Penggunaan media promosi kesehatan sebagai sarana mempermudah penyampaian informasi sehingga ibu hamil dapat tahu dan timbul kesadaran untuk memeriksakan kehamilannya. Beberapa media yang dapat digunakan salah satunya adalah media cetak seperti poster, leaflet, brosur, majalah, lembar balik, stiker dan lainnya (Notoatmodjo., 2010).

Pemberdayaan masyarakat yang belum memiliki akses memeriksakan kehamilannya. Akses yang sulit dan kemampuan secara ekonomi masyarakat menjadi faktor ibu hamil tidak memeriksakan kehamilannya. Dukungan kebijakan pemerintah pusat dan daerah dalam menunjang terlaksananya pelayanan baik dukungan sistem, dana dan sarana prasarana. Penyusunan rencana untuk mengurangi angka kejadian BBLR yang dapat diterapkan secara nasional maupun daerah. Kebijakan dengan intervensi kesehatan yang tepat sasaran sehingga mendorong ibu hamil untuk melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, mendapatkan pemeriksaan kehamilan yang berkualitas dan terjangkau bagi ibu hamil (Lisnawati et al., 2019).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian tentang hubungan perilaku pemeriksaan kehamilan dengan berat lahir bayi di Indonesia berdasarkan data SDKI tahun 2017, yaitu:

1. Berat lahir bayi di Indonesia hampir seluruh BBLN dan sebagian kecil lainnya BBLR.
2. Sebagian kecil ibu hamil melakukan kuantitas kunjungan pemeriksaan kehamilan sesuai rekomendasi dan sebagian besar ibu hamil mendapatkan kualitas pemeriksaan kehamilan yang sesuai rekomendasi.
3. Karakteristik ibu hamil sebagian besar ibu hamil berusia 20 tahun sampai 35 tahun, pendidikan tingkat menengah, berkerja, bertempat tinggal di perkotaan, berstatus sosial ekonomi miskin serta hampir seluruh melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan.
4. Ada hubungan kuantitas pemeriksaan kehamilan terhadap berat lahir bayi setelah dikontrol dengan faktor tingkat pendidikan ibu dan status sosial ekonomi.

B. Saran

1. Bagi masyarakat, khususnya ibu hamil untuk melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan secara lengkap dan mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Mempersiapkan kehamilan, mencari informasi, mengikuti konseling, memperbaiki status gizi, kelas ibu hamil dan posyandu serta mengenali faktor risiko kehamilan yang dapat menyebabkan BBLR. Bagi masyarakat umum dan orang terdekat ibu juga diharapkan memberikan dukungan dan dorongan kepada ibu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan.
2. Bagi institusi kesehatan, perlunya meningkatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang komprehensif dan berkualitas secara merata dan terjangkau untuk masyarakat. Perlunya kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam menyediakan akses kepada ibu hamil baik dari segi informasi, fasilitas, sarana prasarana dan tenaga kesehatan. Mengembangkan strategi promosi kesehatan agar masyarakat menjadi tahu, mau dan mampu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan serta mengurangi faktor risiko BBLR.
3. Bagi Poltekkes Kemenkes Bengkulu, diharapkan penelitian ini nantinya dapat menambah pengetahuan dan ilmu baru terkait perilaku pemeriksaan kehamilan dan berat lahir bayi sehingga menjadi bahan ajar yang dapat dibahas di beberapa jurusan terkait dengan ilmu promosi kesehatan.

4. Bagi peneliti lain, penelitian ini menjadi referensi untuk mengembangkan penelitian lainnya dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda serta meneliti variabel lain yang belum diteliti seperti paritas, jarak kelahiran, tempat persalinan, tenaga penolong persalinan, asuransi kesehatan dan lainnya.
5. Bagi Peneliti, penelitian ini menjadi referensi dan pengetahuan dalam melakukan kegiatan yang berhubungan dengan promosi kesehatan. Sehingga peneliti mampu mengembangkan strategi promosi kesehatan mengenai pemeriksaan kehamilan dan berat lahir bayi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrida, B. R. (2019). Hubungan Status Gizi Ibu Hamil Aterm dengan Berat Badan Lahir Bayi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 8(2), 6–12. <https://doi.org/10.36565/jabj.v8i2.7>
- Ahankari, A. S., Myles, P. R., Dixit, J. V, Tata, L. J., & Fogarty, A. W. (2017). Risk factors for maternal anaemia and low birth weight in pregnant women living in rural India : a prospective cohort study. *Public Health*, 151, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.06.023>
- Anil, Basel, P. L., & Singh, S. (2020). Low birth weight and its associated risk factors : Health facility-based case-control study. *PLoS ONE*, 15(6), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234907>
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Awoleke, J. O., & Olofinbiyi, B. A. (2020). Poor prenatal service utilization and pregnancy outcome in a tertiary health facility in southwest Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 35, 1–10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.28.20426>
- Banchani, E., & Tenkorang, E. Y. (2020). Risk factors for Caesarean sections in Ghana : evidence from the Ghana Maternal Health Survey. *Journal of Biosocial Science*, 1–18. <https://doi.org/10.1017/S0021932020000656>
- Bappenas. (2019). *Kajian Sektor Kesehatan: Pembangunan Gizi di Indonesia*. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Begum, P., Hassan, M. K., Saha, A. K., Akter, T., & Afrin, M. (2017). Review Article Risk Factors of Low Birth Weight Baby: A Review. *Faridpur Medical College Journal*, 12(1), 40–46.
- Bekela, M. B., Shimbire, M. S., Gebabo, T. F., Geta, M. B., Zeleke, E. A., Sidemo, N. B., & Getnet, A. B. (2020). Determinants of Low Birth Weight among Newborns Delivered at Public Hospitals in Sidama Zone , South Ethiopia : Unmatched Case-Control Study. *Journal of Pregnancy*, 2020, 8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2020/4675701>
- BKKBN. (2018). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017*. Badan Pusat Statistik, Kementerian Kesehatan RI, dan Badan Kependudukan dan Keluarga Nasional.
- Dahlan, M. S. (2010). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Salemba Medika.
- Dinkes Provinsi Bali. (2019). *Profil Kesehatan Provinsi Bali 2018*. Dinas Kesehatan Provinsi Bali.
- Ekaningrum, A. Y. (2014). *Hubungan Komplikasi Kehamilan dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Indonesia Tahun 2012: Analisis SDKI 2012*. Universitas Indonesia.
- Ernawati, A. (2016). Faktor Risiko Bayi Berat Lahir Rendah Ditinjau dari Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Faktor Kehamilan (Studi di Puskesmas Margorejo dan Puskesmas Juwana di Kabupaten Pati). *Jurnal Litbang Vol. XII, No. 1 Juni 2016: 41-50, XII(1)*, 41–50.

