

SKRIPSI

**HUBUNGAN ASFIKSIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL
EMOSIONAL ANAK USIA 4- 5 TAHUN DI KULON PROGO
TAHUN 2018**



SEPTIANA

P07124214035

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN ASFIKZIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL
EMOSIONAL ANAK USIA 4- 5 TAHUN DI KULON PROGO
TAHUN 2018**

Diajukan untuk sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar Sarjana Terapan
Kebidanan



**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi

“Hubungan Asfiksia Dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4- 5
Tahun di Kulon Progo Tahun 2018”

Disusun oleh :

SEPTIANA

P07124214035

telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal : 4 Juli 2018

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Dr. YUNI KUSMIYATI, S.ST, MPH
NIP 197606202002122001

Pembimbing Pendamping,

YULIASTI EKA P., S.ST, MPH
NIP 198107052002122001

Yogyakarta,

Ketua Jurusan Kebidanan



DYAH NOLA WATI SETYA ARUM, S.SiT, M.Keb
NIP 198011022001122002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN ASFIKZIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL
EMOSIONAL ANAK USIA 4-5 TAHUN DI KULON PROGO TAHUN 2018

Disusun oleh :
Septiana
NIM. P07124214035

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : 9 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,
Anita Rahmawati, S.SiT, MPH (.....)
NIP. 197108112002122001

Anggota,
Dr. Yuni Kusmiyati, S.ST, MPH (.....)
NIP. 197606202002122001

Anggota,
Yuliasti Eka P., S.ST, MPH (.....)
NIP. 198107052002122001



Yogyakarta,

Ketua Jurusan Kebidanan



Dr. YUNI KUSMIYATI, S.ST, MPH
NIP. 197606202002122001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Septiana

NIM : P07124214035

Tanda Tangan : 

Tanggal : 4 Juli 2018

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Septiana
NIM : P07124214035
Program Studi : Sarjana Terapan Kebidanan
Jurusan : Kebidanan

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalti-Free Right) atas Skripsi saya, yang berjudul: Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalihmedia/menginformasikan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di

Pada tanggal 4 Juli 2018



Septiana

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018”. Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka salah satu persyaratan memperoleh Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta pada Progam Studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Joko Susilo, SKM, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Dr. Yuni Kusmiyati, S.ST, MPH selaku Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan pembimbing utama
3. Yuliasti Eka P., S.ST, MPH selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan pembimbing pendamping
4. Anita Rahmawati, S.SiT, MPH selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan kepada penulis
5. Direktur RSUD Wates yang telah mengizinkan dan membantu dalam untuk penelitian skripsi
6. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral; dan
7. Sahabat yang telah membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Yogyakarta, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	v
ABSTRACT	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Ruang Lingkup	7
E. Manfaat Penelitian.....	7
F. Keaslian Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Telaah Pustaka.....	11
B. Kerangka Teori.....	34
C. Kerangka Konsep	35
D. Hipotesis.....	35
BAB III METODE PENELITIAN	36
A. Jenis dan Desain Penelitian	36
B. Populasi dan Sampel	37
C. Tempat dan Waktu	41
D. Variabel Penelitian	42
E. Definisi Operasional Variabel Penelitian	42
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	44
G. Alat Ukur/Instrumen Penelitian	46
H. Prosedur Penelitian.....	47
I. Manajemen Data	48
J. Etika Penelitian	51
K. Kelemahan Penelitian.....	53

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	54
A. Hasil	54
B. Pembahasan	64
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	78

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Teori	34
Gambar 2. Kerangka Konsep	35
Gambar 3. Desain Penelitian Kohort Retrospektif.....	36

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Kejadian Asfiksia 5 RSUD di Daerah Istimewa Yogyakarta .	5
Tabel 2. Tingkat Pencapaian Perkembangan Sosial Emosional	24
Tabel 3. Penilaian APGAR	26
Tabel 4. Intepretasi Nilai APGAR skor	31
Tabel 5. Definisi Operasional Variabel.....	42
Tabel 6. Intepretasi Hasil Penilaian SDQ	46
Tabel 7. Distribusi Frekuensi Variabel yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Emosional Anak	55
Tabel 8. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun.....	56
Tabel 9. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Masalah Perilaku Anak Usia 4-5 Tahun	58
Tabel 10. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Hiperaktivitas Anak Usia 4-5 Tahun	59
Tabel 11. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Hubungan Teman Sebaya Anak Usia 4-5 Tahun.....	60
Tabel 12. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Gejala Emosional Anak Usia 4-5 Tahun.....	61
Tabel 13. Tabel Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Prososial Anak Usia 4-5 Tahun.....	61
Tabel 14. Tabel Hubungan antara Asfiksia dengan Subskala Hiperativitas setelah dikontrol Variabel Luar Anak Usia 4-5 Tahun	62

