

**HUBUNGAN KONDISI SOSIAL EKONOMI DAN *ANTENATAL
CARE* (ANC) DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR
RENDAH (BBLR) DI KECAMATAN WAY JEPARA**

SKRIPSI

**Oleh
NUR ANNISA**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

HUBUNGAN KONDISI SOSIAL EKONOMI DAN *ANTENATAL CARE* (ANC) DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI KECAMATAN WAY JEPARA

Oleh

NUR ANNISA

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

Judul Proposal : HUBUNGAN KONDISI SOSIAL EKONOMI DAN ANTENATAL CARE (ANC) DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI KECAMATAN WAY JEPARA

Nama Mahasiswa : Nur Annisa

No. Pokok Mahasiswa : 1918011036

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran



MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.KM., M.Kes.
NIP 197206281997022001

dr. Fidha Rahmayani, M.Sc., Sp.S.
NIP 198604072010122000

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.KM., M.Kes
NIP 197206281997022001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

**: Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW,
S.KM., M.Kes.**

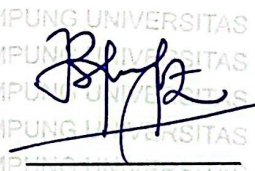


Sekretaris

: dr. Fidha Rahmayani, M.Sc., Sp.S.

Penguji

**Bukan Pembimbing : Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si.,
Sp.KKLP**

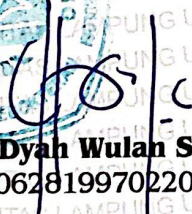


2. Dekan Fakultas Kedokteran



Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.KM., M.Kes.

NIP. 197206281997022001



Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 6 Februari 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul “Hubungan Kondisi Sosial Ekonomi dan *Antenatal Care* (ANC) dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain. Penulisan dilakukan dengan cara yang sesuai dengan etika penelitian yang berlaku dalam masyarakat akademik.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Februari 2023

Pembuat Pernyataan



Nur Annisa
NPM 1918011036

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bandar Lampung pada tanggal 28 April 2001, sebagai anak pertama dari 3 bersaudara putri pasangan Bapak Wawan Setiawan dan Ibu Tutik Handayani

Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) diselesaikan di TK IT Baitul Muslim pada tahun 2007, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SDIT Baitul Muslim pada tahun 2013, kemudian melanjutkan Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMP Binaul Ummah dan lulus tahun 2016, serta Sekolah Menengah Atas (SMA) yang diselesaikan di SMA Swasta Al kahfi pada tahun 2019.

Pada tahun 2019, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah berkontribusi pada acara *Medical Gathering* pada tahun 2019 dibidang humas yang rutin dilaksanakan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, kemudian menjadi anggota Bidang Humas di acara Dies Natalis Fakultas Kedokteran Universitas Lampung ke-18. Pada kepengurusan tahun 2020/2021 penulis menjadi sekretaris bidang humas Forum Studi Islam Ibnu Sina (FSIIS).

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“Dan apabila hamba-hambaku bertanya kepadamu (Muhammad) tentang aku, maka sesungguhnya aku dekat. Aku kabulkan permohonan orang yang berdoa apabila dia berdoa kepadaku. Hendaklah mereka itu memenuhi perintahku, agar mereka memperoleh kebenaran”
(Qs. Al-Al-Baqarah:186).

Sebuah persembahan karya sebagai bentuk ibadah kepada Allah *Subhanahu wa ta'ala*, bentuk cinta kepada Allah, Ayah, Ibu, Adik-adik dan keluarga saya yang senantiasa mendukung saya, memfasilitasi secara penuh proses pendidikan dan tak pernah lelah untuk senantiasa memberikan doa dan semangat. Semoga Allah senantiasa memberkahi setiap langkah dan proses yang akan ditempuh kedepannya, aamiin.

SANWACANA

Assalamu'alaikum wa rahmatullahi wa barakatuh
Alhamdulillah rabbil'alamin. Segala puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya selama masa pendidikan dan penyusunan skripsi ini sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara".

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan banyak saran, bimbingan, dukungan dan doa dari berbagai pihak. Dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung
2. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumekar RW, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan Pembimbing Utama atas kesediaannya meluangkan waktu dan pikiran, memberikan ilmu, arahan, masukan, saran, serta dukungan yang membangun selama penyusunan skripsi ini.
3. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, S.Ked., M.Kes., AIFO-K., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
4. dr. Fidha Rahmayani, M.Sc., Sp.S., selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya meluangkan waktu dan pikiran, memberikan ilmu, masukan, saran, serta dukungan yang sangat membangun selama penyusunan skripsi ini.
5. Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si., Sp.KKLP., selaku Pembahas atas kesediaan meluangkan waktu dan pikiran, memberikan arahan dan masukan, kritik serta dukungan yang membangun selama penyusunan skripsi ini.

6. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu yang bermanfaat, waktu, tenaga dan bantuan selama proses perkuliahan hingga penyusunan skripsi.
7. Seluruh petugas kesehatan di Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka yang telah membantu peneliti menyelesaikan penelitian.
8. Seluruh responden yang bersedia berpartisipasi dan bekerja sama selama penyusunan skripsi ini.
9. Kedua orangtua, Bapak Wawan Setiawan dan Ibu Tutik Handayani yang saya cintai karena Allah terimakasih karena tidak pernah lelah dalam mendengarkan segala keluh kesah, senantiasa mendoakan, memberikan motivasi, arahan, meluangkan segala tenaga, waktu, pikiran dan mendukung segala proses dalam kehidupan ini.
10. Adikku Dhaifullah Yusuf dan Luthfi Saadah yang selalu memberikan semangat, bantuan dan doa.
11. Keluarga besar yang senantiasa memeberikan dukungan dan mendoakan penulis.
12. Para sahabat baik penulis Azzah Alfia, Shaffa Aulia Shabrina, Agatha Catherine dan Dinul Aliya Julianti yang selalu menemani, memberikan bantuan, dukungan, dan kebahagiaan selama masa pembelajaran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung hingga penulis menyelesaikan skripsi ini.
13. Teman-teman seperjuangan penulis L19amentum yang tidak bisa disebutkan satu persatu, yang masing-masing meninggalkan kesan hangat untuk penulis, terima kasih atas segala dukungan, cerita, dan kebersamaannya.
14. Guru selama saya menepuh Pendidikan di SDIT Baitul Muslim, SMP Binaul Ummah, SMAS Al Kahfi, terimakasih atas ilmu serta pengajarannya selama ini.
15. Seluruh pihak yang telah membantu selama proses pendidikan dan penyusunan skripsi ini, terima kasih atas bantuan yang tidak ternilai berharganya.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kasih sayang dan balasan yang berkali lipat atas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Aamiin Yaa Robbal Alamin.

ABSTRAK

HUBUNGAN KONDISI SOSIAL EKONOMI DAN *ANTENATAL CARE* (ANC) DENGAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI KECAMATAN WAY JEPARA

Oleh

Nur Annisa

Latar Belakang: Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah keadaan bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram. Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyebutkan penyebab utama kematian bayi di Indonesia merupakan BBLR. Kejadian BBLR bersifat multifaktorial, sejumlah kematian dan kesakitan pada BBLR dapat dihindari dengan menghindari risiko kejadian BBLR. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian BBLR.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain *case control*. Data kondisi sosial ekonomi diperoleh melalui pengisian kuesioner. Berat badan lahir dan riwayat ANC didapatkan dari catatan ibu dengan bayi baru lahir ditimbang di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Braja Caka dan buku KIA. Analisis data dilakukan dengan uji *chi square*.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara pendidikan ibu ($p=0,002$ OR= 5,95), frekuensi kunjungan ANC ($p= 0,001$ OR= 5,95), dan kualitas pelayanan ANC ($p= 0,003$ OR= 10,26) dengan kejadian BBLR. Tidak terdapat hubungan antara pekerjaan ibu ($p= 0,773$) dan pendapatan keluarga ($p= 0,796$) dengan kejadian BBLR.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara pendidikan ibu, frekuensi kunjungan ANC, dan kualitas pelayanan ANC dengan kejadian BBLR. Serta tidak terdapat hubungan antara pekerjaan ibu dan pendapatan keluarga dengan kejadian BBLR.

Kata kunci: ANC, BBLR, Sosial Ekonomi,

ABSTRACT

RELATIONSHIP SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS AND ANTENATAL CARE (ANC) WITH LOW BIRTH WEIGHT BABIES (LBW) INCIDENCE IN WAY JEPARA

By

Nur Annisa

Background: Babies with Low birth weight (LBW) are conditions where the babies are born weighing less than 2,500 grams. Basic Health Research in 2018 stated that low-weight birth are the main cause of infant death in Indonesia. There are many factors that caused LWB, babies's fatality and sickness rate can be reduce by preventing babies to have low-weight birth. This research aims is to determine the relationship between socioeconomic conditions and antenatal care (ANC) with the incidence of babies with LWB.

Methods: this research is analytical observation research by case control design. Socioeconomic's data can be obtained from filled questionnaire form. Birth weight and history of ANC can be obtain from records of mothers with newborns being weighed in the working areas of Jepara and Braja Caka Health Centers and KIA's book. Data analysis using chi square test.

Results: The results showed that there was a relationship between mother's education ($p= 0.002$ OR= 5.95), frequency of ANC visits ($p= 0.001$ OR= 5.95), and ANC service quality ($p= 0,003$ OR= 10,26) with LWB events. There is no relationship between mother's occupation ($p= 0.773$) and family income ($p= 0.796$) with LWB events.

Conclusion: There is a relationship between mother's education, frequency of ANC visits, and quality of ANC services and the incidence of LWB, and there is no relationship between the mother's work and family income with the incidence of LWB.

Keywords: ANC, LBW, Socio-economic

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian.....	8
1.4. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1. Bayi Berat Lahir Rendah.....	10
2.1.1. Definisi.....	10
2.1.2. Etiologi.....	11
2.1.3. Faktor-faktor yang memengaruhi.....	12
2.1.4. Tanda dan gejala.....	24
2.1.5. Komplikasi	25
2.1.6. Penatalaksanaan	27
2.1.7. Pencegahan.....	28
2.2. Kondisi Sosial ekonomi	29
2.3. Kerangka Teori.....	35
2.4. Kerangka Konsep	36
2.5. Hipotesis.....	36
BAB III METODE PENELITIAN	38

3.1. Jenis Penelitian	38
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	38
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian	38
3.3.1. Populasi	38
3.3.2. Sampel Penelitian.....	39
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	39
3.4. Identifikasi Variabel	40
3.5. Definisi Operasional.....	41
3.6. Instrumen Penelitian.....	42
3.7. Metode Pengambilan Data	43
3.8. Pengolahan dan Analisis Data	43
3.8.1. Pengolahan Data.....	43
3.8.2. Analisis Data	44
3.9. Etika Penelitian	44
3.10. Alur Penelitian.....	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	46
4.1. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	46
4.2. Hasil Penelitian	47
4.2.1. Karakteristik Responden Penelitian	48
4.2.2. Analisis Univariat.....	49
4.2.3. Analisis Bivariat.....	53
4.3. Pembahasan	57
4.3.1. Analisis Univariat.....	57
4.3.2. Analisis Bivariat.....	62
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	73
5.1. Kesimpulan.....	73
5.2. Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN.....	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	41
Tabel 4. 1 Karakteristik Responden Penelitian.....	49
Tabel 4. 2 Kondisi Sosial Ekonomi	50
Tabel 4. 3 Frekuensi Kunjungan ANC.....	51
Tabel 4. 4 Kualitas Pelayanan ANC	52
Tabel 4. 5 Tabulasi Silang Pendidikan Ibu Dengan BBLR	54
Tabel 4. 6 Tabulasi Silang Pekerjaan Ibu Dengan BBLR.....	54
Tabel 4. 7 Tabulasi Silang Pendapatan Keluarga Dengan BBLR.....	55
Tabel 4. 8 Tabulasi Silang Frekuensi ANC Dengan BBLR	56
Tabel 4. 9 Tabulasi Silang Kualitas ANC Dengan BBLR.....	57

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar	
Gambar 2. 2 Kerangka Teori.....	35
Gambar 2. 3 Kerangka Konsep	36
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	45
Gambar 4. 1 Peta Wilayah Kabupaten Lampung Timur.....	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Satu diantar hal yang mengindikasikan kesejahteraan masyarakat pada wilayah tertentu ialah angka kematian anak (AKA) atau jumlah kematian anak per 1000 kelahiran hidup dalam periode waktu tertentu, oleh sebab itu upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak menjadi perhatian khusus. Terjaminnya kelangsungan hidup anak dengan melakukan upaya penurunan angka kematian bayi baru lahir, bayi, dan balita merupakan tujuan upaya peningkatan kesehatan anak (Kemenkes RI, 2021). Data *World Health Rankings* tahun 2017 mencatat dari 172 negara, Indonesia menempati urutan ke 72 dengan persentase mortalitas akibat bayi berat lahir rendah (BBLR) tertinggi yakni sebesar 9,92% (WHO, 2014). Laporan Direktorat Kesehatan Keluarga menyebutkan pada tahun 2020 di Indonesia terdapat 28.158 kematian balita. Dari sejumlah angka kematian balita pada tahun 2020 di Indonesia 72,0% diantaranya terjadi pada masa neonatus (usia 0-28 hari) dengan penyebab kematian terbesar akibat kondisi berat badan lahir rendah (35,2%) serta penyebab kematian lainnya seperti asfiksia, infeksi, kelainan kongenital, dan tetanus neonatorum (Kemenkes RI, 2021).