- Farrag, N. S., Abdelwahab, F., & Ismail, G. R. (2019). Patterns and factors affecting antenatal care utilization in Damietta Governorate, Egypt: A retrospective cross-sectional study. *Family Practice*, 36(4), 479–485. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz105>
- Fatimah, N., Utama, B. I., & Sastri, S. (2018). Hubungan Antenatal Care dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah pada Ibu Aterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(3), 615. <https://doi.org/10.25077/jka.v6i3.747>
- Gebregzabierher, Y., Haftu, A., Weldemariam, S., & Gebrehiwet, H. (2017). The Prevalence and Risk Factors for Low Birth Weight among Term Newborns in Adwa General Hospital , Northern Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International*, 2017(Figure 1), 7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2017/2149156> Research
- Hafid, W., Badu, F. D., & Laha, L. P. (2018). Analisis Determinan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Tani dan Nelayan. *Gorontalo Journal of Public Health*, 1(1), 01. <https://doi.org/10.32662/gjph.v1i1.138>
- Haskas, Y. (2020). Gambaran Stunting Di Indonesia: Literatur Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15, 154–157. <http://180.178.93.169/index.php/jikd/article/view/179>
- Ifayanti, H., Amirus, K., & Sari, N. (2019). Determinan Berat Bayi Lahir Di Puskesmas Pringsewu , Lampung: Laporan Kohort Ibu Tahun 2016-2017. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 9(2), 99–107. <https://doi.org/10.22435/kespro.v9i2.1092.99-107>
- Kargbo, D. K., Nyarko, K., & Sackey, S. (2020). Determinants of Low Birth Weight Deliveries : an Unmatched Case-control Study in Five Referral Hospitals in Western Area Urban District , Sierra Leone. *Research Square*, 1–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-139964/v1> License:
- Kaur, S., Ng, C. M., Badon, S. E., Jalil, R. A., Maykanathan, D., Yim, H. S., Jan, H., & Mohamed, J. (2019). Risk factors for low birth weight among rural and urban Malaysian women. *BMC Public Health*, 19(Suppl 4:539), 1–10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-019-6864-4>
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014*.
- _____. (2016). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*. Kementerian Kesehatan RI.
- _____. (2018). Pentingnya Pemeriksaan Kehamilan (ANC) di Fasilitas Kesehatan. *Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat*, 2018. <http://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-pemeriksaan-kehamilan-anc-di-fasilitas-kesehatan>
- _____. (2020). Pokok-Pokok Renstra Kemenkes 2020-2024. *Pokja Renstra Kemenkes 2020-2024*, 1–40. [https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/Pleno_4/Rencana_Strategis_Kementerian_Kesehatan_Tahun_2020-2024_\(Litbangkes\).pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/Pleno_4/Rencana_Strategis_Kementerian_Kesehatan_Tahun_2020-2024_(Litbangkes).pdf)
- Legawati, R. N. (2020). Pengaruh Faktor Maternal dan Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). *Wawasan Kesehatan: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 6(2), 86–94. <https://doi.org/https://doi.org/10.33485/wk-jiik>