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Penelitian	78
Lampiran 2. Rencana Anggaran Penelitian.....	79
Lampiran 3. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian	81
Lampiran 4. Angket Penelitian dan Kuesioner	83
Lampiran 5. Master Tabel	85
Lampiran 6. Hasil Analisis	86
Lampiran 7. Surat Izin Studi Pendahuluan RSUD Wates	114
Lampiran 8. Surat Izin Studi Pendahuluan RSUD Sleman.....	115
Lampiran 9. Surat Izin Studi Pendahuluan RSUD Kota Yogyakarta	116
Lampiran 10. Surat Izin Studi Pendahuluan RSUD Panembahan Senopati.....	117
Lampiran 11. Surat Izin Studi Pendahuluan RSUD Wonosari	118
Lampiran 13. Surat Kelayakan Etik/ <i>Ethical Clearance</i>	119
Lampiran 14. Surat Izin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Kulon Progo.....	120
Lampiran 15. Surat Izin Penelitian RSUD Wates	121
Lampiran 16. Surat Telah Melaksanakan Penelitian	122

ABSTRACT

The Correlation between Perinatal Asphyxia Histories with Social Emotional Development of 4-5 years at Kulon Progo Regency in 2018

Septiana*, Yuni Kusmiyati, Yuliasti Eka Purnamaningrum
Midwifery Departement of Health Polytechnic Ministry of Health Yogyakarta
Email: Septianadf24@gmail.com

Background: Birth asphyxia was disorder of fetus or newborn due to the failure to breath or breathed poorly, it leads to the decrease of oxygen perfusion to the various organ. Children with perinatal asphyxia history were susceptible to have long term complications with development delay. Socio-emotional development was fundamental part of an overall health and well-being of children, as it both reflects and gives impact upon the development of brain's wiring and function. The purpose of this study was to determine the correlation between perinatal asphyxia history and children socio-emotional development in the age of 4-5 years old.

Methods: The design of this study used retropective cohort, which involved 43 children with asphyxia history and 43 children with no asphyxia history at Kulon Progo Regency and used simple random sampling. Socio-emotional development at 4-5 years old children was assessed with the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). It was analysed using chi square test and regresi logistic.

Result: The result of univariate analysis showed the socio-emotional development in 4-5 years old children showed 10 (11,6%) and 76 (88,4%) cases presented with abnormal development and with normal development respectively. Bivariate analysis showed there was no association between perinatal asphyxia history and socio-emotional development ($p= 0,737$; $RR =1,581$; $CI 95\% 0,413-6,055$). Multivariate analysis showed the correlation between perinatal asphyxia history with hyperactivity after considering the variables: low birth weight, mother education, parent's income (p -value $0,009$ $RR 3,345$ $95\%CI 1,346-8,312$).

Conclusions: There was no significant correlation statistically between the perinatal asphyxia histories with the socio-emotional development of 4-5 years old children. The correlation between perinatal asphyxia history and subscale hyperactivity from the socio-emotional development of 4-5 years old children was statistically significant and asphixia baby delivery increased the risk of hyperactivity disorder of 4-5 years old children.

Keyword: Perinatal Asphyxia, Socio-emotional development, Strength and Difficulties Questionnaire

ABSTRAK

Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018

Septiana*, Yuni Kusmiyati, Yuliasti Eka Purnamaningrum
Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan
Email: Septianadf24@gmail.com

Latar Belakang: Asfiksia adalah gangguan bayi baru lahir karena kegagalan untuk bernapas spontan, itu menyebabkan penurunan perfusi oksigen ke berbagai organ tubuh. Bayi dengan riwayat asfiksia perinatal sangat rentan mengalami komplikasi jangka panjang dengan terjadinya keterlambatan perkembangan. Perkembangan sosial emosional merupakan bagian yang mendasari kesehatan anak, karena keduanya mencerminkan dan berdampak pada fungsi otak yang sedang berkembang. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan riwayat asfiksia perinatal dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun.

Metode: Desain penelitian menggunakan kohort retrospektif yang melibatkan 43 bayi dengan riwayat asfiksia dan 43 bayi dengan tidak asfiksia di Kulon Progo. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan simple random sampling. Perkembangan sosial emosional pada anak usia 4-5 tahun dinilai pada semua kelompok menggunakan SDQ (*Strength and Difficulties Questionnaire*). Analisis penelitian ini menggunakan uji univariat untuk memperoleh frekuensi distribusi, analisa bivariat menggunakan tes chi square dan Analisa multivariat menggunakan regresi logistik.

Hasil: Hasil penelitian bahwa hasil analisis univariat menunjukkan perkembangan sosial emosional anak pada umur 4-5 tahun bahwa 10 (11,6%) dan 76 (88,4%) menunjukkan hasil perkembangan abnormal dan normal. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak adanya hubungan antara riwayat asfiksia perinatal dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun ($p= 0,737$; $RR =1,581$; $CI 95\% 0,413-6,055$). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa asfiksia berhubungan dengan dimensi hiperaktivitas pada perkembangan sosial emosional anak setelah mempertimbangkan variabel luar berat badan lahir rendah, tingkat pendidikan ibu, pendapatan orang tua parent (p -value 0,009 $RR 3,345$ $95\% CI 1,346-8,312$).