Dinas kesehatan Provinsi Lampung mencatat prevalensi kematian neonatal, bayi, dan anak balita tahun 2020 sebanyak 3,9 % atau berjumlah 556 kematian, dengan jumlah tertinggi berada di Kabupaten Lampung Timur 101 kematian (Dinas kesehatan Provinsi Lampung, 2021). Data

Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menyebutkan sampai saat ini BBLR merupakan penyebab utama kematian pada bayi di Indonesia, hal ini disebabkan pada kondisi BBLR akan timbul beragam masalah pada sistem organ akibat kondisi tubuh yang belum stabil (Kemenkes, 2018).

Kondisi bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram disebut dengan bayi berat lahir rendah atau BBLR. Menurut *World Health Organization* (WHO) berat badan lahir adalah hasil ukur berat badan bayi dalam satu jam pertama kehidupan sebelum terjadi penurunan berat badan postnatal yang signifikan dan definisi BBLR menurut Kemenkes RI adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa melihat masa kehamilan (Sholiha, 2020). Bayi berat lahir rendah terbagi dalam dua kategori yaitu BBLR disebabkan kondisi prematur (persalinan pada usia kehamilan sebelum 37 minggu) dan BBLR cukup bulan disebabkan gangguan pertumbuhan dalam rahim atau bayi lahir pada usia kehamilan lebih dari 37 minggu namun berat badan lahir tidak sesuai usia kehamilan (Suryani, 2020).

Data WHO yang berkerjasama dengan *united nations international children's emergency fund* (UNICEF) tahun 2014 menyebutkan terdapat 15,5% bayi lahir dengan berat badan lahir rendah setiap tahunnya dan sebanyak 95,6% berada di negara berkembang. Berdasarkan data yang dilaporkan 25 provinsi kepada Direktorat Gizi Masyarakat tahun 2019 sebanyak 111.827 bayi (3,4%) lahir dengan kondisi BBLR, sedangkan menurut hasil Riskesdas tahun 2018 dari 56,6% balita dengan catatan berat lahir, sebanyak 6,2% memiliki berat lahir yang rendah. Di provinsi Lampung kejadian BBLR berjumlah 3.166 (2,2 %) pada tahun 2020 (Kemenkes RI, 2021). Data profil kesehatan Provinsi Lampung menyebutkan Kabupaten Lampung Timur memiliki prevalensi kejadian BBLR tertinggi yaitu 3,4 % atau sebanyak 555 kejadian BBLR (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2021).

Kejadian kematian, keterlambatan pertumbuhan, dan perkembangan selama masa kanak-kanak lebih berisiko terjadi pada bayi berat lahir rendah dibandingkan dengan bayi berat lahir normal (BBLN) (Rajashree, 2015). Tingkat harapan hidup bayi yang lahir dengan kondisi BBLR relatif rendah serta cenderung mengalami gangguan perkembangan kognitif, retardasi mental, dan lebih mudah mengalami penyakit baik akibat infeksi maupun non infeksi yang dapat mengakibatkan kesakitan atau bahkan kematian. Pada orang dewasa dengan riwayat BBLR dampak lain yang mungkin timbul, yaitu risiko menderita penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan beban ekonomi individu dan masyarakat (Pramono, 2009).

Faktor utama yang menjadi penyebab BBLR adalah asupan gizi yang tidak adekuat pada ibu hamil sehingga memengaruhi tumbuh kembang janin. Selain itu berat badan lahir merupakan satu diantara indikator tumbuh kembang mulai masa anak-anak hingga masa dewasa dan gambaran status gizi yang diperoleh janin dalam kandungan (Kosim, 2012). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi menyebutkan pada negara berkembang faktor yang berkaitan dengan kejadian BBLR adalah faktor usia ibu dengan kisaran usia 35-49 tahun, usia kehamilan, perawatan antenatal yang tidak adekuat, tuna aksara yang dikaitkan dengan taraf pendidikan, rendahnya tingkat sosial ekonomi, dan status nutrisi ibu yang kurang. Status gizi ibu dapat dinilai melalui indeks massa tubuh (IMT), kenaikan berat badan ibu selama kehamilan, ukur LiLA, dan cek kadar hemoglobin untuk memantau kecukupan asupan zat besi (Pertiwi, 2021).

Data terkait kejadian BBLR di dunia tahun 2009-2013 dari 15,5% mengalami peningkatan menjadi 16%, dan sejumlah 14% nya terjadi di negara dengan tingkat kesejahteraan material rendah. Data tersebut menerangkan tingkat kejadian BBLR sebagian besar terjadi di negara berkembang (UNICEF & WHO, 2014). Hal ini menunjukkan karakteristik sosial dan pertumbuhan ekonomi di suatu negara berpengaruh terhadap tercapainya kesejahteraan masyarakat dari sisi kesehatan. Pada penelitian

sebelumnya mengenai hubungan status sosial ekonomi ibu dengan kejadian BBLR dikatakan bahwa kondisi sosial ekonomi memengaruhi keadaan berat badan lahir, di mana kesenjangan kondisi sosial ekonomi seperti usia, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan keluarga berpengaruh besar dalam kelahiran bayi berat lahir rendah (Halu, 2019). Kesenjangan ini berhubungan dengan tingkat pengetahuan, kemampuan, serta daya beli dalam perawatan kehamilan dan pemenuhan gizi ibu dan janin pada masa kehamilan. Selain itu kondisi sosial menentukan kemampuan dalam mengembangkan pengetahuan dan teknologi guna pengambilan keputusan pelayanan kesehatan selama hamil dalam pencegahan gangguan kesehatan ibu dan Janin (Sholiha, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Langensari 1 Kota Banjar menunjukkan terdapat hubungan status sosial ekonomi dengan kejadian BBLR. Dikatakan bahwa Kejadian BBLR lebih banyak terjadi pada masyarakat miskin, kemiskinan digambarkan dengan tidak tercukupinya kebutuhan pokok akibat minimnya penghasilan. Pendapatan yang rendah dikaitkan dengan ketersediaannya kesempatan kerja. Rendahnya pendapatan memengaruhi daya beli keluarga terhadap bahan makanan sehingga berdampak pada kurangnya pemenuhan kebutuhan gizi janin dalam kandungan (Supriyatun, 2015). Pada penelitian sebelumnya oleh Falefi tahun 2019 pendidikan menjadi variabel dominan kedua setelah riwayat komplikasi kehamilan yang berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah. Bayi dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah berisiko 1,581 kali lebih besar mengalami BBLR. Hal Ini dikaitkan dengan pola pikir terbuka dan wawasan yang luas terhadap informasi mengenai kesehatan janin berpengaruh terhadap sikap ibu hamil dalam pelayanan kesehatan selama kehamilan (Falefi, 2020).

Berdasarkan uji statistik penelitian yang dilakukan oleh Sabili variabel pendidikan ibu dan pekerjaan ibu tidak berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah, meskipun ibu berada pada kategori pendidikan tinggi

atau tidak bekerja apabila ibu memerhatikan anjuran terkait kehamilan yang sehat seperti kepatuhan atau kelengkapan layanan kesehatan selama kehamilan bisa tetap berpengaruh terhadap penurunan risiko kejadian BBLR (Sabili, 2018).

Selama kehamilan monitoring keadaan ibu dan bayi perlu dilakukan untuk memantau perkembangan dan identifikasi dini masalah kesehatan yang terjadi sehingga dapat dilakukan tatalaksana segera. Selain itu konsultasi dan edukasi juga perlu dilakukan guna meningkatkan pengetahuan ibu mengenai kehamilan yang sehat seperti konsumsi makanan yang bergizi guna menjaga gizi ibu dan janin, serta menghindari perilaku berisiko yang dapat mengganggu pertumbuhan janin dengan begitu kejadian BBLR dapat dicegah (Maryunani, Anik & Nurhayati, 2009). Perawatan antenatal atau *antenatal care* (ANC) merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang mencakup pelayanan peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan yang bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga menjalani masa kehamilan dan persalinan dengan sehat, serta melahirkan bayi yang sehat. Bentuk pelayanan yang akan diberikan dalam kunjungan ANC, yaitu pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), pemantauan status gizi, serta identifikasi dan tatalaksana penyakit menular maupun penyakit tidak menular (PTM) (Muchtar, 2014).

Perawatan antenatal harus dilakukan dengan frekuensi minimal enam kali dengan rincian, yaitu dua kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga. Selain itu pemeriksaan kehamilan juga perlu dilakukan sesuai standar 10T, yaitu mencakup timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur lingkar lengan atas (LiLA), periksa tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, pemeriksaan perut untuk menentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin, pemeriksaan darah dan

urin, serta konsultasi dan penatalaksanaan sesuai kondisi. Dengan dilaksanakannya perawatan antenatal faktor risiko terkait kejadian BBLR dapat dicegah serta masalah kesehatan pada ibu dan bayi yang berhubungan dengan kejadian BBLR dapat dideteksi dini dan dilakukan penanganan segera (SDKI, 2017; Menkes, 2021).

Penilaian terhadap pelaksanaan perawatan antenatal dapat dilihat melalui cakupan K1 dan K4. Mulai tahun 2007 sampai 2020 cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil (K4) di Indonesia cenderung meningkat. Namun, penurunan terjadi pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2019, yaitu dari 88,54% menjadi 84,6%. Hal dianggap akibat dari daerah terdampak pandemi covid-19 yang menghambat pelaksanaan program perawatan antenatal (Kemenkes RI, 2021). Cakupan pelayanan antenatal di Provinsi Lampung cenderung naik turun dan belum mencapai target pada tahun 2020 dengan rincian cakupan K1 sebanyak 93,6% dan cakupan K4 89,19%. Cakupan K1 terendah berada di kabupaten Lampung Timur, yaitu sebesar 84,57%. Kabupaten Lampung timur juga menempati urutan cakupan K4 ketiga terendah di Provinsi Lampung sebesar 81,68% (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2021).

Hasil pencapaian K1 pada tahun 2012 dan tahun 2013 di kabupaten Lampung Timur tidak mengalami perubahan yaitu sebesar 97% dan K4 yaitu 90%. Jika dibandingkan dengan K1 maka cakupan K4 tahun 2013 sudah mencapai target dan cenderung meningkat. Namun, terdapat kesenjangan (6%) antara cakupan K1 dan K4. Kesenjangan antara cakupan K1 dan K4 menunjukkan rendahnya kualitas pelayanan tenaga kesehatan dalam melaksanakan kunjungan rumah dan sistem pencatatan perawatan antenatal guna memantau kesehatan ibu dan janin selama masa kehamilan. Cakupan K4 pada Puskesmas Braja Caka sebanyak 86,3%. Puskesmas Way Jepara menempati urutan ketiga dengan jumlah cakupan K1 terbesar dan urutan kedua pada cakupan K4 akan tetapi, belum terdapat laporan dan data lebih lanjut terkait kualitas atau standar dalam perawatan antenatal

yang diberikan fasilitas kesehatan di Kecamatan Way Jepara pada setiap ibu hamil (Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Timur, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ruindungan tahun 2017 terdapat hubungan antara *antenatal care* yang dinilai berdasarkan frekuensi kunjungan dan kelengkapan pemeriksaan kehamilan sesuai standar 7T (ukur tinggi fundus uterus, ukur tekanan darah, pemberian vaksin tetanus toksoid, pemberian tablet Fe, skrining penyakit menular seksual, temu wicara, serta komunikasi dan edukasi kesehatan) dengan kejadian bayi berat lahir rendah, pemeriksaan *antenatal care* yang kurang baik meningkatkan risiko terjadinya bayi berat lahir rendah. Hal ini dikarenakan pemeriksaan kehamilan berperan dalam pencegahan dan deteksi segera gangguan kesehatan ibu dan janin selama kehamilan termasuk risiko BBLR (Ruindungan, 2017). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Falefi dimana kualitas pelayanan ANC dengan kejadian BBLR tidak memiliki hubungan yang signifikan (Falefi, 2020).