- Lei, F., Liu, D., Shen, Y., Zhang, L., Li, S., Liu, X., Shi, G., Li, J., Zhao, Y., Kang, Y., Dang, S., & Yan, H. (2018). Study on the influence of pregnancy-induced hypertension on neonatal birth weight. *American Federation for Medical Research*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/jim-2017-000626>
- Lengkong, G. T., Langi, F. L. F. ., & Posangi, J. (2020). 41 faktor – faktor yang berhubungan dengan kematian bayi di indonesia. *Jurnal Kesmas*, 9(4), 41–47.
- Lisnawati, L.-, Arsyad, G.-, Hafid, F.-, & Zainul, Z.-. (2019). Penerapan Model Antenatal Care (ANC) Model WHO 2016 Di Kabupaten Poso Dan Parigi Mautong Provinsi Sulawesi Tengah. *Jurnal Kesehatan Prima*, 13(2), 85. <https://doi.org/10.32807/jkp.v13i2.237>
- Maidartati. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, 7(2), 323–328. <http://ejurnal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/139/138>
- Merita. (2015). Faktor Resiko Bayi Lahir Gemuk (Macrosomia) Di Indonesia. *Jurnal Akademika Baiturrahim*, 4(2), 1–10.
- Muchtar, A., Isir, M., Rumiatur, D., Nurjaya, Mulyati, E., Sukei, Nurrochmi, E., Umalihayati, Saputro, H., P, W. M., Sursilah, I., Ratnasari, Y., Bakoil, M. B., & Nainggolan, Y. (2015). *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak* (E. Mulati, O. F. Royati, & Y. Widyaningsih (eds.)). Kementerian Kesehatan RI.
- Mulu, G. B., Gebremichael, B., Desta, K. W., Kebede, M. A., Aynalem, Y. A., & Getahun, M. B. (2020). Determinants of Low Birth Weight Among Newborns Delivered in Public Hospitals in Addis Ababa , Ethiopia : Case-Control Study. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 119–126. <https://doi.org/http://doi.org/10.2147/PHMT.S246008>
- Musti, I. G. B. D. P., Duarsa, G. W. K., Mahadewa, T. G., & Wirata, G. (2019). Berat badan lahir lebih dari 4000 gram merupakan faktor risiko kejadian mikropenis pada bayi baru lahir di Denpasar tahun 2019. *Intisari Sains Medis*, 10(3), 604–607. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.577>
- Nainggolan, B. G., & Sitompul, M. (2019). Hubungan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 1-3 Tahun. *Jurnal Nutrix*, 3(1), 36–41.
- Nasution, S. M. (2018). Pengaruh Usia Kehamilan , Jarak Kehamilan , Komplikasi Kehamilan , Antenatal Care terhadap Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di RSUD dr . Pirngadi Kota Medan Tahun 2017. *Repositori Institusi USU*, 119. <http://repositori.usu.ac.id>
- Notoatmodjo S. (2010). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Edisi Revisi 2010. Jakarta: Rineka Cipta
- Ningrum, E. W., & Cahyaningrum, E. D. (2018). Status gizi pra hamil berpengaruh terhadap berat dan panjang badan bayi lahir. *Medisains*, 16(2), 89. <https://doi.org/10.30595/medisains.v16i2.3007>

- Noh, J. W., Kim, Y. mi, Lee, L. J., Akram, N., Shahid, F., Kwon, Y. D., & Stekelenburg, J. (2019). Factors associated with the use of antenatal care in Sindh province, Pakistan: A population-based study. *PLoS ONE*, *14*(4), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213987>
- Nugroho, T., Nurrezki, Warnaliza, D., & Wilis. (2014). *Buku Ajar Askeb 1 Kehamilan*. Nuha Medika.
- Nurhayati, E. (2016). Indeks Massa Tubuh (IMT) Pra Hamil dan Kenaikan Berat Badan Ibu Selama Hamil Berhubungan dengan Berat Badan Bayi Lahir. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, *4*(1), 1. [https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(1\).1-5](https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4(1).1-5)
- Parandhita, V. (2019). Hubungan Sosioekonomi Ibu Bersalin Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RS PKU Muhammadiyah Gamping. *Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*.
- Perwiraningtyas, P., Ariani, N. L., Anggraini, C. Y. (2020). Analisis faktor resiko tingkat berat bayi lahir rendah. *JNC*, *3*(3).
- Priyanti, S., Irawati, D., & Syalfina, A. D. (2020). Frekuensi dan Faktor Risiko Kunjungan Antenatal Care (Frequency And Factor Effecting Of Antenatal Care Visit). *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, *6*(1), 1.
- Pudiasuti, R. D. (2018). *Asuhan Kebidanan Pada Hamil Normal Dan Patologi*. Nuha Medika.
- Purwanto & Sulistyastuti. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Gava Media.
- Rachmawati, A. I., Puspitasari, R. D., & Cania, E. (2017). Faktor-faktor yang Memengaruhi Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil. *Majority*, *7*(November), 72–76.
- Rasyid, H. U., Khan, M. N., & Rahman, A. (2020). populasi pengungsi setelah konflik di divisi Malakand , Pakistan : kontrol kasus a belajar. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(166), 4–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-020-2841-2>
- Ruindungan, R., Kundre, R., & Masi, G. (2017). Hubungan Pemeriksaan Antenatal Care (Anc) Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Di Wilayah Kerja Rsud Tobelo. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, *5*(1).
- Saadah, N. (2020). *Modul Deteksi Dini Pencegahan dan Penanganan Stunting*. Scopindo Media Pustaka.
- Saragih, I. D., & Yovsyah. (2017). Gambaran Berat Lahir Rendah Berdasarkan Kualitas Pelayanan Antenatal Care di Indonesia Tahun 2012 (Analisis Lanjut SDKI 2012). *Jurnal JUMANTIK*, *2*(2), 61–77.
- Sarwono, J. (2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Graha Ilmu.
- Sasha, S. R., Saffari, S. E., Allen, J. C., Yeo, G. S., & Tan, K. H. (2018). Does Low Birth Weight Vary Geospatially in Singapore? *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *47*(9), 373–380.