Kesimpulan: Tidak ada hubungan signifikan secara statistik antara riwayat asfiksia perinatal dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun. Ada hubungan signifikan antara asfiksia dengan hiperaktivitas anak setelah mempertimbangkan variabel luar berat badan lahir rendah, tingkat pendidikan ibu, pendapatan orang tua. Anak yang memiliki riwayat asfiksia perinatal meningkatkan risiko sebesar 3,345 kali terhadap gangguan hiperaktivitas anak pada usia 4-5 tahun.
Kata Kunci: Asfiksia, Perkembangan Sosial Emosional, *Strength and Difficulties Questionnaire*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatas hanya dari fisik melainkan juga aspek psikologis.¹ Kualitas hidup anak juga memiliki peran penting dalam kehidupan untuk memenuhi kesejahteraan anak dan mencapai derajat kesehatan yang baik. Penilaian kualitas hidup anak meliputi penilaian atas fungsi fisik, fungsi emosi, fungsi sosial, dan fungsi sekolah anak.² Usia anak merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan berlangsung sangat pendek sehingga disebut sebagai masa keemasan (*golden age period*), jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa kritis (*critical period*).³ Lima tahun kehidupan anak sangat berpengaruh pada perkembangan sosial emosional mereka.⁴ Perkembangan sosial emosional merupakan bagian yang mendasari kesehatan anak secara keseluruhan termasuk kesejahteraan anak yang dapat mencerminkan perkembangan fungsi otak. Perkembangan sosial emosional ini mencakup dari anak-anak berinteraksi dengan orang lain serta cara mereka mengelola atau mengatasi kesulitan dan stres yang timbul.⁵

Prevalensi gangguan emosional dan perilaku anak prasekolah sebesar 34,10%.⁶ Prevalensi gangguan mental pada populasi penduduk menurut WHO tahun 2000 sebesar 12% dan pada tahun 2001 meningkat menjadi 13%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 gangguan mental emosional pola penduduk Indonesia yang berusia lebih dari 15 tahun 11,6%.⁷ Hasil Riskesdas 2013 gangguan mental emosional sebesar 6%. Provinsi DIY memiliki prevalensi gangguan mental emosional diatas rata-rata sebesar 8,1% lebih tinggi dibandingkan dengan gangguan mental emosional nasional.⁸ Hasil uji DDST II (*Denver Development Screening Test*) pada balita usia 12-24 bulan di Klinik Tumbuh Kembang RSUP Dr. Sardjito dari bulan Januari sampai Juli 2015 menunjukkan bahwa terdapat 74,55 % di antaranya mengalami keterlambatan perkembangan sosial 5,35%, keterlambatan motorik halus 9,11%, keterlambatan bahasa 26,73%, dan 43,85% mengalami keterlambatan motorik kasar.⁹

Faktor-faktor yang memengaruhi perkembangan anak adalah faktor genetik dan faktor lingkungan. Faktor lingkungan dibagi menjadi faktor lingkungan prenatal, faktor lingkungan perinatal, faktor lingkungan postnatal.¹⁰ Faktor pranatal meliputi gizi pada ibu hamil, endokrin, penyakit pada ibu, radiasi, imunitas. Faktor perinatal meliputi asfiksia, trauma lahir, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, bayi berat rendah (BBLR). Faktor postnatal meliputi gizi anak, kesehatan anak, imunisasi, perumahan, sanitasi lingkungan, stimulasi, keluarga.¹⁰

Asfiksia merupakan salah satu faktor perinatal yang mempengaruhi perkembangan anak. Asfiksia merupakan kegawatdaruratan bayi baru lahir yang menyebabkan terjadinya depresi pernapasan serta mengakibatkan komplikasi.¹¹ Menurut Riskesdas 2007, angka kematian neonatal dini yang terjadi pada usia 0-6 sebantak 77,38% dan pada usia 7-28 hari sebanyak 22,62%.⁷ Proporsi penyebab angka kematian neonatal pada usia 0-6 hari yaitu terjadi gangguan pernapasan 37%, prematuritas 34%, sepsis 12%, hipotermi 7%, ikterus 6%, postmatur 3%, dan kelainan kongenital 1%.¹² Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Neonatus pada tahun 2012 sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup dimana 55,8% dari kematian bayi terjadi pada periode neonatal, dan sekitar 78,5% terjadi pada umur 0-6 hari. Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak masih asfiksia, berat badan lahir rendah, infeksi.¹³ Berdasarkan Profil Kesehatan DIY tahun 2013 kasus kematian neonatal tahun 2012 terjadi 400 kasus, tahun 2011 terjadi sebanyak 311 kasus, meningkat dibanding tahun 2010 sebanyak 241 kasus dengan penyebab kematian terbanyak disebabkan karena BBLR dan asfiksia.¹⁴

Komplikasi akibat asfiksia perinatal jangka pendek berupa disfungsi multiorgan yang dapat berlanjut kematian, serta komplikasi jangka panjang adalah kelainan neurologi dan keterlambatan perkembangan. Komplikasi ini dapat terjadi karena adanya gangguan pertukaran gas dan pengangkutan oksigen selama persalinan yang dapat mempengaruhi fungsi sel organ-organ vital terutama otak yang dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang

irreversible. Asfiksia menimbulkan banyak dampak negatif pada bayi antara lain meningkatkan kesakitan dan kematian bayi baru lahir, meningkatkan insiden kecacatan berat dan kematian syaraf.¹⁵