Berdasarkan uraian terkait faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR peneliti hendak melakukan penelitian terkait hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang yang telah dikemukakan, maka yang menjadi pokok permasalahan dalam penelitian ini yaitu adakah hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran kondisi sosial ekonomi pada ibu hamil di Kecamatan Way Jepara
- b. Mengetahui gambaran frekuensi kunjungan *antenatal care* (ANC) di Kecamatan Way Jepara
- c. Mengetahui gambaran kualitas pelayanan *antenatal care* (ANC) di Kecamatan Way Jepara
- d. Mengetahui hubungan pendidikan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- e. Mengetahui hubungan pekerjaan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- f. Mengetahui hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- g. Mengetahui hubungan frekuensi kunjungan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- h. Mengetahui hubungan kualitas pelayanan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

1.4. Manfaat Penelitian

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi ilmiah mengenai hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

- b. Sebagai sumber informasi untuk edukasi dan memberikan penyuluhan kepada kelompok ibu hamil mengenai hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care (ANC)* dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- c. Mendukung upaya pencegahan bayi berat badan lahir rendah (BBLR) dengan memperhatikan frekuensi kunjungan dan kualitas pelayanan *antenatal care (ANC)* pada ibu hamil melalui informasi hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care (ANC)* dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
- d. Sebagai dasar dan acuan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care (ANC)* dengan kejadian bayi berat badan lahir rendah (BBLR)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Bayi Berat Lahir Rendah

2.1.1. Definisi

Bayi berat lahir rendah merupakan kondisi bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram tanpa melihat periode waktu bayi berada dalam rahim (usia gestasi). Istilah *premature baby* telah mengalami perubahan menjadi *low birth weight baby* (bayi dengan berat lahir rendah) sejak tahun 1961 dikarenakan bayi dengan berat kurang dari 2.500 gram tidak seluruhnya lahir pada usia kehamilan < 37 minggu (Pinontoan & Tombokan, 2015). Menurut Kemenkes (2014) BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram yang ditimbang pada 24 jam pertama setelah kelahiran. BBLR dapat terjadi pada usia kehamilan kurang bulan maupun cukup bulan dan memiliki masalah pada proses pertumbuhan sehingga berat badan bayi tidak sesuai usia kehamilannya (Agustin, Setiawan, & Fauzi, 2019).

WHO mengklasifikasi BBLR menjadi 3 macam berdasarkan berat badan, yaitu:

- a. Bayi berat lahir rendah (BBLR): bayi dengan berat badan 1.500 sampai dengan 2.500 gram pada saat lahir.
- b. Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR): bayi dengan berat badan 1.000 sampai dengan <1.500 gram pada saat lahir

- c. Bayi berat lahir extrem rendah (BBLER): bayi dengan berat badan <1.000 gram saat lahir (Hartiningrum & Fitriyah, 2018).

Klasifikasi BBLR dapat berdasarkan usia gestasinya, yaitu sebagai berikut:

- a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) premature, yaitu BBLR yang terjadi akibat usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Kejadian ini disebut bayi lahir tidak cukup bulan untuk usia kehamilan (Saputra, 2014).
- b. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dismatur, yaitu kondisi ketika berat badan kurang dari seharusnya berdasarkan usia kehamilan atau biasa disebut *small for gestasional age*. Keadaan dismatur dapat terjadi pada kelahiran preterm, cukup bulan (aterm), dan postterm (usia kehamilan > 42 minggu) (Saputra, 2014).

2.1.2. Etiologi

Berdasarkan penyebab terjadinya BBLR secara garis besar dapat disebabkan oleh kondisi maternal dan fetus. Etiologi dari faktor maternal dan fetus terbagi prematur dan terganggunya pertumbuhan janin.

- a. Faktor Maternal

Ketika sumber nutrisi janin adalah ibu, sehingga kondisi ibu memiliki pengaruh terhadap tumbuh kembang janin. Kondisi maternal meliputi usia ibu ketika hamil, status paritas ibu yaitu jumlah anak lahir hidup, dan kondisi penyerta kehamilan. Ketuban pecah dini (KPD), preeklamsia, penyakit kronis, infeksi, penggunaan obat, cairan ketuban berlebih, iatrogenik, gangguan fungsi dan letak plasenta, serviks diatasi dini, atau malformasi rahim merupakan faktor predisposisi terjadinya prematur dari faktor maternal. Sedangkan yang berpengaruh terhadap pertumbuhan janin dari faktor maternal yaitu kekurangan energi, anemia, penyakit tidak menular (hipertensi,

penyakit ginjal, dan penyakit kronis) serta konsumsi alkohol atau narkotika (Sari, Romlah, & Anita, 2021).

b. Faktor Fetus

Keadaan prematur yang disebabkan kondisi fetus yaitu gestasi multipel atau malformasi. Sementara itu, kondisi fetus seperti kelainan kromosom, infeksi intrauterin (TORCH), kelainan bawaan, atau kehamilan > 2 janin dapat menjadi penyebab gangguan pertumbuhan janin (Bansal, Agrawal, & Sukumaran, 2013).

2.1.3. Faktor-faktor yang memengaruhi

Kejadian BBLR bersifat multifactorial, berikut ini hal-hal yang berkaitan dengan kejadian BBLR:

1. faktor ibu

a. Usia Ibu

Usia ibu memiliki peranan yang sangat penting terhadap masalah kesehatan pada ibu hamil dan janin. Hal ini terkait dengan fungsi organ reproduksi wanita. Usia yang sbaik dan tidak berisiko untuk kehamilan adalah rentang usia 20-35 tahun. Kehamilan pada usia 10-19 tahun dan kehamilan pada usia 35 tahun berisiko bagi kesehatan ibu maupun janin yang dikandung. Mortalitas pada periode kelahiran lebih tinggi terjadi pada kehamilan di usia 35-39 tahun dan semakin meningkat lagi di usia ≥ 40 tahun (Agustin, Setiawan, & Fauzi, 2019).

Ibu usia muda dan ibu usia tua memiliki risiko tinggi mengalami bayi berat lahir rendah, kelahiran prematur, stunting pada bayi, serta gangguan kognitif. Hal ini dapat disebabkan bayi tidak mendapatkan ASI dimana faktor usia ibu juga signifikan berpengaruh pada produksi ASI. Sementara itu, usia ibu >35 tahun berisiko lebih tinggi

mengalami kejadian persalinan dengan BBLR dari pada ibu yang berada di usia reproduktif, hal ini dikarenakan ibu lebih rentan mengalami penyakit degeneratif (Sari, Romlah, & Anita, 2021).

b. Status Gizi Ibu Hamil

Pertumbuhan janin dalam kandungan dapat dipengaruhi oleh status gizi ibu pada waktu pembuahan. Salah satu cara untuk menentukan status gizi ibu hamil adalah dengan cara mengukur antropometri, yaitu dengan mengukur lingkaran lengan atas (LiLA) dan kenaikan berat badan ibu hamil. Ukuran LiLA adalah ukuran lingkaran lengan bagian atas pada bagian trisep, LiLA digunakan untuk perkiraan tebal lemak bawah kulit. LiLA menggambarkan keadaan konsumsi makanan terutama konsumsi energi dan protein dalam jangka panjang oleh ibu hamil. Ibu hamil dengan lingkaran lengan atas <23,5 cm memiliki risiko Kurang Energi Kronis (KEK). Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dapat menyebabkan ukuran plasenta menjadi lebih kecil sehingga transfer oksigen dan nutrisi ke janin berkurang, hal ini akan berdampak pada BBLR (Inpresari & Pertiwi, 2020).

Selain menggunakan pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA), indikator status gizi ibu hamil dapat menggunakan indeks masa tubuh (IMT). Ibu hamil yang memiliki IMT <18,5 memiliki risiko yang sangat tinggi terhadap bayi yang akan dilahirkan. Perhitungan IMT adalah membagi berat badan dalam kilogram dengan tinggi badan dalam meter kuadrat. IMT tidak berhubungan dengan jenis kelamin, berlaku pada usia dewasa (>18 tahun), dan tidak sedang hamil. Karena pada masa kehamilan terjadi peningkatan berat badan pada ibu, maka IMT yang digunakan sebagai pedoman status gizi ibu hamil adalah IMT pra hamil. *World*

Health Organization (WHO) mengklasifikasikan IMT menjadi underweight, normal, overweight, dan obesitas. Dikatakan underweight apabila IMT <18,5, normal apabila IMT 25-29,9, dan obesitas apabila IMT >30 (Fahmi, 2020).

c. Penyakit

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kehamilan adalah perdarahan antepartum, hipertensi, trauma fisik dan psikologis, serta penyakit infeksi seperti HIV dan TB. Selain itu penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, protozoa, jamur, dan virus dapat menyebabkan kelainan serta penularan secara Kongenital pada bayi sehingga bayi yang dilahirkan prematur (Indrasari, 2012)

d. Stress psikososial

Perubahan yang terjadi pada tubuh wanita hamil, emosi, dan kehidupan keluarganya serta sibuk menghadapi tuntutan di rumah dan di tempat kerja, sering menambah stres baru. Pada saat tekanan emosional meningkat menjadi gelisah, dapat berbahaya untuk wanita hamil. Dalam jangka pendek, stress dapat menyebabkan kelelahan, sulit tidur, hilang selera atau makan terlalu banyak, sakit kepala dan sakit punggung. Ketika stres berlanjut untuk periode lama, mungkin berpotensi serius, seperti meningkatnya tekanan darah dan menyebabkan penyakit jantung. Keluhan terkait kehamilan (seperti mual, mudah lelah, peningkatan frekuensi berkemih, edema, dan sakit punggung) dapat timbul terutama pada ibu hamil dengan aktivitas atau beban kerja yang cenderung sama dengan sebelum kehamilan. Beberapa penelitian menyatakan ada hubungan antara stres dengan risiko retardasi pertumbuhan janin dan kelahiran krang bulan yang menjadi penyebab bayi lahir dengan berat badan rendah (Merzalia, 2012)

e. Kebiasaan tidak sehat

Kebiasaan merokok atau minuman berakohol harus dihindari selama kehamilan karena dapat mengganggu fungsi plasenta, yang menjadi sumber nutrisi pada janin. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bayi yang lahir dari ibu dengan kebiasaan merokok sebelum hamil memiliki berat badan yang lebih rendah dibandingkan bayi dengan riwayat ibu tidak merokok. Kejadian ini diperkirakan berkaitan dengan rendahnya kadar oksigen jaringan pada ibu dan janin akibat peningkatan ikatan karboksihemoglobin (Merzalia, 2012).

2. Riwayat kehamilan

a. Paritas

Jumlah kelahiran bayi hidup merupakan kondisi yang menggambarkan kelahiran kelompok wanita selamaisia subur. Paritas diklasifikasikan menjadi 3, yakni paritas primipara, multipara, dan grandemultipara. Paritas primipara adalah wanita yang melahirkan pertama kali. Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi beberapa kali (sampai 5 kali). Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih dalam keadaan bayi hidup atau mati (Pinontoan & Tombokan, 2015). Proses kehamilan yang berulang berdampak kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus. Keadaan ini dapat mengakibatkan terganggunya *transport* nutrisi janin pada kehamilan berikutnya yang dapat memengaruhi proses pertumbuhan janin sehingga bayi lahir dengan kondisi BBLR (Agustin, Setiawan, & Fauzi, 2019).

b. Jarak Kehamilan

World Health Organization (WHO) dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menyatakan

bahwa jarak antar kehamilan sebaiknya 2 hingga 3 tahun. Jika kurang dari dua tahun, maka bisa berdampak buruk bagi kesehatan ibu maupun janin (Inpresari & Pertiwi, 2020). Wanita yang hamil dengan jarak kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun cenderung akan melahirkan bayi BBLR. Ibu ini juga berisiko menderita anemia. Kehamilan yang berulang dengan waktu singkat dapat menyebabkan cadangan zat besi ibu terkuras untuk keperluan janin yang dikandungnya sehingga berpotensi tinggi menyebabkan berat bayi lahir rendah (Syifaurrehman, Yusrawati, & Edward, 2016). Jarak kehamilan merupakan risiko kejadian berat badan lahir rendah. Ibu yang memiliki jarak kehamilan kurang dari 2 tahun berisiko 3,2 kali lebih besar untuk melahirkan berat badan lahir rendah dibandingkan dengan ibu yang memiliki jarak kehamilan lebih dari 2 tahun (Inpresari & Pertiwi, 2020).

c. Riwayat melahirkan BBLR

Riwayat ibu melahirkan dengan BBLR berisiko tinggi akan kembali melahirkan BBLR daripada ibu yang tidak memiliki Riwayat melahirkan dengan BBLR.

d. ANC (*Antenatal Care*)

Peraturan menteri kesehatan nomor 97 tahun 2014 menyebutkan pelayanan kesehatan untuk ibu selama kehamilan dilakukan dengan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang disebut dengan *antenatal care* atau ANC secara komprehensif dan berkualitas guna mempersiapkan persalinan yang aman, bersih, dan sehat. Frekuensi ANC adalah jumlah kunjungan responden sewaktu hamil kepada petugas kesehatan yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan kehamilan selama hamil. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2021 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan

Minimal Bidang Kesehatan, pemeriksaan kehamilan paling sedikit dilakukan 6 kali antara lain 3 bulan pertama minimal 2 kali, tiga bulan kedua minimal 1 kali dan tiga bulan ketiga minimal 3 kali. Pemeriksaan kehamilan sangat bermanfaat bagi ibu hamil dan janin. Pada ibu hamil pemeriksaan kehamilan dapat mengurangi komplikasi kehamilan, mengobati komplikasi secara dini yang akan memengaruhi kehamilan, selain itu juga untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikis ibu dalam menghadapi persalinan bahkan dalam persiapan kesehatan ibu untuk persalinan dan memberikan ASI. Sedangkan bagi janin yaitu untuk memelihara kesehatan janin selama dalam kandungan dan mengurangi risiko prematur, berat badan kurang ketika lahir atau bayi meninggal (Inpresari & Pertiwi, 2020).