- Sembiring, J. B., Pratiwi, D., & Sarumaha, A. (2017). Hubungan Usia , Paritas Dan Usia Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah Di Rsu Mitra Medika Medan Periode 2017. *Jurnal Bidan Komunitas*, 2(1), 38–46. <http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/jbk>
- Siramaneerat, I., Agushybana, F., & Meebunmak, Y. (2018). Maternal Risk Factors Associated with Low Birth Weight in. *The Open Public Health Journal*, 376–383. <https://doi.org/10.2174/1874944501811010376>
- Sondakh, J. J. S. (2013). *Asuhan Kebidanan Persalinan Dan Bayi Baru Lahir*. Erlangga.
- Sudarti, I. S. (2017). *Patologi Kehamilan, Persalinan, Nifas Dan Neonatus Resiko Tinggi*. Nuha Medika.
- Sugiyono. (2007). *Statistik Untuk Penelitian.pdf* (pp. 1–370). <https://drive.google.com/file/d/0ByPwHcVompUhVFczOE5TTlpJMjg/view>
- Sujianti, S. (2017). Literature Review Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Kesehatan Ibu Dan Anak*, 11(2), 8–14. <https://doi.org/10.29238/kia.v11i2.33>
- Tamura, N., Id, T. H., Ito, K., & Araki, A. (2018). Different Risk Factors for Very Low Birth Weight , Term-Small-for-Gestational-Age , or Preterm Birth in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(369), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020369>
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=079B48EA0C956608142CC22AEE6A8DB4?sequence=1>
- _____. (2018). *Care Of The Preterm And Low-Birth-Weight Newbornworld Prematurity Day - 17 November 2018*. World Health Organization, 2–4. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/
- World Health Organization, & UNICEF. (2019a). *birthweight data coverage web May 2019*. World Health Organization dan UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
- _____. (2019b). *GLOBAL DATA FLOW 2012-2015*. World Health Organization dan UNICEF. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>
- Zhou, H., Wang, A., Huang, X., Guo, S., Yang, Y., Martin, K., Tian, X., Josephs-Spaulling, J., Ma, C., Scherpbier, R. W., & Wang, Y. (2019). Quality antenatal care protects against low birth weight in 42 poor counties of Western China. *PLoS ONE*, 14(1), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210393>



**Institutional Review Board Findings Form
ICF IRB FWA00000845 (exp. 04/13/2019)**

Project Director(s): Sunita Kishor

Project Title: The Demographic and Health Survey (DHS) Program (DHS-7)

ICF Project Number: 132989.0.000

Type of Review:

New Modification Annual review

Findings of the Board:

- Project complies with all of the requirements of 45 CFR 46, "Protection of Human Subjects"
- Project is exempt from IRB review (See IRB Exemption Form)
- Project does not comply with all of the requirements of 45 CFR 46

Project Approved Until: September 8, 2018

Next Annual Review Date: March 11, 2016

Chair, Institutional Review Board

March 11, 2015

Date

(Revised 07/18/2014)

LEMBAR PERSETUJUAN DHS



Oct 19, 2020

Fenti Bahri
Poltekkes Kemenkes Bengkulu Indonesia
Phone: +6289633940869
Email: fentiaprianifap@gmail.com Request Date: 10/19/2020
Dear Fenti Bahri:

This is to confirm that you are approved to use the following Survey Datasets for your registered research paper titled: "HUBUNGAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN DENGAN BERAT LAHIR BAYI DI INDONESIA (ANALISIS DATA SDKI TAHUN 2017)":

Indonesia

To access the datasets, please login at: https://www.dhsprogram.com/data/dataset_admin/login_main.cfm. The user name is the registered email address, and the password is the one selected during registration.

The IRB-approved procedures for DHS public-use datasets do not in any way allow ibu hamilts, households, or sample communities to be identified. There are no names of individuals or household addresses in the data files. The geographic identifiers only go down to the regional level (where regions are typically very large geographical areas encompassing several states/provinces). Each enumeration area (Primary Sampling Unit) has a PSU number in the data file, but the PSU numbers do not have any labels to indicate their names or locations. In surveys that collect GIS coordinates in the field, the coordinates are only for the enumeration area (EA) as a whole, and not for individual households, and the measured coordinates are randomly displaced within a large geographic area so that specific enumeration areas cannot be identified.

The DHS Data may be used only for the purpose of statistical reporting and analysis, and only for your registered research. To use the data for another purpose, a new research project must be registered. All DHS data should be treated as confidential, and no effort should be made to identify any household or individual ibu hamilt interviewed in the survey. Please reference the complete terms of use at: <https://dhsprogram.com/Data/terms-of-use.cfm>.

The data must not be passed on to other researchers without the written consent of DHS. However, if you have coresearchers registered in your account for this research paper, you are authorized to share the data with them. All data users are required to submit an electronic copy (pdf) of any reports/publications resulting from using the DHS data files to: references@dhsprogram.com.

Sincerely,

Bridgette Wellington

Bridgette Wellington
Data Archivist
The Demographic and Health Surveys (DHS) Program

**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU**

**KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
“ETHICAL EXEMPTION”**

No.KEPK.M/541/03/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : Fenti Apriani
Principal In Inverstigator

Nama Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Indonesia
(Analisis Data SDKI 2017)

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Value, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assasment and Benefit, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Concent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines, This is an indicated by fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 01 April 2021 sampai dengan tanggal 01 Juli 2021.