Kompetensi sosial ditentukan oleh kompetensi emosi seseorang. Seseorang dengan kecerdasan emosional yang tinggi cenderung menjadi pribadi yang kompeten secara sosial.¹⁶ Penelitian menyatakan bahwa gangguan perilaku sosial dari anak usia dini 4-6 tahun lebih berhubungan dengan karakteristik sosial ekonomi, kondisi perinatal yaitu APGAR skor 1 menit <7, APGAR skor 5 menit <7.¹⁷ Hasil penelitian menyatakan bahwa 260 kasus neonatus 23,5% mengalami keterlambatan perkembangan dengan variabel independen asfiksia berat ($p= 0,000$; skor Apgar lima menit ($p= 0,015$); kebutuhan ventilasi ($p = 0,000$), dan tingkat keparahan asidosis saat kelahiran ($p = 0,001$) adalah faktor prognostik utama.¹⁸

Penilaian perkembangan sosial emosional anak dapat menggunakan antara lain *Behavioral and Rating Scale:Second Edition (BERS-2)*, *Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Teacher Report Form (TRF)*, *Youth Self- Report, Communities That Care (CTC) Survey*, *The Comprehensive School Climate Inventory (CSCI)*, *Development Asset Profile (DAP)*, *Devereux Student Strengths Assesment (DESSA)*, *School Social Behaviors Scale, Second Edition (SSBS-2)*, *Social Skills Improvement System Rating Scales (SSIS-Rating Scale)*, *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, *Washington State Healthy Youth Survey (HYS)*.¹⁹ Kuesioner SDQ adalah instrumen singkat yang dapat digunakan untuk penilaian klinis, mengevaluasi hasil dari intervensi atau

program, penelitian dikembangkan oleh Dr. Robert Goodman tersedia secara gratis dan dalam versi banyak bahasa.¹⁹ *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) dapat dilakukan tanpa memiliki keahlian khusus atau profesi tertentu, waktu yang digunakan cukup singkat. Uji validitas dan reabilitas telah dilakukan pada kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia oleh Oktaviana dan Wimbari tahun 2014 terutama laporan orang tua atau guru yang digunakan pada usia 4-16 tahun.²⁰ Penelitian ini didapatkan hasil reabilitas dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach* dengan α 0,773 sedangkan hasil validasi dengan menggunakan *Receiver Operating Curve* (ROC) didapatkan sensitivitas 0,67% dan spesifisitas 0,68%.²⁰ Uji sensitivitas dan spesifisitas kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia laporan orang tua terutama gangguan hiperaktivitas pada anak usia 7-14 tahun di Yogyakarta dengan hasil sensitivitas 72,4% dan spesifisitas 73,3%.²⁰

Berdasarkan hasil studi pendahuluan sebagai berikut

Tabel 1 Kejadian Asfiksia RSUD di Daerah Istimewa Yogyakarta

Tempat	Preserntase Kejadian Asfiksia (%)			
	Tahun 2012	Tahun 2013	Tahun 2014	Tahun 2015
RSUD Wates	0,03%	0,10%	0,23%	0,50%
RSUD Panembahan Senopati	0,75%	0,27%	0,26%	0,09%
RSUD Wonosari	0,27%	0,23%	0,15%	0,09%
RSUD Kota Yogyakarta	0,25%	0,20%	0,22%	0,12%
RSUD Sleman	0,15%	0,38%	0,23%	0,20%

Sumber: Instalasi Rekam Medis RSUD Wates, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wonosari, RSUD Kota Yogyakarta, RSUD Sleman, Bangsal Bersalin RSUD Wonosari & Bangsal Nusa Indah III RSUD Sleman

Berdasarkan data hasil studi pendahuluan dari kelima RSUD wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta di RSUD Wates menunjukkan peningkatan terus menerus kejadian asfiksia dari tahun 2012-2015. Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi gangguan mental emosional tahun 2013 di Provinsi DIY lebih tinggi dibandingkan dengan nasional. Komplikasi akibat asfiksia perinatal jangka panjang adalah kelainan neurologi dan keterlambatan perkembangan. Sementara proporsi penyebab kematian neonatal pada usia 0-6 hari yaitu gangguan pernapasan menduduki peringkat pertama dan tahun 2013 di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) penyebab terbanyak kematian neonatal karena BBLR dan asfiksia. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di RSUD Wates menunjukkan peningkatan kejadian asfiksia dari tahun 2012-2015. Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul bagaimana hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik subjek penelitian berdasarkan berat badan lahir, pendidikan ibu, pendapatan orang tua pada anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018.
- b. Untuk mengetahui hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak 4-5 tahun dan berdasarkan dimensi masalah perilaku, hiperaktivitas, hubungan teman sebaya, gangguan emosional, perilaku prososial anak 4-5 tahun setelah mempertimbangkan variabel luar yaitu berat badan lahir, pendidikan ibu, pendapatan orang tua di Kulon Progo tahun 2018.
- c. Untuk mengetahui besar risiko asfiksia terhadap perkembangan sosial emosional dan berdasarkan dimensi masalah perilaku, hiperaktivitas, hubungan teman sebaya, gangguan emosional, perilaku prososial anak 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup materi penelitian ini adalah pelaksanaan pelayanan Ibu dan Anak.

E. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Menambah referensi, wawasan dan pengetahuan di bidang kesehatan terutama asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Klinisi Kesehatan Ibu dan Anak

Memberikan gambaran hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun sehingga dapat meningkatkan motivasi dalam deteksi dini perkembangan anak dan memberikan promosi kesehatan kepada masyarakat terutama orang tua, ibu hamil mengenai risiko asfiksia.

b. Bagi Orang Tua

Menambah wawasan dan ilmu pengetahuan bagi orang tua tentang mengoptimalkan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun.

c. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi referensi dalam membuat penelitian lebih lanjut tentang hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian yang hampir sama dengan penelitian ini diantaranya

1. Santos, Ina, *et al* tahun 2017 dengan judul penelitian “*Gestational Age at Birth and Behavioral Problems From 4 to 11 Years of Age Birth Cohort Study*” menggunakan desain penelitian kohort prospektif diikuti selama 11 tahun. Teknik pengambilan sampel dengan kriteria, alat ukur saat umur 4 tahun menggunakan *Child Behavior Checklist* (CBCL) dan saat umur 6 tahun menggunakan *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA). Hasil penelitian yaitu 3200 anak gangguan perilaku sosial dari anak usia

dini hingga anak usia awal lebih berhubungan dengan karakteristik sosial ekonomi keluarga, dan kondisi perinatal kecuali usia kehamilan saat lahir. Kondisi perinatal yaitu APGAR 1 menit < 7, APGAR 5 menit < 7, rawat inap diperawatan intensif, BBLR, dan durasi menyusui.¹⁷ Perbedaan penelitian ini yaitu desain penelitian dengan kohort retrospektif, teknik pengambilan sampel *simple random sampling* diikuti sampai umur 4-5 tahun, variabel dependen perkembangan sosial emosional menggunakan alat ukur SDQ.

2. Ninis Indriani, dkk tahun 2015 dengan judul penelitian “Perkembangan Bayi Usia 6-12 Bulan dengan Riwayat Asfiksia Perinatal” menggunakan desain penelitian *cross sectional* dan teknik pengambilan sampel *stratified random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara riwayat asfiksia perinatal dengan perkembangan bayi ($p = 0,026$).¹¹ Perbedaan pada penelitian ini adalah menggunakan desain penelitian kohort restrospektif, variabel dependen mengambil satu aspek perkembangan sosial emosional, populasi yang diambil yaitu semua bayi baru lahir hidup di rumah sakit tahun 2013-2014 yang sekarang tergolong dalam anak usia 4-5 tahun dan teknik pengambilan sampel *simple random sampling* menggunakan alat ukur SDQ.
3. Resegue, Rasa tahun 2012 dengan judul penelitian “*Risk Factors Associated With Developmental Abnormalities Among High-Risk Children Attended At A Multidisciplinary Clinic*” menggunakan desain penelitian retrospektif kohort dan menggunakan alat ukur perkembangan bayi dengan Denver II.

Hasil penelitian yaitu 211 anak diikuti lebih dari tiga bulan. Kelainan perkembangan terjadi pada 111 (52,6 %). Analisis univariat menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kelainan perkembangan dengan berat lahir rendah, asfiksi perinatal, lama tinggal di perinatologi > 5 hari, prematuritas dan usia ibu 18 ke atas. Berat lahir rendah, riwayat asfiksia perinatal dan usia ibu 18 ke atas terdapat hubungan signifikan setelah dianalisis multivariat.²¹ Perbedaan dengan penelitian ini adalah variabel dependen yang diambil satu aspek yaitu perkembangan sosial emosional pada anak usia 4-5 tahun dan menggunakan alat ukur SDQ.

4. Boskababi, Hassan, *et al* tahun 2015 dengan judul penelitian “*Assesment of Risk Factor and Prognosis in Asphyxiated Infans*” menggunakan desain penelitian kohort prospektif dan alat ukur yang digunakan mengukur perkembangan yaitu Denver II. Hasil penelitian yaitu dari 260 kasus neonatus 61 (23,5 %) keterlambatan perkembangan, variabel seperti asfiksi berat ($p= 0,000$; skor Apgar lima menit ($p= 0,015$); kebutuhan ventilasi ($p= 0,000$), dan tingkat keparahan asidosis saat kelahiran ($p= 0,001$) adalah faktor prognostik utama.¹⁸ Perbedaan penelitian ini adalah desain penelitian kohort retrospektif, populasi penelitian ini anak usia 4-5 dari bayi yang lahir di RSUD Wates tahun 2013-2014, variabel yang diambil satu aspek yaitu perkembangan sosial emosional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Perkembangan

a. Definisi Perkembangan

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.²² Perkembangan adalah proses maturasi atau pematangan organ tubuh termasuk berkembangnya mental/intelegensi serta perilaku anak.¹⁰

b. Aspek-Aspek dalam Perkembangan Anak

Aspek-aspek dalam perkembangan anak antara lain²³

1) Perkembangan Motorik Kasar dan Halus

Motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk, berdiri, sedangkan motorik halus adalah

aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil seperti menjimpit dan menulis.

2) Perkembangan Kognitif

Aspek ini ditandai dengan perasaan ingin tahu, anak berusaha mengerti dunia luar dan melalui pengalaman sensori motor anak belajar berpikir.

3) Perkembangan Bicara dan Bahasa

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberi respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.

4) Perkembangan Emosi

Mula-mula emosi tenang atau senang dan terangsang timbul karena rangsangan fisik dengan bertambahnya usia emosi senang dan tidak senang timbul karena rangsangan psikis dan selanjutnya muncul variasi emosi seperti takut, marah, kecewa, benci, sedih dan lain-lain.