Kementrian Kesehatan RI (2010) menetapkan standar pelayanan yang wajib diberikan tenaga kesehatan pada *antenatal care* sebagai berikut :

1. Menimbang berat badan dilakukan saat setiap kunjungan antenatal untuk melihat adanya gangguan pertumbuhan pada janin sebab ketika berat badan ibu bertambah kurang dari 0,5 kg per minggu dapat menjadi indikasi adanya gangguan pada pertumbuhan janin. Ukur tinggi badan dilakukan pada pertama kali kunjungan untuk mendeteksi apakah ada faktor risiko pada ibu hamil. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya *cephalon pelvic disproportion*.
2. Pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA) dilakukan ibu hamil sejak kontak pertama oleh tenaga kesehatan pada trimester I untuk menilai risiko kurang energi kronis (KEK), yaitu terjadinya kekurangan gizi pada ibu hamil dan telah berlangsung lama dengan ukuran LiLA kurang

dari 23,5 cm. Akibatnya, ibu yang mengalami KEK besar kemungkinan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

3. Periksa tekanan darah untuk mendeteksi adanya hipertensi atau tekanan darah yang lebih dari 140/90 mmHg pada saat kehamilan dan pre-eklampsia. Pengukuran tekanan darah dilakukan pada setiap kunjungan antenatal.
4. Ukur tinggi fundus uteri (TFU) untuk menilai pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan, dengan standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu dan dilakukan setiap kunjungan antenatal.
5. Pemeriksaan perut dengan melakukan perabaan atau palpasi abdomen. Hal ini dilakukan untuk menentukan presentasi janin guna mengetahui tata letak janin pada akhir trimester II dan seterusnya. Selain itu dilakukan juga hitung denyut jantung janin ketika kurang dari 120 kali/menit atau cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin yang dilakukan pada akhir trimester pertama dan selanjutnya setiap kali kunjungan ANC.
6. Melakukan skrining status imunisasi tetanus toksoid dan memberikan imunisasi tetanus toksoid pada ibu hamil sesuai dengan riwayat imunisasi, dengan tujuan mencegah terjadinya tetanus neonatorum.
7. Pemberian dan pemantauan konsumsi tablet tambah darah (zat besi) sejak kontak pertama dan minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Pemeriksaan laboratorium sederhana melalui urin atau darah untuk memeriksa golongan darah, kadar hemoglobin darah (Hb), dan tes triple eliminasi (HIV,

sifilis, dan hepatitis B) serta melakukan pemeriksaan laboratorium spesifik daerah endemis (malaria).

9. Tatalaksana atau penanganan terkait kondisi ibu hamil berdasarkan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.
10. Konsultasi dilakukan selama kehamilan untuk menyampaikan keluhan yang dialami ibu hamil serta edukasi terkait kehamilan yang sehat. Komunikasi, informasi, dan edukasi efektif terkait kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan proses persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, masa nifas, asupan gizi seimbang pada ibu dan janin selama kehamilan dan paska persalinan, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan konseling dan testing HIV di daerah tertentu (risiko tinggi), inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, KB paska persalinan, dan imunisasi. (Menkes RI, 2021; Muchtar, 2014; SDKI, 2017).

3. Asupan besi

Masalah pada sel darah merah atau biasa disebut anemia yang terjadi pada ibu hamil merupakan masalah kesehatan utama yang berhubungan dengan kejadian BBLR. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan dua pertiga dari ibu hamil di Indonesia menderita anemia. Berdasarkan jumlah tersebut sekitar 20% nya berakhir pada kejadian BBLR. Jenis anemia akibat kekurangan zat besi merupakan permasalahan gizi dengan jumlah yang cukup tinggi pada ibu hamil, seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Pada usia kehamilan >26 minggu janin cenderung membutuhkan cadangan zat besi yang tinggi sebagai persediaan bulan pertama sesudah lahir, sehingga ibu hamil cenderung mengalami anemia pada triwulan ketiga dan

menjelang persalinan. Anemia pada ibu hamil ditandai dengan kadar hemoglobin rendah (< 10 gr/dl). Proporsi kejadian berat bayi lahir rendah lebih besar pada ibu hamil yang menderita anemia, hal ini terjadi akibat adanya gangguan suplai nutrisi pada janin karena kondisi hemoglobin yang rendah (Syifaurrehman, Yusrawati, & Edward, 2016).

4. Lingkungan

a. Paparan zat berbahaya

Keterpaparan zat *toxic* erat kaitannya dengan kebiasaan merokok, karena pada rokok teridentifikasi mengandung lebih dari 2.500 zat kimia, termasuk karbonmonoksida, nikotin, amonia, aseton, formaldehid, sianida hydrogen, piren dan vinilklorida. Tingginya ikatan hemoglobin dan karbonmonoksida dapat menurunkan *transport* oksigen ke janin, nikotin dapat menurunkan nafsu makan dan dengan cepat meningkatkan jumlah katekolamin yang berdampak pada penyempitan pembuluh darah uterus. Keberadaan nikotin pada tubuh, memicu dilepaskannya asetilkolin, epiprin, norepineprin dan vasopressin yang menyebabkan peningkatan denyut nadi serta *stroke volume*, penyempitan pembuluh darah tepi, peningkatan tekanan darah, dan perubahan metabolisme zat gizi makro lemak dan karbohidrat.

b. Daerah dataran tinggi

Pada daerah dataran tinggi bayi yang dilahirkan cenderung memiliki berat yang lebih ringan dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan pada daerah dataran rendah. Sebab pasti kurangnya berat badan di daerah yang lebih tinggi tidak diketahui. Walaupun sering dikaitkan dengan hipoksia ibu, wanita penduduk daerah yang lebih tinggi biasanya memiliki kapasitas angkut oksigen yang lebih besar sebagai bentuk

kompensasi. Penelitian terkait faktor yang berkaitan dengan gangguan pertumbuhan janin menyebutkan retardasi pertumbuhan sering terjadi pada ibu di daerah dataran tinggi dengan kondisi hipoventilasi, hipoksia, atau anemia (Stevenson dalam Fanaroff, 1998).

5. Keadaan Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi mencakup variabel seperti pendidikan, pekerjaan pendapatan, kelas sosial, jenis kelamin, dan ras yang menyebabkan individu memiliki ketidaksetaraan dalam kesehatan. Pencapaian pendidikan, kategori pekerjaan, kelas sosial dan pendapatan merupakan indikator yang paling sering digunakan dari penentu status sosial ekonomi saat ini dalam studi tentang ketidaksetaraan kesehatan.

1. Pendidikan ibu

Pencapaian pendidikan biasanya diperoleh pada masa dewasa awal. Sifat khusus pendidikan adalah pengetahuan dan sumber daya non-materi lainnya yang mungkin mendorong gaya hidup sehat. Selain itu, pendidikan memberikan kualifikasi formal yang berkontribusi pada status sosial ekonomi melalui pekerjaan dan pendapatan. Selama menjalani pendidikan, pengetahuan dan kemampuan yang diperoleh dapat memengaruhi fungsi kognitif seseorang, sehingga akan memudahkan seseorang dalam memahami pesan pendidikan kesehatan dan mengakses layanan kesehatan sesuai kebutuhan (CSDH, 2010).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Nuryani dan Rahmawati menunjukkan terdapat hubungan antara variabel tingkat Pendidikan ibu dengan kejadian BBLR. Sebanyak 89,8% ibu dengan kategori pendidikan tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir normal. Pendidikan

memengaruhi persepsi seseorang dalam berperilaku termasuk perilaku sehat seperti perilaku makan ibu dan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Tingkat pendidikan ibu menggambarkan pengetahuan terkait kesehatan. Ibu dengan pendidikan tinggi dianggap memiliki tingkat pengetahuan tentang kesehatan yang juga tinggi, karena semakin mudah memperoleh informasi tentang kesehatan dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Sebaliknya tingkat pendidikan rendah menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal (Festy, 2011; Nuryani & Rahmawati, 2017).

Tingkat Pendidikan ibu menjadi variabel dominan kedua setelah riwayat komplikasi kehamilan terhadap kejadian BBLR pada penelitian yang dilakukan oleh Falefi. Faktor paparan informasi, sikap, dan pengalaman yang kurang merupakan hal umum yang terjadi pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah. Hal ini berbeda dengan ibu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi pada umumnya memiliki pola pikir terbuka serta wawasan yang luas sehingga bermanfaat pada masa kehamilan khususnya dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Falefi, 2020) .

2. Kelas sosial

Kelas sosial berdasarkan pekerjaan menghubungkan orang dengan struktur sosial. Posisi kelas sosial pekerjaan menunjukkan status dan kekuasaan, serta mencerminkan kondisi material yang terkait dengan pekerjaan yang dibayar. Selain itu Pekerjaan dapat mencerminkan jaringan sosial, stres berbasis pekerjaan, kontrol dan otonomi, dengan demikian memengaruhi hasil kesehatan melalui proses psikososial. Pekerjaan juga dapat mencerminkan paparan

lingkungan atau tugas kerja yang kurang baik bagi kesehatan seperti paparan zat beracun, tuntutan fisik, jam kerja yang panjang, posisi kerja tidak ergonomi, dan lainnya.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ruindungan pada tahun 2019 menyatakan ibu yang bekerja memiliki resiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan BBLR dibanding ibu yang tidak bekerja. Hal ini berkaitan dengan ibu yang bekerja akan lebih rentan mengalami tekanan psikososial, stres, peningkatan aktivitas fisik serta potensi paparan zat berbahaya yang berdampak pada tumbuh kembang janin dalam rahim (Ruindungan, 2019).

Pekerjaan fisik juga banyak dihubungkan dengan peranan seorang ibu yang mempunyai pekerjaan tambahan di luar pekerjaan rumah tangga dalam upaya meningkatkan pendapatan keluarga. Beratnya pekerjaan ibu selama kehamilan dapat menimbulkan terjadinya prematuritas karena ibu tidak dapat beristirahat dan hal tersebut dapat memengaruhi janin yang sedang dikandungnya (Manuaba, 2010).

3. Pendapatan keluarga

Pendapatan individu dan rumah tangga terutama berasal dari pekerjaan yang dibayar. Pendapatan memberikan individu dan keluarga sumber daya material yang diperlukan dan menentukan daya beli mereka. Pendapatan berkontribusi pada sumber daya yang dibutuhkan dalam menjaga kesehatan yang baik. Pendapatan keluarga menjadi salah satu faktor yang sangat berperan dalam menentukan gizi baik ibu dan janin. Semakin tinggi pendapatan keluarga maka, akses sangat mudah untuk memperoleh makanan bergizi,

pelayanan kesehatan yang memadai dan lingkungan yang sesuai. Sebaliknya, bila pendapatan keluarga rendah, makanan bergizi sulit diperoleh, akses kesehatan terbatas serta lingkungan yang sehat sulit dijangkau. Hal ini lah yang akan berdampak pada timbulnya masalah kesehatan pada ibu dan bayi di masa kehamilan atau persalinan (Halu, 2019).

Status ekonomi mempengaruhi kejadian BBLR dikaitkan dengan kualitas pemenuhan gizi ibu. Ibu dengan kualitas gizi yang buruk berdampak pada pemenuhan gizi yang tidak adekuat pada janin sehingga ibu dengan kualitas gizi yang buruk berisiko melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (Falefi, 2020). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurahmawati yang mengatakan bahwa terdapat hubungan yang tidak langsung antara pendapatan keluarga dengan kejadian BBLR. Kondisi sosial ekonomi terutama pendapatan memengaruhi rumah tangga dalam mendapatkan kebutuhan pangan serta pelayanan kesehatan (Halu, 2019; Nurahmawati, 2017).

2.1.4. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala berat badan lahir rendah dapat dilihat berdasarkan usia kehamilan ibu saat bayi dilahirkan (prematunitas dan dismatunitas). Tanda dari prematunitas menurut (Marmi, 2015) adalah sebagai berikut:

- a. Hasil antropometri: berat badan < 2.500 gram, panjang badan < 45 cm, lingkaran dada < 30 cm, dan lingkaran kepala < 33 cm.
- b. Usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- c. Kulit cenderung licin dengan lapisan lemak subkutan yang tipis.
- d. Kartilago telinga yang sangat lunak.

- e. Tumbuhnya rambut-rambut halus (lanugo) terlebih di area punggung.
- f. Bentuk papilla mammae belum sempurna.
- g. Jumlah pembuluh darah yang tampak di permukaan kulit banyak.
- h. Alat kelamin eksterna belum sempurna, pada wanita labio mayora belum menutupi labio minora, klitoris menonjol dan pada laki-laki testis belum turun ke dalam skrotum, warna skrotum tampak pucat.
- i. Aktivitas motorik bayi kurang akibat tonus otot lemah, fungsi saraf yang belum atau tidak efektif dan tangis pelan.

Manifestasi klinis dari BBLR dengan usia kehamilan cukup bulan seperti berikut:

- a. Kulit pucat ada seperti noda
- b. Feses pertama bayi kering
- c. Kondisi kulit keriput dan tipis
- d. Lapisan pelindung kulit bayi (vernix caseosa) cenderung tipis atau bahkan tidak ada
- e. Jaringan lemak dibawah kulit tipis
- f. Gerakan cepat, aktif, dan kuat
- g. *Umbilical cord* tampak kuning agak kehijauan (Saputra 2014).

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi kehamilan adalah masalah kesehatan yang sering terjadi selama kehamilan dan juga persalinan. (Manurung, 2020).