This declaration of ethics applies during the period April 01,2021 until July 01,2021



April 01, 2021
Professor and Chairperson

Dr. Demsa Simbolon, SKM, MKM

SAMPEL PENELITIAN

a. Sampel Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan

$$n1 = n2 = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right]^2 \times Deff$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,96\sqrt{2 \times 0,55 \times 0,45} + 1,28\sqrt{0,7 \times 0,3 + 0,4 \times 0,6}}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,96\sqrt{0,495} + 1,28\sqrt{0,21 + 0,24}}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,37 + 0,86}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = [7,4]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = 54,76 \text{ atau } 55 \times 2$$

$$n1 = n2 = 110$$

Keterangan :

Studi kepustakaan dari penelitian yang dilakukan Fatimah et al., (2018) berjudul hubungan antenatal care dengan kejadian bayi berat lahir rendah pada ibu aterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang Nurhayani.

Z_α : Deviat baku alfa (1,96)

Z_β : Deviat baku beta (1,28)

$P1$: Proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan jugemen
peneliti $P1 = 0,7$

$P2$: Proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya (0,4)

$P1-P2$: Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (0,3)

$Q1$: $1 - P1 = 1 - 0,7 = 0,3$

$$Q2 : 1 - P2 = 1 - 0,4 = 0,6$$

$$P : (P1 + P2) / 2 = (0,7 + 0,4) / 2 = 0,55$$

$$Q : 1 - P = 1 - 0,55 = 0,45$$

Deff : Rasio antara varians pada sampel kompleks dengan varians jika sampel diambil secara Simpel Random Sampling (SRS) = 2

b. Sampel Kualitas Pemeriksaan Kehamilan

$$n1 = n2 = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right]^2 \times Deff$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,96\sqrt{2 \times 0,55 \times 0,45} + 1,28\sqrt{0,7 \times 0,3 + 0,4 \times 0,6}}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,96\sqrt{0,495} + 1,28\sqrt{0,21 + 0,24}}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = \left[\frac{1,37 + 0,86}{0,3} \right]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = [7,4]^2 \times 2$$

$$n1 = n2 = 54,76 \text{ atau } 55 \times 2$$

$$n1 = n2 = 110$$

Keterangan :

Studi kepustakaan dari penelitian yang dilakukan Ernawati (2016) berjudul faktor risiko bayi berat lahir rendah ditinjau dari kualitas pelayanan kesehatan dan faktor kehamilan (Studi di Puskesmas Margorejo dan Puskesmas Juwana di Kabupaten Pati).

Z_α : Deviat baku alfa (1,96)

Z_β : Deviat baku beta (1,28)

P1 : Proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan judgement peneliti

$$P1 = 0,7$$

P2 : Proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya (0,4)

P1-P2 : Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna (0,3)

$$Q1 : 1 - P1 = 1 - 0,7 = 0,3$$

$$Q2 : 1 - P2 = 1 - 0,4 = 0,6$$

$$P : (P1 + P2) / 2 = (0,7 + 0,4) / 2 = 0,55$$

$$Q : 1 - P = 1 - 0,55 = 0,45$$

Deff : Rasio antara varians pada sampel kompleks dengan varians jika sampel diambil secara Sederhana Random Sampling (SRS) = 2

INSTRUMEN PENELITIAN

No	Variabel	Pertanyaan	Nomor Kuesioner	Data SDKI	No. Variabel data
1.	Berat Lahir Bayi	<p>427: Apakah ditimbang ketika dilahirkan ?</p> <p>a. Ya b. Tidak</p> <p>428: Berapakah berat badan anak terakhir ketika dilahirkan ?</p> <p>a. < 2500 gram b. ≥ 2500 gram</p>	<p>Bagian 4. Kehamilan dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan Pertanyaan No. 427 dan 428 Halaman W-27</p>	<p>IDBR7 1FL No. 592</p>	M19
2.	Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan	<p>408: Pada saat Ibu/Saudari mengandung (Nama) apakah Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?</p> <p>a. Ya b. Tidak</p> <p>412: Selama Ibu/Saudari mengandung (NAMA), berapa kali Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?</p> <p>412A: Jumlah pemeriksaan kehamilan?</p> <p>412B: Ibu mengatakan memeriksakan memeriksakan kehamilan anak terakhir berapa kali ibu memeriksakan kehamilan</p> <p>a. Trimester 1 b. Trimester 2 c. Trimester 3</p>	<p>Bagian 4. Kehamilan dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan Pertanyaan No.408, 412, 412A dan 412B Halaman W-24 dan W-25</p>	<p>IDBR7 1FL No. 587, 1598, 1599, 1600</p>	S412BA, S412BB, S412BC
3.	Kualitas Pemeriksaan Kehamilan	<p>413: Pada saat pemeriksaan kehamilan apakah ibu/saudari :</p> <p>a. Berat badan b. Tinggi badan c. Tekanan darah d. Lingkar lengan e. Tinggi rahim f. Perut g. Denyut jantung janin h. Darah i. Air seni j. Konsultasi</p> <p>413A: Selama pemeriksaan kehamilan, apakah ibu diberitahu tanda-tanda bahaya (komplikasi) kehamilan?</p> <p>a. Ya b. Tidak c. Tidak Tahu</p>	<p>Bagian 4. Kehamilan dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan Pertanyaan No.413 413A, 414 dan 421 Halaman W-25</p>	<p>IDBR7 1FL No.603 -610, 1602- 1606, 1126</p>	M42A- M42E, S413DD S413EE, S413FF, S413GG, S413JJ, M43, M46, S711A