5) Perkembangan Sosial

Dunia pergaulan anak menjadi bertambah luas. Keterampilan dan penguasaan dalam bidang fisik, motorik, mental, emosi sudah meningkat. Anak makin ingin melakukan bermacam-macam kegiatan dan ingin bersosialisasi dengan sekitarnya.

c. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Secara umum terdapat dua faktor utama yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak, yaitu¹⁰

1) Faktor genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak melalui instruksi genetik yang terkandung di dalam sel telur yang telah dibuahi, dapat ditentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan. Ditandai dengan intensitas, dan kecepatan pembelahan, derajat sensitivitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas dan berhentinya pertumbuhan tulang termasuk faktor genetik antara lain adalah berbagai faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa atau bangsa. Kelainan bawaan yang disebabkan oleh kelainan kromosom seperti sindrom Down, sindrom Turner, dan sebagainya.

2) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapainya atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan “bio-fisiko-psiko-sosial” yang memengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

a) Faktor Lingkungan Pranatal

Faktor lingkungan pranatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin mulai dari konsepsi sampai lahir, antara lain

(1) Gizi ibu pada waktu hamil

Gizi ibu yang jelek sebelum terjadinya kehamilan maupun pada waktu sedang hamil lebih sering menghasilkan bayi BBLR atau lahir mati dan jarang menyebabkan cacat bawaan. Disamping itu, dapat pula menyebabkan hambatan pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah terkena infeksi, abortus dan sebagainya.

(2) Mekanis

Trauma dan cairan ketuban yang kurang dapat menyebabkan kelainan bawaan pada bayi yang dilahirkan. Demikian pula dengan posisi janin pada uterus dapat mengakibatkan *talipes*, dislokasi panggul, *tortikolis*, *palsi fasialis* atau *kranio tabes*.

(3) Toksin/ zat kimia

Massa organogenesis (2-8 minggu pertama kehamilan) adalah masa yang sangat peka terhadap zat-zat teratogen, misalnya obat-obatan, seperti *thalidomide*, *phenitoinin*, *methadion* dapat menyebabkan kelainan bawaan.

(4) Endokrin

Hormon- hormon yang mungkin berperan pada pertumbuhan janin adalah somatotropin, hormon plasenta, hormon tiroid, insulin, dan peptida-peptida lain dengan aktivitas mirip insulin. Hormon tiroid seperti TRH, TSH, T3 dan T4 sudah diproduksi oleh janin sejak minggu ke-12 .pengaturan oleh hipofisi sudah terjadi pada minggu ke-13. Kadar hormon ini makin meningkat sampai minggu ke-24, lalu konstan. Jika terdapat defisiensi hormon tersebut dapat terjadi gangguan pada pertumbuhan susunan saraf pusat yang terdapat mengakibatkan retardasi mental. Insulin mulai diproduksi oleh janin pada minggu ke-11, lalu meningkat sampai bulan ke-6 dan kemudian konstan berfungsi untuk pertumbuhan janin melalui pengaturan keseimbangan glukosa darah, sintesis protein janin, dan pengaruhnya pada pembesaran sel sesudah minggu ke- 30.

(5) Radiasi

Radiasi pada janin sebelum umur kehamilan 18 minggu dapat menyebabkan kematian janin, kerusakan otak, mikrosefali, atau cacat bawaan lainnya.

(6) Infeksi

Infeksi intrauterin yang sering menyebabkan cacat bawaan adalah TORCH (Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus,

Herpes Simplex). Infeksi lain pada ibu hamil yang dapat menimbulkan penyakit pada janin atau neonatus adalah penyakit varisela, hepatitis, campak, sifilis.

(7) Stres

Stres yang dialami ibu pada waktu hamil dapat memengaruhi tumbuh kembang janin, antara lain cacat bawaan, kelainan kejiwaan, dan lain-lain.

(8) Imunitas

Rhesus dan golongan darah inkomtabilitas sering menyebabkan abortus, hidrops fetalis, kern ikterus, atau lahir mati.

(9) Anoksia embrio

Menurunnya oksigenasi janin melalui gangguan pada plasenta atau tali pusat menyebabkan berat badan lahir rendah.

b) Faktor Lingkungan Perinatal

Masa perinatal yaitu masa antara 28 minggu dalam kandungan sampai 7 hari setelah dilahirkan, merupakan masa rawan dalam proses tumbuh kembang anak, khususnya tumbuh kembang otak. Trauma akibat persalinan akan berpengaruh besar dan dapat meninggalkan cacat yang permanen. Risiko palsy serebralis lebih besar pada BBLR, asfiksia,

hiperbilirubinemi, asidosis metabolik dan meningitis/ensefalitis.

Keadaan-keadaan penting yang harus diperhatikan pada masa perinatal tersebut adalah

(1) Asfiksia

Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan dimana bayi yang tidak dapat bernafas secara spontan, teratur dan adekuat. Keadaan ini akan mengakibatkan perubahan biokimia pada darah bayi yang dapat menyebabkan kematian atau kerusakan permanen pada sistem saraf pusat. Akibatnya, bayi-bayi mempunyai IQ yang lebih rendah dan bahkan ada yang menderita retardasi mental.