Pada BBLR fungsi dan struktur sistem organ tubuh masih masih belum matang sehingga belum berfungsi secara optimal. Hal ini dapat menimbulkan beberapa komplikasi, diantaranya adalah

- a. Gangguan Pernafasan
Gangguan pernafasan pada bayi BBLR atau yang biasa disebut dengan *Respiratory Distress Syndrome* (RDS) adalah penyakit yang disebabkan ketidakmaturan sel alveoli tipe II sehingga tidak

mampu menghasilkan surfaktan yang memadai. Gangguan ini biasanya terjadi pada bayi prematur atau kurang bulan dikarenakan kurangnya surfaktan dapat menimbulkan fungsi paru yang tidak stabil. Selain itu defisiensi surfaktan pada paru-paru dapat mengakibatkan penyakit membran hialin, risiko gangguan pernapasan akibat belum terkoordinasinya refleks batuk, refleks menghisap, refleks menelan, thoraks yang dapat menekuk dan otot pernapasan eksternal maupun internal yang lemah, pernafasan yang periodik serta apnea (Nugraha, 2014)

b. Ketidakstabilan Suhu

Bayi dengan berat lahir rendah sulit untuk mempertahankan suhu tubuh dikarenakan terjadi peningkatan hilangnya panas, rasio luas permukaan terhadap berat badan yang besar dan produksi panas berkurang akibat tipisnya lapisan lemak subkutan (*brown adipose*) yang tidak memadai dan ketidakmampuan untuk menggigil.

c. Imaturitas Hati

Kurangnya faktor pembekuan seperti vitamin K, konjugasi dan ekskresi bilirubin terganggu menimbulkan ketidakmaturation organ hati.

d. Imaturitas Ginjal

BBLR memiliki jumlah nefron lebih rendah sehingga dapat menyebabkan terjadinya penyakit ginjal pada masa anak maupun dewasa. Masalah ketidakmaturation ginjal juga timbul karena ketidakmampuan untuk akumulasi asam organik dengan asidosis metabolik dan ketidakseimbangan elektrolit (Hasanah, Widajat, & Mellyana, 2020).

e. Kelainan Gastrointestinal dan Nutrisi

Gangguan gastrointestinal dan nutrisi dapat terjadi pada BBLR akibat refleks hisap dan menelan yang buruk terutama pada usia kehamilan <34 minggu dan gerak peristaltik usus yang lemah. Permasalahan nutrisi khusus pada BBLR adalah rendahnya

cadangan zat gizi, gangguan fungsional organ, potensial untuk pertumbuhan cepat, serta berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan (Nasar, 2016).

2.1.6. Penatalaksanaan

Bayi berat badan lahir rendah (BBLR) menjadi perhatian yang cukup besar serta memerlukan penanganan yang tepat dan cepat. Untuk mengatasi masalah-masalah yang terjadi. Bayi berisiko seperti BBLR harus ditangani di fasilitas perawatan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya, sehingga memfasilitasi tercapainya luaran yang optimal. *American Academy of Pediatrics* (AAP) merekomendasikan pembagian level perawatan bayi baru lahir menjadi level I, II, dan III berdasarkan tingkat kemampuan fasilitas tersebut dalam menangani bayi baru lahir.

a. Level I (pelayanan basis bayi baru lahir)

Kemampuan fasilitas kesehatan dalam perawatan dan *maintenance* kondisi fungsional tubuh bayi baru lahir dengan usia kehamilan 35-37 minggu dan kondisi fungsi sistem organ stabil, serta stabilisasi usia gestasi.

b. Level II (pelayanan bayi baru lahir spesialisik)

Fasilitas kesehatan pada level ini mampu melakukan perawatan bayi baru lahir dengan usia kehamilan >32 minggu dan berat lahir >1.500 g dengan ketidakmatangan fisiologis tubuh seperti henti napas akibat kondisi prematur, suhu tubuh yang tidak stabil, ketidakmampuan menerima nutrisi secara oral (per oral), dan sakit sedang dengan masalah yang diprediksi segera membaik dalam waktu singkat. Serta tidak akan memerlukan perawatan subspecialistik atau dalam masa pemulihan setelah perawatan intensif

c. Level III (pelayanan bayi baru lahir subspecialistik)

Tersedianya NICU (*neonatal intensive care unit*) bagi bayi baru lahir dengan risiko tinggi, sakit kompleks, dan kritis. Memiliki

kelengkapan sumber daya manusia (SDM), sarana, dan prasarana dalam menunjang perawatan secara universal.

d. Level IV (pelayanan neonatal subspecialistik)

Kemampuan dalam menatalaksana kasus di level III dan kasus kelainan kongenital kompleks. Di level IV kejadian bedah subspecialis dapat dengan cepat ditangani dengan tersedianya SDM yang memadai, yaitu konsultan anestesi dan bedah anak di tempat.

Pada BBLR dengan kondisi stabil, tatalaksana berikutnya ialah pada ruang rawat gabung. BBLR dengan komplikasi seperti asfiksia, gagal sirkulasi atau syok, dan kelainan kongenital berat, ditatalaksana dengan merujuk ke ruang rawat bayi berisiko tinggi atau ke rumah sakit lain dengan fasilitas unit perinatal yang lengkap. Dikatakan bahwa bayi berat lahir sangat rendah yang menerima perawatan di NICU (mengalami rujukan jika tidak melakukan persalinan di fasilitas kelas III), tingkat harapan hidupnya meningkat 21% dibandingkan dengan bayi yang tidak menerima perawatan di NICU (Kemenkes RI, 2018).

2.1.7. Pencegahan

Upaya pencegahan serta pengendalian BBLR bisa dilakukan dengan beberapa upaya, salah satunya adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan yang cukup mengenai BBLR kepada ibu hamil. Selain itu, dapat juga melakukan pengawasan dan pemantauan, kemudian melakukan upaya pencegahan hipotermia pada bayi serta membantu mencapai pertumbuhan normal. Adapun upaya lainnya seperti, melakukan terapi tanpa biaya yang dapat dilakukan oleh ibu, mengukur status gizi ibu hamil, melakukan perhitungan dan persiapan langkah-langkah dalam kesehatan (Antenatal Care), serta melakukan pemantauan terhadap kondisi bayi sejak dalam kandungan yang telah mengalami retardasi pertumbuhan interauterin (Novitasari, Hutami, & Pristya, 2020).

2.2. Kondisi Sosial Ekonomi

Dalam masyarakat materi serta sumber daya lainnya guna pemenuhan kebutuhan hidup tidak didistribusikan secara merata, kesenjangan ini digambarkan dalam stratifikasi sosial atau hierarki sosial, di mana setiap orang berada di posisi sosial yang berbeda dalam hirarki sosial terutama berdasarkan pencapaian pendidikan, status pekerjaan, tingkat pendapatan, dan kelas sosial. Kesenjangan sosial ini dalam sistem stratifikasi sosial di ringkas menjadi posisi sosial ekonomi yang berdampak pada ketidaksetaraan kesehatan individu, keluarga atau kelompok, berikut ini merupakan variabel yang digunakan untuk menjelaskan posisi sosial ekonomi (CSDH, 2010):

1. Pendidikan

Pendidikan formal sering diselesaikan pada masa menginjak dewasa dan dipengaruhi oleh karakteristik orang tua, sehingga dapat dikonseptualisasikan dalam kerangka perjalanan hidup sebagai indikator yang sebagian mengukur posisi sosial ekonomi awal kehidupan. Pendidikan dapat diukur berdasarkan tahun menyelesaikan pendidikan atau sebagai variabel kategorik yang mengukur pencapaian pendidikan, seperti tingkat pendidikan yang diselesaikan dasar atau menengah, ijazah pendidikan tinggi, atau gelar. Meskipun pendidikan secara umum biasa digunakan dalam menggambarkan posisi sosial ekonomi, terdapat penjelasan terkait hubungannya dengan kesehatan. Pendidikan mencakup transisi dari posisi sosial ekonomi orang tua (yang diterima) ke posisi sosial ekonomi dewasa (memiliki) dan berkaitan dengan pekerjaan serta pendapatan di masa depan. Ini mencerminkan materi, intelektual dan sumber daya lain dari keluarga asal, yang dimulai pada usia dini.

Pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan dapat memengaruhi fungsi kognitif seseorang, membuat mereka lebih mudah dalam menerima pesan pendidikan kesehatan, atau lebih memungkinkan mereka untuk berkomunikasi dan mengakses layanan

kesehatan yang sesuai. Pendidikan mempengaruhi kesadaran seseorang akan pentingnya kesehatan sehingga mendorong pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tersedia, sebagai contoh kepemilikan terhadap asuransi atau jaminan kesehatan guna memperoleh manfaat dalam pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (CSDH, 2010; Rabbaniyah & Nadjib, 2019)

2. Pekerjaan

Sebagian besar penelitian menggunakan pekerjaan seseorang saat ini atau yang paling lama dipegang untuk mengkarakterisasi posisi sosial ekonomi. Namun, dengan meningkatnya minat pada peran posisi sosial ekonomi di sepanjang perjalanan hidup, beberapa penelitian memasukkan pekerjaan orang tua sebagai indikator posisi sosial ekonomi masa kanak-kanak dalam hubungannya dengan pekerjaan individu pada tahap yang berbeda dalam kehidupan dewasa. Beberapa mekanisme yang lebih umum yang dapat menjelaskan hubungan antara pekerjaan dan hasil terkait kesehatan adalah Pekerjaan (orang tua atau orang dewasa sendiri) sangat terkait dengan pendapatan. Oleh karena itu, hubungannya dengan kesehatan dapat menjadi salah satu hubungan langsung berupa sumber daya material uang dan imbalan. Pekerjaan mencerminkan status sosial dan mungkin terkait dengan kesehatan karena hak istimewa tertentu seperti akses yang lebih mudah ke perawatan kesehatan yang lebih baik, akses ke pendidikan, dan fasilitas lingkungan tempat tinggal yang sehat.

Secara umum memiliki pekerjaan lebih baik bagi kesehatan dibandingkan tidak memiliki pekerjaan. Tetapi, manajemen kerja dan hubungan sosial di tempat kerja juga berkaitan dengan masalah kesehatan, stres di tempat kerja berperan penting dalam kesehatan. Penelitian sebelumnya juga telah meneliti terkait peranan tuntutan pekerjaan di mana pekerjaan dengan permintaan tinggi dan kontrol rendah memiliki risiko khusus. Pekerjaan yang berkaitan dengan

aktivitas fisik juga perlu diperhatikan terkait posisi yang ergonomis karena dapat berpengaruh terhadap gangguan otot (Wilkinson & Mamot, 2003).

3. Pendapatan

Penentu posisi sosial ekonomi yang secara langsung mengukur komponen sumber daya material ialah pendapatan. Pendapatan juga memiliki efek kumulatif selama perjalanan hidup dan merupakan indikator posisi sosial ekonomi yang paling dapat berubah dalam jangka pendek. Tidak masuk akal bahwa uang itu sendiri secara langsung memengaruhi kesehatan, sehingga konversi uang dan aset menjadi komoditas dan layanan yang meningkatkan kesehatan melalui pengeluaran merupakan konsep yang lebih relevan untuk menafsirkan bagaimana pendapatan memengaruhi kesehatan. Mekanisme bagaimana pendapatan dapat memengaruhi kesehatan adalah dengan adanya pendapatan memungkinkan kemampuan membeli sarana fisik dan berwujud yang berkualitas baik seperti sumber pangan dan papan, layanan yang langsung berdampak terhadap kesehatan (fasilitas kesehatan, kepemilikan asuransi atau jaminan kesehatan) atau tidak langsung (pendidikan), menumbuhkan harga diri dan kedudukan sosial dengan memberikan karakteristik material lahiriah yang relevan.

Pendapatan bukanlah variabel sederhana. Komponen pendapatan termasuk upah, dividen, bunga, tunjangan, pembayaran transfer dan pensiun. Hal ini dapat dinyatakan paling akurat ketika tingkat pendapatan diukur dengan menambahkan semua komponen pendapatan (ini menghasilkan total pendapatan kotor), dikurangi dengan pemotongan pajak dan kontribusi sosial (penghasilan bersih), menjumlahkan pendapatan bersih seluruh anggota rumah tangga (pendapatan rumah tangga) atau menyesuaikan ukuran rumah tangga (pendapatan setara rumah tangga).

Upah merupakan sarana yang digunakan oleh pekerja untuk meningkatkan kesejahteraannya pemerintah juga ikut terlibat dalam menangani masalah pengupahan dengan kebijakan yang dituangkan dalam peraturan perundang undangan dalam UU nomor 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan pasal 88 ayat 1 disebutkan bahwa setiap pekerja atau buruh berhak memperoleh penghasilan yang memenuhi penghidupan yang layak bagi kemanusiaan salah satu kebijakan pengupahan oleh pemerintah yaitu penetapan Upah minimum di mana penetapan upah minimum berdasarkan kebutuhan hidup layak dan dengan memperhatikan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Upah minimum tersebut dapat berupa upah minimum berdasarkan wilayah provinsi atau kabupaten/kota dan upah minimum berdasarkan sektor pada wilayah provinsi atau kabupaten/kota, upah minimum ini ditetapkan untuk mencapai kehidupan yang layak (Hendrawanto & Fatkhurohman, 2011). Berdasarkan keputusan gubernur Lampung nomor G/530/ V.08 / HK/2020 tentang penetapan upah minimum Kabupaten Lampung Timur tahun 2021, upah minimum kabupaten (UMK) Lampung Timur tahun 2021 sebesar Rp. 2.432.150,13 (Keputusan Gubernur Lampung, 2021).