	414: Selama Ibu/Saudari mengandung (Nama) apakah Ib/Saudari pernah mendapatkan suntikan dilengan atas untuk mencegah bayi dari penyakit tetanus, atau kejang-kejang setelah lahir? a. Ya b. Tidak c. Tidak tahu			
	421: Selama mengandung (Nama), apakah Ibu/Saudari minum tablet/pil/sirup zat besi? a. Jumlah hari (.....) b. Tidak tahu			
4. Usia	105: Pada bulan apa dan tahun berapa Ibu/Saudari dilahirkan ? 106: Berapa umur ibu ?	Bagian 1. Latar Belakang Ibu hamil Pertanyaan No.105 dan 106 Halaman W-5	IDBR7 1FL No. 14 dan 16	V012
5. Tingkat Pendidikan	107: Apakah Ibu/Saudari pernah/sedang sekolah? a. Ya b. Tidak 108: Apakah jenjang pendidikan tertinggi yang pernah ibu duduki ? a. SD/MI SEDERAJAT b. SMP/MTs SEDERAJAT c. SMA/SMK/MA SEDERAJAT d. AKADEMI/DI/DII/DIII e. D IV/UNIVERSITAS	Bagian 1. Latar Belakang Ibu hamil Pertanyaan No.107 dan 108 Halaman W-6	IDBR7 1FL No. 52	V106
6. Pekerjaan	913: Apakah jenis pekerjaan utama Ibu/Saudari ? a. Profesional, Teknisi b. Kepemimpinan dan ketatalaksanaan c. Pejabat pelaksana dan tata usaha d. Tenaga usaha penjualan e. Tenaga usaha jasa f. Tenaga usaha pertanian g. Tenaga produksi h. Lainnya i. Tidak tahu	Bagian 9. Latar Belakang Suami/Pasangan dan Pekerjaan Ibu hamil Pertanyaan No. 913 Halaman W-61	IDBR7 1FL No. 501	V716
7. Daerah tempat tinggal	5: Daerah tempat tinggal ? a. Perkotaan b. Perdesaan	Bagian Pengenalan Tempat Pertanyaan No.5 Halaman W-1	IDBR7 1FL No. 30	V025
8. Status Sosial Ekonomi	121: Apakah rumah tangga ini memiliki: a. Listrik b. Radio c. Televisi d. Telepon Rumah	Bagian IV Keadaan Tempat Tinggal Pertanyaan No.121,122 dan 123 Halaman RT-6	IDBR7 1FL No. 103	V190A

- e. Komputer/Laptop
- f. Lemari Es
- g. Kipas Angin
- h. Mesin Cuci
- i. Pendingin Ruangan (AC)

122:

Apa ada anggota rumah tangga ini memiliki:

- a. Jam Tangan
- b. Telepon Seluler
- c. Sepeda
- d. Sepeda Motor/Skuter
- e. Delma/Gerobak Ditarik Binatang
- f. Mobil atau Truk
- g. Kapal/Perahu Motor

123:

Apakah ada anggota rumah tangga yang memiliki rekening bank atau lembaga keuangan lainnya yang resmi?

- a. Ya
- b. Tidak

9. Tempat Pemeriksaan Kehamilan	<p>410: Dimana Ibu/Saudari memeriksakan kehamilan?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rumah <ul style="list-style-type: none"> Rumah ibu hamil Rumah orang lain b. UKBM <ul style="list-style-type: none"> Poskesdes/Polindes Posyandu lainnya c. Pemerintah <ul style="list-style-type: none"> Rumah sakit Klinik pemerintah Puskesmas Pustu/Pusling Bidan di desa lainnya d. Swasta <ul style="list-style-type: none"> Rumah sakit swasta/RSIA/RS bersalin Klinik swasta/rumah bersalin/balai pengobatan Praktik dokter kandungan dan kebidanan Praktik dokter umum Praktik bidan Praktik perawat Lainnya 	<p>Bagian 4. Kehamilan dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan Pertanyaan No.410 Halaman W-24</p>	<p>IDBR7 1FL No. 643- 665</p>	<p>M57A- M57X</p>
10. Tenaga Pemeriksaan Kehamilan	<p>409: Siapa yang memeriksa kandungan Ibu/saudari?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tenaga Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Dokter umum Dokter kandungan Perawat Bidan Bidan di desa b. Non Tenaga Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> Dukun bayi/paraji 	<p>Bagian 4. Kehamilan dan Pemeriksaan Sesudah Melahirkan Pertanyaan No.409 Halaman W-24</p>	<p>IDBR7 1FL No.550 -563</p>	<p>M2A- M2N</p>

ALUR PENGOLAHAN DATA

Univariat

1. Berat Lahir Bayi

Berat Lahir Bayi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLN (\geq 2500 gram)	10649	93.1	93.1	93.1
	BBLR (0-2499 gram)	794	6.9	6.9	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

2. Kuantitas Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan

Kuantitas Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai rekomendasi	2489	21.8	21.8	21.8
	Tidak sesuai rekomendasi	8954	78.2	78.2	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

3. Kualitas Pemeriksaan Kehamilan

Kualitas Pemeriksaan Kehamilan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sesuai rekomendasi	7662	67.0	67.0	67.0
	Tidak sesuai rekomendasi	3781	33.0	33.0	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