(2) Berat badan lahir rendah

Berat badan lahir adalah berat badan bayi ditimbang dalam 1 jam setelah lahir yang dinyatakan dalam gram dikategorikan berdasarkan kelompok berat badan < 2500 gram atau > 4000 gram dan 2500 gram sampai 4000 gram. Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badan lahirnya adalah kurang dari 2500 gram. Bayi BBLR berisiko mengalami serangan apneu dan defisiensi surfaktan, sehingga tidak dapat memperoleh oksigen yang cukup yang sebelumnya diperoleh dari plasenta. Gangguan pernapasan sering menimbulkan penyakit berat pada Bayi

Berat Lahir Rendah (BBLR). Hal ini disebabkan oleh kekurangan surfaktan, pertumbuhan dan pengembangan paru yang masih belum sempurna. Otot pernapasan yang masih lemah dan tulang iga yang melengkung, sehingga sering terjadi apneu, asfiksia berat dan sindroma gangguan pernapasan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kompetensi sosial pada anak-anak 3 sampai 5 tahun dengan berat badan lahir rendah lebih rendah dibandingkan dengan anak-anak yang berat badan lahir normal.²⁴

(3) Hipoglikemia

Hipoglikemia terjadi bila kadar glukosa darah kurang dari 20% pada BBLR atau kurang dari 30% pada bayi cukup bulan. Keadaan ini dapat disertai oleh gejala klinik dan, bila tidak diobati dengan segera, dapat menyebabkan kematian atau kerusakan berat pada otak.

(4) Hiperbilirubinemia

Hiperbilirubinemia akan berpengaruh buruk apabila bilirubin indirek telah melewati sawar otak, sehingga bisa terjadi kern ikterus atau ensefalopati biliaris yang bisa menyebabkan atetosis yang disertai gangguan pendengaran dan retardasi mental di kemudian hari.

c) Faktor Lingkungan Postnatal

Bayi baru lahir harus berhasil melewati masa transisi dari suatu sistem yang teratur yang sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya, ke suatu sistem yang tergantung pada kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri.

(1) ASI (Air Susu Ibu)

Pemberian ASI atau menyusui adalah periode ekstragestasi dengan payudara sebagai plasenta eksternal karena payudara menggantikan fungsi plasenta tidak hanya dalam memberikan nutrisi bagi bayi, tetapi juga sangat mempunyai arti dalam perkembangan anak karena seolah-olah hubungan anak-ibu tidak terputus begitu lahir di dunia. Pemberian ASI sedini mungkin segera setelah lahir merupakan stimulasi dini terhadap tumbuh kembang anak.

(2) Umur

Umur yang paling rawan adalah masa balita. Usia anak merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan berlangsung sangat pendek sehingga disebut masa keemasan (*golden age period*), jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa kritis (*critical period*). Lima tahun kehidupan anak sangat berpengaruh pada perkembangan sosial emosional anak.³

(3) Gizi

Makanan memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak, dimana kebutuhan anak berbeda dengan orang dewasa, karena makanan bagi anak dibutuhkan juga untuk pertumbuhan dan dipengaruhi oleh ketahanan makanan keluarga.

(4) Pekerjaan /pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak, karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder. Pendapatan standar UMR (Upah Minimum Regional) dapat dijadikan kriteria keluarga sejahtera dan keluarga kurang sejahtera. Hasil penelitian menyebutkan bahwa gangguan perilaku sosial dari anak usia dini hingga anak usia awalan lebih berhubungan dengan karakteristik sosial ekonomi keluarga.¹⁷

(5) Pendidikan ayah/ibu

Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya.

(6) Stimulasi

Stimulasi adalah perangsangan yang datang dari lingkungan luar anak. Stimulasi merupakan hal yang sangat penting untuk tumbuh kembang. Anak yang mendapat stimulasi yang terarah akan lebih cepat berkembang dibandingkan dengan anak yang kurang atau bahkan tidak mendapatkan stimulasi.

2. Definisi Anak Usia Dini

Anak usia dini adalah seorang anak yang usianya belum memasuki suatu lembaga pendidikan formal seperti sekolah dasar dan biasanya mereka tetap tinggal di rumah atau mengikuti kegiatan dalam bentuk berbagai lembaga pendidikan prasekolah, seperti kelompok bermain, taman kanak-kanak, atau taman penitipan anak. Anak usia dini adalah anak yang berusia 0-8 tahun. Hakekat anak usia dini adalah individu yang unik dimana memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan dalam aspek fisik, kognitif, sosial, emosional, kreativitas, bahasa dan komunikasi yang khusus yang sesuai dengan tahapan yang sedang dilalui oleh anak tersebut. Berbagai penelitian menyimpulkan bahwa anak usia dini adalah anak yang berusia 0-8 tahun yang sedang dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan, baik fisik maupun mental. Anak usia dini yaitu anak dengan usia 4-6 tahun dimana anak telah memasuki jenjang prasekolah.¹⁶