4. Kelas sosial

Kelas sosial didefinisikan oleh hubungan kepemilikan atau kontrol atas sumber daya produktif. Kelas sosial menyediakan mekanisme relasional eksplisit (properti, manajemen) yang menjelaskan bagaimana ketidaksetaraan ekonomi dihasilkan dan bagaimana mereka dapat memengaruhi kesehatan. Kelas sosial memiliki konsekuensi penting bagi kehidupan individu. Tingkat hak dan kekuasaan hukum individu untuk mengendalikan aset produktif menentukan strategi dan praktik individu yang ditujukan untuk memperoleh pendapatan dan, sebagai hasilnya, menentukan standar hidup individu. Posisi kelas "pemilik bisnis" memaksa anggotanya untuk mempekerjakan "pekerja" dan mengekstraksi tenaga kerja dari mereka, sementara posisi kelas

"pekerja" memaksa anggotanya untuk mencari pekerjaan dan melakukan kerja. Yang paling penting, kelas adalah konsep relasional yang inheren. Ia tidak didefinisikan menurut suatu tatanan atau hierarki, tetapi menurut hubungan kekuasaan dan kendali. Meskipun ada beberapa studi empiris tentang kelas sosial dan kesehatan, kebutuhan untuk mempelajari kelas sosial telah dicatat oleh ahli epidemiologi sosial.

Kelas sosial memberikan konsekuensi penting bagi kehidupan individu. Besarnya hak dan kekuasaan individu untuk mengontrol aset produktif mempengaruhi cara individu dalam mendapatkan pendapatan, sehingga mempengaruhi standar kehidupan individu tersebut. Kelas sosial merupakan salah satu prediktor kuat penyakit dan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan, umur harapan hidup dan kejadian penyakit berhubungan dengan kelas sosial anggota masyarakat. Orang-orang dengan kelas sosial rendah umumnya memiliki risiko dua kali lebih besar untuk mengalami penyakit dan kematian dini daripada mereka yang berada pada kelas sosial yang lebih tinggi (Murti, 2009).

5. Gender

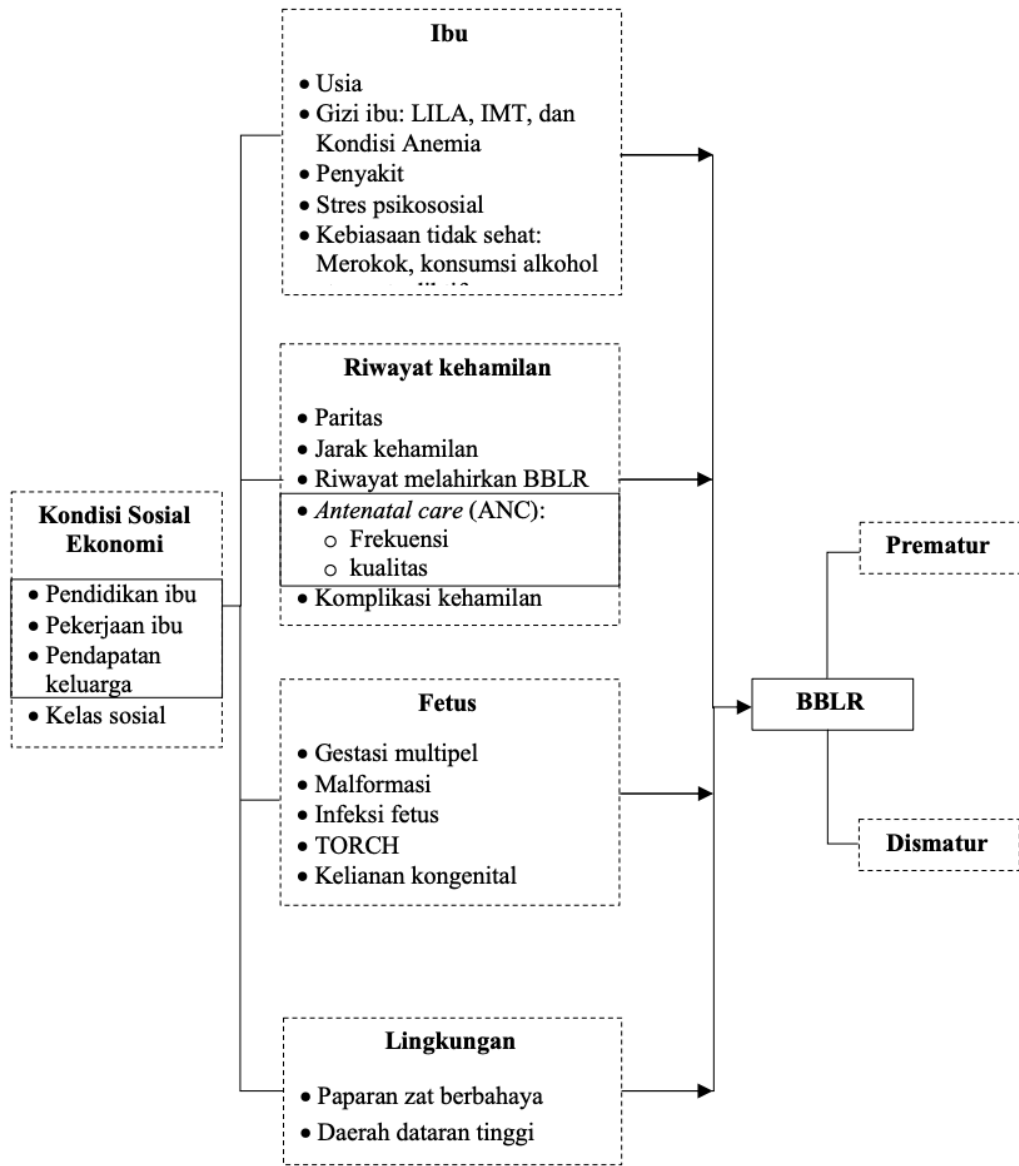
Gender mengacu pada karakteristik perempuan dan laki-laki yang dikonstruksi secara sosial, sedangkan seks mengacu pada karakteristik yang ditentukan secara biologis. Gender melibatkan konvensi, peran, dan perilaku yang terikat budaya, yang membentuk hubungan antara perempuan dan laki-laki dan anak laki-laki dan perempuan. Di banyak masyarakat, gender merupakan dasar fundamental untuk diskriminasi, yang dapat didefinisikan sebagai proses di mana anggota kelompok yang didefinisikan secara sosial diperlakukan secara berbeda terutama secara tidak adil karena dimasukkannya mereka ke dalam kelompok tersebut. Model maskulinitas yang dibangun secara sosial dapat memiliki konsekuensi kesehatan yang merusak bagi pria dan anak laki-laki (misalnya ketika model ini mendorong kekerasan atau

penyalahgunaan alkohol). Namun, perempuan dan anak perempuan menanggung beban utama dampak kesehatan negatif dari hierarki sosial berbasis gender (CSDH, 2010).

6. Ras

Konstruksi perbedaan ras atau etnis adalah dasar dari perpecahan sosial dan praktik diskriminatif dalam banyak konteks. Seperti yang diamati Krieger, penting untuk memperjelas bahwa ras atau etnis adalah kategori sosial, bukan biologis. Istilah ras mengacu pada kelompok sosial, sering berbagi warisan budaya dan nenek moyang, yang konturnya ditempa oleh sistem di mana satu kelompok mendapat manfaat dari mendominasi kelompok lain, dan mendefinisikan dirinya sendiri dan orang lain melalui dominasi dan kepemilikan ini (CSDH, 2010).

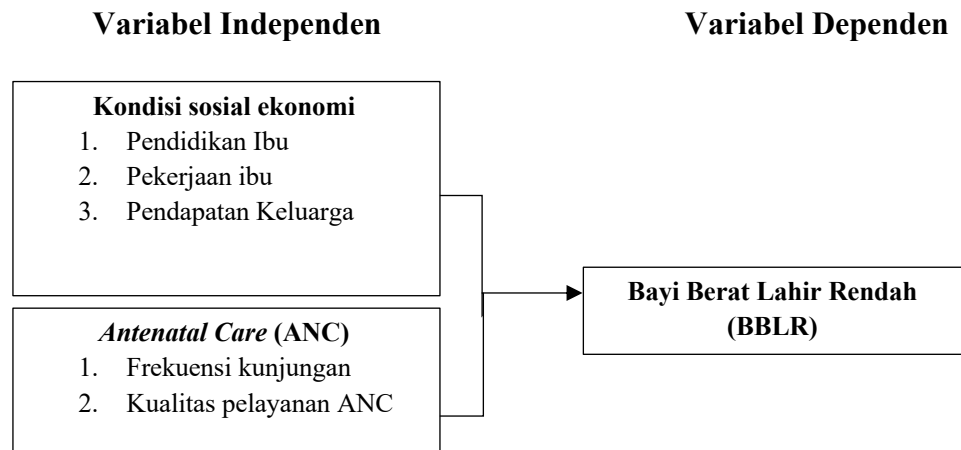
2.3. Kerangka Teori



: Diteliti
 : Tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Teori
 (Ekaningrum, 2012; Falefi, 2020; Jayanty, 2016; CSDH, 2010)

2.4. Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.5. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ho: Tidak terdapat hubungan pendidikan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
H1: Terdapat hubungan pendidikan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
2. Ho: Tidak terdapat hubungan pekerjaan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
H1: Terdapat hubungan pekerjaan ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
3. Ho: Tidak terdapat hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
H1: Terdapat hubungan pendapatan keluarga dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara
4. Ho: Tidak terdapat hubungan frekuensi ANC dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

H1: Terdapat hubungan frekuensi ANC dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

5. Ho: Tidak terdapat hubungan kualitas ANC dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

H1: Terdapat hubungan kualitas ANC dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain *case control* yang dilakukan dengan mengamati kelompok kasus (Bayi berat lahir rendah atau BBLR) dibandingkan dengan kelompok kontrol (Bayi berat lahir normal atau BBLN) berdasarkan status paparannya di kecamatan Way Jepara untuk mengetahui hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR).

3.2. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Oktober - Desember 2022 di Kecamatan Way Jepara berdasarkan wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh ibu melahirkan di Kecamatan Way Jepara dengan populasi terjangkau ibu melahirkan dengan catatan berat lahir bayi di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka tahun 2021- Juli 2022.

3.3.2. Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini ibu melahirkan dengan catatan berat lahir bayi di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka tahun 2021- Juli 2022 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, dengan perbandingan jumlah sampel kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah 1 : 1.

1. Jumlah sampel kelompok kasus merupakan seluruh ibu melahirkan dengan bayi berat lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka berdasarkan hasil *pre-survey* sebanyak 32 orang.
2. Jumlah sampel kelompok kontrol sebanyak 32 orang diambil menggunakan metode *consecutive sampling*, yaitu penentuan sampel di mana subjek penelitian yang datang dan memenuhi kriteria diikutsertakan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang dibutuhkan terpenuhi.

Sehingga jumlah total sampel yang dibutuhkan adalah 64 orang.

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Sampel Kontrol

a. Kriteria Inklusi

Kriteria sampel yang dibutuhkan dan sesuai dengan tujuan peneliti, yaitu ibu melahirkan dengan catatan berat badan bayi baru lahir normal di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka tahun 2021- Juli 2022.

b. Kriteria Eksklusi

Pada penelitian ini karakteristik yang menjadi kriteria eksklusi, yaitu ibu yang tidak menyetujui menjadi subjek penelitian dan tidak tinggal menetap.

2. Sampel Kasus

1. Kriteria Inklusi

Kriteria sampel kasus yang dibutuhkan dan sesuai dengan tujuan peneliti, yaitu ibu melahirkan dengan catatan berat badan bayi baru lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka tahun 2021- Juli 2022.

2. Kriteria Eksklusi

Pada penelitian ini karakteristik yang menjadi kriteria pengeluaran sampel, yaitu ibu yang tidak menyetujui menjadi subjek penelitian dan ibu yang tidak tinggal menetap.

3.4. Identifikasi Variabel

3.4.1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah kondisi sosial ekonomi (pendidikan ibu, pekerjaan ibu, pendapatan keluarga) dan *antenatal care* (frekuensi dan kualitas ANC).

3.4.2. Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) ditentukan dari data ibu melahirkan dengan catatan berat lahir bayi di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka serta catatan berat badan lahir bayi pada buku KIA.