4. Usia Ibu

Usia Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 tahun	8294	72.5	72.5	72.5
	< 20 tahun	268	2.3	2.3	74.8
	>35 tahun	2881	25.2	25.2	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

5. Pendidikan Ibu

Pendidikan Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan tinggi	2140	18.7	18.7	18.7
	Pendidikan menengah	6677	58.4	58.4	77.1
	Pendidikan dasar	2626	22.9	22.9	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

6. Pekerjaan Ibu

Pekerjaan Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	6136	53.6	53.6	53.6
	Tidak bekerja	5307	46.4	46.4	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

7. Daerah Tempat Tinggal Ibu

Tempat Tinggal Ibu					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kota (Urban)	5992	52.4	52.4	52.4
	Desa (rural)	5451	47.6	47.6	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

8. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kaya	4137	36.2	36.2	36.2
	Menengah	2308	20.2	20.2	56.3
	Miskin	4998	43.7	43.7	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

9. Tempat pemeriksaan

Tempat pemeriksaan kehamilan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faskes	9574	83.7	83.7	83.7
	Non Faskes	1869	16.3	16.3	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

10. Tenaga Pemeriksa Kehamilan

Tenaga Pemeriksa kehamilan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tenaga Kesehatan	11062	96.7	96.7	96.7
	Non Tenaga kesehatan	381	3.3	3.3	100.0
	Total	11443	100.0	100.0	

Bivariat

1. Pemeriksaan Kehamilan

Kuantitas Pemeriksaan Kehamilan * Berat Lahir Bayi Crosstab

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN (\geq 2500 gram)	BBLR (0-2499 gram)	
Kuantitas2h	Sesuai rekomendasi	2390	99	2489
	Tidak Sesuai rekomendasi	8259	695	8954
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	43.196 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	42.612	1	.000		
Likelihood Ratio	48.622	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	43.192	1	.000		
N of Valid Cases	11443				

Kualitas Pemeriksaan Kehamilan * Berat Lahir Bayi Crosstab

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN (\geq 2500 gram)	BBLR (0-2499 gram)	
Kualitasantfix	sesuai rekomendasi 10T	7126	536	7662
	Tidak sesuai rekomendasi <10T	3523	258	3781
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.116 ^a	1	.733	.753	.382
Continuity Correction ^b	.091	1	.763		
Likelihood Ratio	.116	1	.733		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.116	1	.733		
N of Valid Cases	11443				

2. Karakteristik Ibu hamil

Usia Ibu * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Usia Ibu	20 - 35 tahun	7727	567	8294
	<20 tahun	245	23	268
	>35 tahun	2677	204	2881
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.346 ^a	2	.510
Likelihood Ratio	1.273	2	.529
Linear-by-Linear Association	.285	1	.593
N of Valid Cases	11443		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.60.

Pendidikan ibu * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Pendidikan Ibu	Pendidikan Tinggi	2019	121	2140
	Pendidikan Menengah	6235	442	6677
	Pendidikan Dasar	2395	231	2626
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.558 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	19.894	2	.000
Linear-by-Linear Association	18.986	1	.000
N of Valid Cases	11443		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 148.49.

Pekerjaan Ibu * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Pekerjaan Ibu	Bekerja	5729	407	6136
	Tidak bekerja	4920	387	5307
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.915 ^a	1	.166		
Continuity Correction ^b	1.815	1	.178		
Likelihood Ratio	1.912	1	.167		
Fisher's Exact Test				.172	.089
Linear-by-Linear Association	1.915	1	.166		
N of Valid Cases	11443				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 368.24.

b. Computed only for a 2x2 table

Daerah tempat tinggal * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Daerah tempat tinggal	Kota Urban	5590	402	5992
	Desa rural	5059	392	5451
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.029 ^a	1	.310	.320	.164
Continuity Correction ^b	.955	1	.328		
Likelihood Ratio	1.028	1	.311		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.029	1	.310		
N of Valid Cases	11443				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 378.23.

b. Computed only for a 2x2 table

Status Sosial ekonomi * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Sosek	Kaya	3912	225	4137
	Menengah	2150	158	2308
	Miskin	4587	411	4998
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.218 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	27.632	2	.000
Linear-by-Linear Association	27.215	1	.000
N of Valid Cases	11443		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 160.15.

Tenaga pemeriksa kehamilan * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Tenaga pemeriksa	Nakes	10289	773	11062
	nonnakes	360	21	381
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.243 ^a	1	.265	.305	.156
Continuity Correction ^b	1.025	1	.311		
Likelihood Ratio	1.328	1	.249		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.243	1	.265		
N of Valid Cases	11443				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.44.

b. Computed only for a 2x2 table

Tempat pemeriksaan kehamilan * Berat Lahir Bayi

Count

		Berat Lahir Bayi		Total
		BBLN	BBLR	
Tempatpemeriksaananc	Faskes	8921	653	9574
	Non Faskes	1728	141	1869
Total		10649	794	11443

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.268 ^a	1	.260	.273	.141
Continuity Correction ^b	1.158	1	.282		
Likelihood Ratio	1.242	1	.265		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.268	1	.260		
N of Valid Cases	11443				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 129.69.

b. Computed only for a 2x2 table

Multivariat

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a KuantitasWHO	.653	.112	34.092	1	.000	1.922	1.543	2.393
Kualitasanc	-.142	.080	3.164	1	.075	.868	.742	1.015
PendidikanIbu			7.276	2	.026			
PendidikanIbu(1)	.037	.112	.109	1	.741	1.038	.833	1.292
PendidikanIbu(2)	.258	.126	4.177	1	.041	1.294	1.011	1.656
PekerjaanIbu	.051	.076	.452	1	.502	1.052	.907	1.220
Sosek			10.721	2	.005			
Sosek(1)	.175	.109	2.554	1	.110	1.191	.961	1.476
Sosek(2)	.301	.092	10.690	1	.001	1.352	1.128	1.619
Constant	-3.381	.135	627.481	1	.000	.034		

a. Variable(s) entered on step 1: KuantitasWHO, Kualitasanc, PendidikanIbu, PekerjaanIbu, Sosek.