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel dependen				
Bayi berat lahir rendah (BBLR)	Bayi baru lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram	Catatan buku KIA dan data berat lahir bayi di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka	1. BBLR : berat badan bayi baru lahir < 2500 gram 2. Tidak BBLR/BBLN : berat badan bayi baru lahir \geq 2500 gram (WHO, 2014)	Nominal
Variabel independen				
Pendidikan ibu	Pendidikan terakhir yang ditempuh oleh ibu	Kuesioner	1. Tidak sekolah 2. Tamat SD 3. Tamat SMP 4. Tamat SMA 5. Tamat perguruan tinggi	Ordinal
Pekerjaan ibu	Aktivitas ibu berdasarkan deskripsi pekerjaan yang dilakukan selama masa kehamilan	Kuesioner	1. Tidak bekerja 2. Buruh harian 3. Buruh pabrik 4. Karyawan swasta 5. PNS 6. Pedagang 7. Wiraswasta 8. Petani 9.lainnya	Ordinal
Pendapatan keluarga	Pemasukan berupa uang yang didapat dari hasil pekerjaan baik suami maupun istri yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga	Kuesioner	Berdasarkan UMK (upah minum kabupaten) lampung timur tahun 2021, yaitu Rp. 2.432.150,13 1. Rendah : < UMK 2. Tinggi : \geq UMK (Keputusan Gubernur Lampung, 2021)	Ordinal

Frekuensi kunjungan antenatal care (ANC)	Frekuensi kunjungan selama kehamilan kepada petugas kesehatan yang kompeten untuk melakukan perawatan antenatal, paling sedikit 6 kali meliputi: 1. 2 kali pada trimester pertama 2. 1 kali pada trimester kedua 3. 3 kali pada trimester ketiga	Buku KIA	1. Tidak memenuhi standar: frekuensi kunjungan ANC selama kehamilan tidak memenuhi standar minimal 6 kali kunjungan meliputi: 1. 2 kali pada trimester pertama 2. 1 kali pada trimester kedua 3. 3 kali pada trimester ketiga 2. Memenuhi standar: frekuensi kunjungan ANC selama kehamilan memenuhi standar minimal 6 kali kunjungan meliputi: 1. 2 kali pada trimester pertama 2. 1 kali pada trimester kedua 3. 3 kali pada trimester ketiga (Menkes RI, 2021)	Ordinal
Kualitas pelayanan antenatal care (ANC)	Pelayanan antenatal 10T yang didapatkan oleh ibu hamil pada kunjungan antenatal care (ANC) trimester ketiga	Buku KIA	1. Tidak memenuhi standar: pelayanan ANC yang didapatkan ibu hamil < 10T 2. Memenuhi standar: pelayanan ANC yang didapatkan ibu hamil memenuhi 10T (Menkes RI, 2021)	Ordinal

3.6. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan digunakan pada penelitian adalah

1. Bayi berat lahir rendah

Data mengenai bayi berat lahir rendah didapatkan melalui catatan bayi baru lahir ditimbang di Wilayah Kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka serta catatan buku KIA.

2. Kondisi sosial ekonomi

Data mengenai Kondisi sosial ekonomi didapatkan melalui pengisian kuesioner dengan menggunakan kuesioner karakteristik responden

yang telah melewati uji validitas dan realibilitas pada penelitian sebelumnya oleh Herliana (2019).

3. Frekuensi dan kualitas ANC

Data mengenai Frekuensi dan kualitas ANC didapatkan melalui catatan pemeriksaan antenatal pada buku KIA dan disesuaikan dengan standar kualitas *antenatal care* (ANC) 10T.

3.7. Metode Pengambilan Data

Pengambilan data akan dilakukan pada bulan Oktober-Desember 2022, dengan menggunakan dua jenis data, yaitu data primer yang diperoleh secara langsung dari ibu dengan riwayat melahirkan melalui wawancara dan pengisian kuesioner untuk mengetahui kondisi sosial ekonomi. Serta data sekunder yang diperoleh dari catatan buku KIA dan data ibu dengan bayi baru lahir ditimbang di wilayah kerja Puskesmas Way Jepara dan Puskesmas Braja Caka untuk mengetahui catatan berat badan bayi baru lahir dan *antenatal care* (ANC).

3.8. Pengolahan dan Analisis Data

3.8.1. Pengolahan Data

Data yang didapatkan akan diolah menggunakan aplikasi SPSS. Melalui 4 tahapan, yaitu:

1. *Editing* yaitu meneliti kembali data yang terkumpul apakah sudah sesuai dengan rekam medis atau belum dan memasukkan data ke aplikasi pengolah data (SPSS).
2. *Coding* yaitu proses memilah dan menguji data mentah yang ada dengan pemberian label agar dapat diolah menggunakan SPSS.
3. *Processing* yaitu analisis data dengan menggunakan SPSS.
4. *Cleaning* yaitu proses deteksi kemudian memperbaiki data yang tidak akurat pada data set yang telah ada.

3.8.2. Analisis Data

3.8.2.1. Analisis univariat

Penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dengan menggunakan metode analisis statistik deskriptif dari tiap variabel penelitian, yaitu kondisi sosial ekonomi (Pendidikan ibu, pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga), *antenatal care* (frekuensi dan kualitas ANC), dan kejadian bayi berat lahir rendah.

3.8.2.2. Analisis bivariat

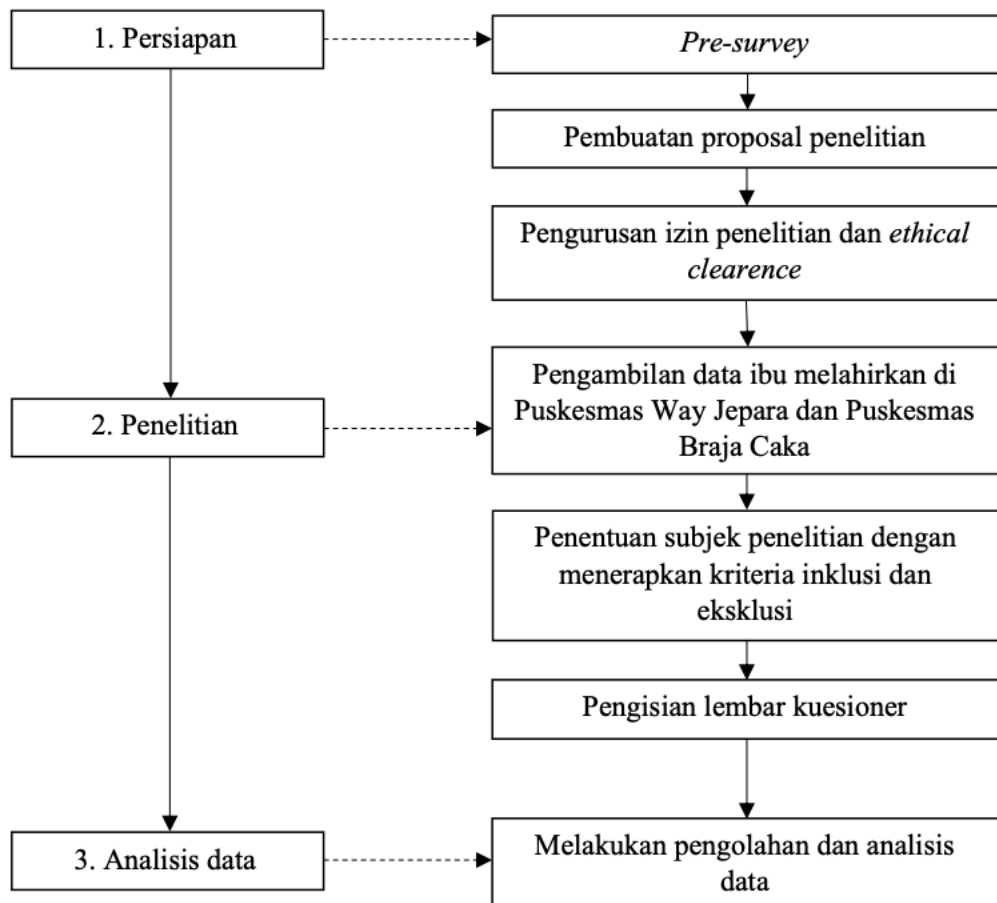
Hubungan antara variabel dependen (bayi berat lahir rendah) dengan masing-masing variabel independen (kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care*) akan dianalisis menggunakan *chi square* (kai kuadrat) untuk pengambilan keputusan berdasarkan tingkat kemaknaan yang digunakan, yaitu sebesar 5% atau 0.05. Sedangkan penentuan estimasi risiko dalam nilai OR (*odds ratio*) dilakukan dengan menentukan interval kepercayaan 95% (*Confidence interval = CI*), dengan interpretasi sebagai berikut :

- a. $OR = 1$, tidak terdapat asosiasi antara paparan dengan penyakit
- b. $OR > 1$, terdapat asosiasi positif antara paparan dengan penyakit
- c. $OR < 1$, terdapat asosiasi negatif antara paparan dengan penyakit

3.9. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan atas dasar persetujuan dari komisi etik yang dikeluarkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan nomor 4323/UN26.18/PP.05.02.00/2022.

3.10. Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan terkait hubungan kondisi sosial ekonomi dan antenatal care (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara, di dapatkan kesimpulan yaitu:

1. Gambaran kondisi sosial ekonomi ibu hamil di Kecamatan Way Jepara berdasarkan pendidikan mayoritas ibu hamil berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 57,8% dan ibu berpendidikan rendah 42,2%, berdasarkan pekerjaan mayoritas ibu hamil tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 75% dan ibu yang bekerja sebanyak 25%, sedangkan berdasarkan pendapatan keluarga cenderung lebih banyak yang memiliki pendapatan di bawah UMK yaitu sebanyak 62,5% dibandingkan dengan pendapatan di atas UMK yaitu sebanyak 37,5%.
2. Riwayat frekuensi kunjungan ANC di Kecamatan Way Jepara menunjukkan bahwa frekuensi kunjungan yang tidak memenuhi standar lebih dominan dibandingkan dengan yang memenuhi standar, dengan jumlah masing-masing sebanyak 62,5% dan 37,5%
3. Riwayat kualitas pelayanan ANC yang diterima ibu hamil pada trimester 3 di Kecamatan Way Jepara lebih dominan yang tidak memenuhi standar kualitas ANC 10 T dibandingkan dengan pelayanan yang memenuhi standar, dengan masing-masing frekuensi sebanyak 76,6% dan 23,4%. Terdapat jenis pemeriksaan yang paling banyak tidak diterima oleh ibu hamil, yaitu pemeriksaan lingkaran lengan atas (LiLa) dengan jumlah 36 orang.

4. Pendidikan Ibu berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) dan merupakan faktor risiko kejadian BBLR di Kecamatan Way Jepara.
5. Pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) BBLR di Kecamatan Way Jepara.
6. Pendapatan keluarga tidak berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara.
7. Frekuensi kunjungan *antenatal care* (ANC) berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) dan merupakan faktor risiko kejadian BBLR di Kecamatan Way Jepara.
8. Kualitas pelayanan *antenatal care* (ANC) berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) dan merupakan faktor risiko kejadian BBLR di Kecamatan Way Jepara.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan terkait hubungan kondisi sosial ekonomi dan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Kecamatan Way Jepara, berikut beberapa saran yang disampaikan peneliti:

- a. Bagi Penelitian Selanjutnya
Penelitian ini baru menggambarkan terkait hubungan antara kondisi sosial ekonomi dan riwayat perawatan selama kehamilan berdasarkan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian BBLR, peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti lebih lanjut terkait faktor lain yang berkaitan dengan kejadian BBLR seperti faktor maternal (usia ibu, status gizi, dan kebiasaan tidak sehat), riwayat kehamilan (jumlah paritas, jarak kehamilan, dan komplikasi), serta kondisi fetus.
- b. Bagi Tenaga Kesehatan di Kecamatan Way Jepara
Bagi tenaga kesehatan di Kecamatan Way Jepara di sarankan untuk meningkatkan kinerja terhadap program pemeriksaan selama kehamilan yang sesuai dengan standar kualitas ANC. Selain itu, disarankan melakukan penyuluhan atau konseling kesehatan kepada ibu

hamil mengenai pentingnya pencegahan bayi berat lahir rendah terlebih kepada ibu dengan riwayat pendidikan rendah.

c. Bagi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

Diharapkan fakultas kedokteran Universitas Lampung dapat memepersiapkan mahasiswa yang kompetem dalam mengedukasi masyarakat khususnya ibu hamil mengenai kejadian bayi berat lahir rendah berdasarkan faktor risiko kejadian BBLR

d. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan untuk dapat aktif berpartisipasi dalam pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil untuk mencegah kejadian bayi berat lahir rendah

DAFTAR PUSTAKA

- Adiana PE, Karmini NI. 2010. Pengaruh pendapatan, jumlah anggota keluarga, dan pendidikan terhadap pola konsumsi rumah tangga miskin di Kecamatan Gianyar. Denpasar: Universitas Udayana.
- Agustin S, Setiawan BD, Fauzi MA. 2019. Klasifikasi berat badan lahir rendah pada bayi dengan metode learning vector quantization (LVQ). *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*. 3(3): 29–36.
- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, ICF Internasional. 2018. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Andayani N, Asfriyati A, Aulia D. 2019. Kualitas pelayanan ANC dan perilaku ibu hamil dalam mencegah terjadinya BBLR di Rumah Rakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara tahun 2019. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*. 5(2): 102-112.
- Bundarini B, Fitriahadi E. 2019. Gambaran kelengkapan *antenatal care* terpadu Di Puskesmas Tepus II Gunungkidul. *Jurnal SMART Kebidanan*. 6(2): 70.
- Bansal C, Agrawal R, and Sukumaran T. 2013. *IAP Textbook of Pediatrics*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Camelia V, Proborini A, Jannah M. (2020). Hubungan antara kualitas & kuantitas riwayat kunjungan antenatal care (ANC) dengan stunting pada balita usia 24-59 bulan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang. *Journal of issues in Midwifery*. 4(3): 100-111.
- CSDH. 2010. *A Conceptual Framework For Action On The Social Determinants Of Health : social determinants of health discussion paper 2*. Geneva: World Health Organization.
- Demelash H, Motbainor A , Nigatu D, Gashaw K, Melese A. 2015. Risk factors for low birth weight in Bale zone hospitals, South-East Ethiopia: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 15(1): 1-10.
- Dinas Kesehatan Lampung Timur. 2013. *Profil Dinas Kesehatan Lampung Timur tahun 2013*. Sukadana: Dinas Kesehatan Lampung Timur.
- Dinas kesehatan Provinsi Lampung. 2021. *Profil kesehatan provinsi Lampung*. Bandar Lampung: Pemerintah Provinsi Lampung Dinas Kesehatan.