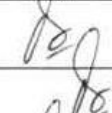
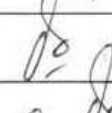
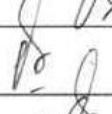


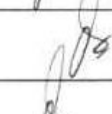

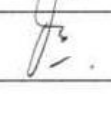




Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a KuantitasWHO	.655	.112	34.222	1	.000	1.924	1.545	2.396
Kualitasanc	-.141	.080	3.143	1	.076	.868	.743	1.015
PendidikanIbu			7.442	2	.024			
PendidikanIbu(1)	.051	.110	.220	1	.639	1.053	.849	1.305
PendidikanIbu(2)	.270	.125	4.711	1	.030	1.311	1.027	1.673
Sosek			10.829	2	.004			
Sosek(1)	.176	.109	2.572	1	.109	1.192	.962	1.477
Sosek(2)	.303	.092	10.797	1	.001	1.354	1.130	1.621
Constant	-3.371	.134	632.639	1	.000	.034		

a. Variable(s) entered on step 1: KuantitasWHO, Kualitasanc, PendidikanIbu, Sosek.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama Pembimbing I : Dr. Demsa Simbolon, SKM., MKM
 Nama Mahasiswa : Fenti Apriani
 NIM : P05170017054
 Judul Penelitian : Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2017)

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Jum,at, 18 Agustus 2020	Pengajuan Judul Skripsi	Acc judul skripsi dan lanjut BAB I	
2.	Senin, 28 September 2020	Konsul BAB I	Perbaikan BAB I	
3.	Rabu, 7 Oktober 2020	Konsul Perbaikan BAB I	Perbaikan BAB I dan lanjutkan BAB II	
4.	Kamis, 15 Oktober 2020	Konsul Perbaikan BAB I dan II	Perbaikan Bab I, II, dan III	
5.	Jum'at, 06 November 2020	Konsul Perbaikan Bab I, II, dan III	Perbaikan Bab I, II, dan III	
6.	Rabu, 18 November 2020	Konsul Perbaikan Bab I, II, dan III	Perbaikan Bab I, II, dan III	
7.	Selasa, 19 Januari 2020	Konsul Perbaikan Bab I, II, III dan daftar Pustaka	Acc proposal	
8	Senin, 04 Februari 2021	Konsul Perbaikan Sesudah Seminar Proposal	Lanjutkan BAB IV	
9	Senin, 12 April 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Hasil dan Pembahasan	
10	Kamis, 28 April 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Hasil dan Pembahasan	
11	Jumat, 11 Mei 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Hasil dan Pembahasan	
12	Kamis, 17 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran	
13	Senin, 21 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran	
14	Selaasa, 22 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Acc Skripsi	














LEMBAR BIMBINGAN

Nama Pembimbing II : Rini Patroni, SST, M.Kes

Nama Mahasiswa : Fenti Apriani

NIM : P05170017054

Judul Penelitian : Hubungan Perilaku Pemeriksaan Kehamilan dengan Berat
Lahir Bayi di Indonesia (Analisis Data SDKI Tahun 2017)

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 24 Agustus 2020	Pengajuan Judul Skripsi	Acc judul skripsi dan lanjut BAB I	
2.	Rabu, 7 Oktober 2020	Konsul BAB I	Perbaikan BAB I	
3.	Selasa, 4 November 2020	Konsul Perbaikan BAB I	Perbaikan BAB I dan lanjutkan BAB II	
4.	Selasa, 6 November 2020	Konsul Perbaikan BAB I dan II	Perbaikan Bab I, II, dan III	
5.	Selasa, 18 November 2020	Konsul Perbaikan Bab I, II, dan III	Perbaikan Bab I, II, dan III	
6.	Selasa, 18 Januari 2020	Konsul Perbaikan Bab I, II, dan III	Perbaikan Bab I, II, dan III	
7.	Jum'at, 22 Januari 2021	Konsul Perbaikan Bab I, II, III dan daftar Pustaka	Acc proposal	
8	Senin, 04 Februari 2021	Konsul Perbaikan Sesudah Seminar Proposal	Lanjutkan BAB IV	
9	Senin, 12 April 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Hasil dan Pembahasan	
10	Kamis, 28 April 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Hasil dan Pembahasan	
11	Senin, 21 Juni 2021	Konsul BAB IV	Perbaikan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran	
12	Selasa, 22 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran	
13	Kamis, 24 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Perbaikan Pembahasan, Kesimpulan dan Saran	
14	Senin, 28 Juni 2021	Konsul Perbaikan BAB IV dan BAB V	Acc Skripsi	