- Ekaningrum, Annisa Yuri, and Iwan Ariawan. 2021. Hubungan komplikasi kehamilan dengan kejadian berat bayi lahir rendah di Indonesia tahun 2012 : Analisis SDKI 2012. *Jurnal Gizi & Kesehatan Manusia*. 1 (1): 16–25.
- Fadhurullah L. 2018. Gambaran Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak. *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*. 6(1).
- Falefi R. 2020. Determinan berat badan lahir rendah di Indonesia (performa diagnostik model prediksi) [Skripsi]. Medan: UIN Sumatera Utara.
- Fahmi, Zulia Yasminanindita. 2020. Indeks massa tubuh pra-hamil sebagai faktor risiko terjadinya bayi berat lahir rendah. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 9 (2): 842–47. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.412>.
- Fatimah N, Izzatul A. 2019. Hubungan *antenatal care* dengan kejadian bayi berat lahir rendah pada ibu aterm di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 6(3); 615-620.
- Fatkhiuah N, Izzatul A. 2019. Keteraturan kunjungan *antenatal care* di wilayah kerja Puskesmas Slawi Kabupaten Tegal. *Indonesia Jurnal Kebidanan*. 3(1): 18-23.
- Festy PW. 2011. Analisis faktor risiko pada kejadian berat badan lahir rendah di Kabupaten Sumenep [skripsi]. Surabaya: Universitas Muhammadiyah Surabaya.
- Keputusan Gubernur Lampung. 2021. Keputusan gubernur lampung nomor: G/530/v.08/HK/2020 tentang penetapan upah minimum kabupaten Lampung Timur tahun 2021. Teluk Betung: Gubernur Lampung.
- Halu, Silfia Angela N. 2019. Hubungan status sosio ekonomi ibu dengan kejadian berat badan lahir rendah di Puskesmas La'O. *Jurnal Wawasan Kesehatan*. 4 (2): 74–80.
- Hartiningrum, Indri, and Fitriyah N. 2018. Bayi Berat Lahir Rendah (Bblr) Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012-2016. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*. 7 (2): 97–104.
- Hasanah, Khotimatun, R Rochmanadji Widajat, and Omega Mellyana. 2020. Faktor Risiko Prenatal Terhadap Kejadian Penyakit Ginjal Kronik Derajat III-V Di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Sari Pediatri*. 22 (2): 76–82.
- Hendrawanto A, Fatkhurohman. 2011. Analisis yuridis mengenai upah minimum kabupaten / kota yang ditetapkan peraturan gubernur dan dampaknya terhadap pekerja dan perusahaan (wilayah kajian di Kabupaten Malang). *Jurnal Kontitusi*. 6(1): 175-198.
- Herliana. 2019. Faktor-faktor yang memengaruhi kejadian bayi berat lahir rendah pada ibu bersalin di puskesmas sanggiran kecamatan simeulue barat tahun 2019. Medan: Institut Kesehatan Helvetia.
- Indrasari N. 2012. Faktor risiko pada kejadian berat badan lahir rendah (BBLR). *Jurnal Keperawatan*. 8(2): 115-123.

- Inpresari I, Pertiwi WE. 2020. Determinan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*. 7 (3): 141–49. <https://doi.org/10.22146/jkr.50967>.
- Ismail YD, Rumekti D. 2009. Hubungan status pekerjaan ibu dengan Berat Lahir Bayi di RSUP DR. M. Djamil Padang. *Berita kedokteran masyarakat*. 25(2): 96.
- Jayanty NK. 2016. Faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Rumah sakit umum daerah melawi kabupaten melawi. Pontianak: Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- Kemenkes RI. 2018. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tindakan Resusitasi, Stabilisasi, Dan Transpor Bayi Berat Lahir Rendah. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. Pedoman Pelayanan ANC Terpadu. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2021. Profil kesehatan Indonesia tahun 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. 2022. Laporan kinerja direktorat kesehatan keluarga tahun anggaran 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kosim. 2012. Buku ajar neonatologi. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Kumendong LG, Kundre R, Bataha Y. 2015. Hubungan frekuensi kunjungan *antenatal care* (ANC) dan status gizi ibu hamil trimester iii dengan berat badan lahir (BBLR) bayi Di RSUD Pancarankasihgmim Manado Tahun 2015. *Jurnal Keperawatan*. 3(2).
- Lausiry MN, Tumuka L. 2019. Analisis kondisi sosial-ekonomi masyarakat migran sebelum dan sesudah berada di Kota Timika. *Jurnal Kritis (Kebijakan, Riset, dan Inovasi)*. 3(1): 2
- Lestariningsih S, Duarsa ABS. 2013. Hubungan preeklampsia dalam kehamilan dengan kejadian BBLR di RSUD Jenderal Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2011. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas*. 8(1): 34-39.
- Mahayana SAS, Chundrayetti E, Yulistini Y. 2015. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian berat badan lahir rendah di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 4(3).
- Manurung, Pebrina. 2020. Hubungan Riwayat Komplikasi Saat Hamil Dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Di Indonesia. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*. 4 (2): 51–56.

- Marmi, KR. 2015. Asuhan neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mauludyani AVR, Fahmida U, Santika O. 2012. *Undernutrition prevalence among children under two years old in indonesia during economic crisis and its related factors*. Jurnal Gizi dan Pangan. 7(3): 169-174.
- Menkes RI. 2021. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 21 tahun 2021. Tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual.
- Merzalian N. 2012. Determinan kejadian berat badan lahir rendah (bblr) di kabupaten belitung timur provinsi kepulauan bangka belitung tahun 2010-2011 [Skripsi]. Depok. Universitas Indonesia.
- Muchtar A, Rumiatur D, Mulyati E, Nurrochmi E, Saputro H, Sursilah I, dkk. 2014. Buku ajar kesehatan ibu dan anak. Jakarta Selatan: Pusdiklatnakes Kemenkes RI.
- Murti B. 2009. Determinan sosio-ekonomi, modal sosial, dan implikasinya bagi kesehatan masyarakat. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Narita, Agnes, Kusumawati Y, Wijayanti AC. 2016. Faktor risiko usia, pekerjaan dan paparan asap rokok pada ibu dengan kejadian berat bayi lahir rendah di Kecamatan Banyudono Kabupaten Boyolali [thesis]. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Nasar, Sudaryati S. 2016. Tata laksana nutrisi pada bayi berat lahir rendah. Sari Pediatri 5 (4): 165. <https://doi.org/10.14238/sp5.4.2004.165-70>.
- Ningsih SR. 2020. Hubungan kunjungan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) di RSUD Wonosari Yogyakarta. Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian. 18(2): 88-95.
- Novitasari, Alfira, Hutami MS, Pristya TYR. 2020. Pencegahan dan pengendalian BBLR di Indonesia: Systematic Review. Indonesia Journal of Health Development. 2(3): 175–82. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>.
- Nugraha, Satya Adi. 2014. Low birth weight infant with respiratory distress syndrome. Jurnal Agromed Unila 1 (2): 190–94.
- Nurahmawati D. 2017. Effects of maternal education, psychosocial stress, nutritional status at pregnancy, and family income, on birthweight in nganjuk, east java . Jurnal of Maternal and Child Health. 2(4): 327-337.
- Nurjanah N, Fitri S, Febrian K. 2018. Hubungan status sosial ekonomi dan motivasi hidup sehat dengan perilaku memelihara kebersihan lingkungan (Studi pada Ibu Rumah Tangga RW 05 Kelurahan Setiaratu Kecamatan Cibereum Kota Tasikmalaya). *Edunomic: Jurnal Ilmiah Pendidikan Ekonomi Fakultas Pendidikan dan Sains*. 6(1): 36-40.

- Nuryani, Rahmawwati. 2017. Kejadian berat badan lahir rendah di Desa Tinelo Kabupaten Gorontalo dan faktor yang memengaruhinya. *Jurnal Gizi Pangan*. 12(1): 49-54.
- OS, Simarmata. 2010. Hubungan kualitas pelayanan antenatal terhadap kejadian bayi berat lahir rendah di Indonesia (Analisis Data Sekunder Survey Demografi Dan Kesehatan Indonesia Tahun 2007). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Pertiwi DA. 2021. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja puskesmas pampang kota makassar tahun 2019. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Pinontoan, V. M., and S. G. J Tombokan. 2015. Hubungan umur dan paritas ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah. *Jurnal Ilmiah Bidan*. 3 (1): 20–25.
- Pohan SS. 2022. Pelayanan prima tenaga medis dalam pelaksanaan program *antenatal care* (ANC) di UPTD Puskesmas Suro Makmur Kabupaten Aceh Singkil [Skripsi]. Medan: Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
- Pramono, S. 2009. Risk factor occurrence low birth weight according social determinant, economic, and demographic Indonesia. *Health System Research Bulletin*.
- Pramono, Setyo M, and Paramita A. 2015. Pola kejadian dan determinan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) di Indonesia tahun 2013. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 18 (1): 1–10. <https://doi.org/10.22435/hsr.v18i1.4263.1-10>.
- Rabbaniyah F, Nadjib M. 2019. Analisis sosial ekonomi dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk berobat jalan di Provinsi Jawa Barat: analisis data Susenas tahun 2017. *Jurnal MKMI*. 15(1): 73-80.
- Rachmawati AI, Puspitasari RD, Cania E. (2017). Faktor-faktor yang memengaruhi kunjungan antenatal care (ANC) ibu hamil. *Jurnal Majority*, 7(1), 72-76.
- Rahim FK, Muharry A. 2018. Hubungan karakteristik ibu dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di Wilayah Kabupaten Kunigan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*. 9(2): 75-80.
- Rajashree, K. 2015. Study on the factors associated with low birth weight among newborns delivered in a Tertiary-Care Hospital, Shimoga, Karnataka. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 4 (9): 1287–1290.
- Ruindungan RY, Kundre R, Masi G. 2017. Hubungan pemeriksaan *antenatal care* (ANC) dengan kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja RSUD Tobelo. *Jurnal Keperawatan*. 5(1).
- Sabili MI. 2019. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja Puskesmas Tandralili di Kabupaten Maros. Gowa: UIN Alauddin Makassar.
- Salawati L. 2012. Hubungan usia, paritas dan pekerjaan ibu hamil dengan bayi berat

- lahir rendah. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*. 12(2): 138-142.
- Saputra, L. 2014. *Asuhan neonatus bayi dan balita*. Tangerang: Bina Aksara Publisher.
- Sari, Puspita A, Romlah, Anita T. 2021. Faktor maternal terhadap kejadian BBLR. *Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*. 5 (1): 1–5. <https://doi.org/10.33862/citradelima.v5i1.210>.
- Septiani R. 2015. *Faktor maternal pada kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) di Indonesia analisis data Riskesdas 2013*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
- Sholiha H. 2015. *Karakteristik sosial, ekonomi, dan perawatan kehamilan yang menjadi faktor risiko kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR) pada primigravida (Studi di Kabupaten Probolinggo)*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Suadnyani PA, Runiari N, Ruspawan IDM, Hartati NN. (2021). Hubungan kualitas pelayanan *antenatal care* dengan kesiapan ibu hamil trimester III dalam menghadapi persalinan pada era adaptasi baru. *Jurnal Gema Keperawatan*. 14(2): 134-147.
- Suarningsih NK, Suyasa IGPD, Rismawan M. 2017. Pengaruh pendidikan kesehatan menggunakan media leaflet terhadap pengetahuan orang tua. *Jurnal Pengaruh Pendidikan Kesehatan*. 1(1). 8-16.
- Sugiyono. 2012. *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Supriyatun. 2017. Hubungan ekonomi dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR). *Jurnal Kesehatan*. 8(2): 974-980.
- Suryani E. 2020. *Bayi berat lahir rendah dan penatalaksanaannya*. Blitar: Strada Press.
- UNICEF dan WHO, 2014. *Improving child nutrition the achievable imperative for global progress*. New York: UNICEF.
- WHO. 2014. *Global targets 2025: low birth weight policy brief (WHO/NMH/NHD/14.5)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014. *Low Birth Weigh* (<http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/low-birth-weight/by-countr/>)
- Widodo AS. 2013. Harga diri dan interaksi sosial ditinjau dari status sosial ekonomi orang tua. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*. 2(2).
- Wilkinson R, Marmot M. 2003. *Social determinan of health: the solid facts 2 edition*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Yulisa R, Imelda I. (2018). Kejadian berat badan lahir rendah (BBLR) Di Rumah Sakit Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*. 3(3).