3. Perkembangan Sosial-Emosional Anak Usia Dini

a. Definisi Perkembangan Sosial-Emosional

Perkembangan sosial yaitu perkembangan tingkah laku anak dalam menyesuaikan diri dengan aturan-aturan yang berlaku di masyarakat tempat anak berada. Perkembangan sosial juga dapat diartikan sebagai belajar untuk menyesuaikan diri terhadap norma-norma kelompok, moral, dan tradisi; meleburkan diri menjadi suatu kesatuan dan saling berkomunikasi dan bekerja sama.²⁵ Perkembangan sosial adalah mereka yang perilakunya mencerminkan kebersihan di dalam tiga proses sosialisasi sehingga mereka cocok dengan kelompok tempat mereka mengabungkan diri dan diterima sebagai anggota.²⁵

Awal perkembangan sosial pada anak tumbuh dari hubungan anak dengan orang tua atau pengasuh terutama anggota keluarganya. Anak mulai bermain bersama orang lain yaitu keluarganya. Tanpa disadari anak mulai belajar berinteraksi dengan orang diluar dirinya sendiri yaitu dengan orang-orang disekitarnya. Interaksi sosial kemudian diperluas, tidak hanya dengan keluarga dalam rumah tetapi mulai berinteraksi dengan tetangga dan tahapan selanjutnya ke sekolah.¹⁶

Campos mendefinisikan emosi sebagai perasaan atau afeksi yang timbul ketika seseorang berada dalam suatu keadaan yang dianggap penting oleh individu tersebut. Emosi diwakilkan oleh perilaku yang mengeskspresikan kenyamanan atau ketidaknyamanan terhadap keadaan atau interaksi yang sedang dialami. Emosi dapat berbentuk rasa senang, takut, marah, dan

sebagainya.¹⁶ Kompetensi sosial emosional selama masa prasekolah merupakan salah satu tugas perkembangan yang dapat digunakan untuk memprediksi kesehatan mental dikemudian hari.²⁶ Perkembangan sosial emosional yang buruk pada anak usia dini merupakan faktor risiko masalah psikososial seperti depresi dan penyalahgunaan obat serta tindakan kriminalitas.²⁷ Lima tahun pertama kehidupan anak sangat berpengaruh pada perkembangan sosial dan emosional mereka.⁴ Anak yang memiliki perkembangan sosial emosional yang sehat jika anak memiliki kemampuan untuk mengelola dan mengekspresikan emosi positif atau negatif dengan tepat, mengembangkan hubungan yang dekat dengan anak-anak yang lain dan orang dewasa (keluarga) serta mampu mengeksplorasi dan mempelajari lingkungan secara aktif.⁵

Kompetensi sosial merupakan kemampuan untuk mempertahankan kontak sosial dalam proses interaksi sosial melalui perilaku diri yang positif.²⁸ Kurangnya keterampilan sosial akan mengakibatkan masalah dalam memulai dan memelihara hubungan sehingga terjadi penolakan dari teman sebaya yang pada akhirnya mengakibatkan masalah internal ataupun eksternal seperti depresi dan agresi penolakan dalam kelompok dapat memutuskan dukungan emosional yang dibutuhkan oleh seorang anak.²⁶

b. Tingkat Pencapaian Perkembangan Sosial Emosional Anak

Tabel 2 Tingkat Pencapaian Perkembangan Sosial Emosional Anak Umur 4-6 tahun²⁹

Sosial-Emosional	Usia 4-6 tahun	
	Usia 4- 5 tahun	Usia 5-6 tahun
A. Kesadaran Diri	1. Menunjukkan sikap mandiri dalam memilih kegiatan .	1. Memperlihatkan kemampuan diri untuk menyesuaikan dengan situasi
	2. Mengendalikan perasaan.	2. Memperlihatkan kehati-hatian kepada orang yang belum dikenal (menumbuhkan kepercayaan pada orang dewasa yang tepat)
	3. Menunjukkan rasa percaya diri.	3. Mengenal perasaan sendiri dan mengelolanya secara wajar (mengendalikan diri secara wajar)
	4. Memahami peraturan dan disiplin.	
	5. Memiliki sikap gigih (tidak mudah menyerah)	
	6. Bangga terhadap hasil karya sendiri	
B. Rasa tanggung jawab untuk diri sendiri dan orang lain	1. Menjaga diri sendiri dari lingkungannya.	1. Tahu akan haknya
	2. Menghargai keunggulan orang lain	2. Mentaati aturan kelas (kegiatan, aturan)
	3. Mau berbagi, menolong dan membantu teman.	3. Mengatur diri sendiri. 4. Bertanggung jawab atas perilakunya untuk kebaikan diri sendiri.

Lanjutan Tabel 2 Tingkat Pencapaian Perkembangan Sosial Emosional Anak Umur 4-6 tahun²⁹

C. Perilaku Prososial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan antusiasme dalam melakukan permainan kompetitif secara positif 2. Menaati aturan yang berlaku dalam suatu permainan. 3. Menghargai orang lain. 4. Menunjukkan rasa empati 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bermain dengan teman sebaya. 2. Mengetahui perasaan temannya dan merespon secara wajar. 3. Berbagi dengan orang lain. 4. Menghargai hak/pendapat/karya orang lain. 5. Menggunakan cara yang diterima secara sosial dalam menyelesaikan masalah (menggunakan fikiran untuk menyelesaikan masalah) 6. Bersikap kooperatif dengan teman. 7. Menunjukkan sikap toleran. 8. Mengekspresikan emosi yang sesuai dengan kondisi yang ada 9. Mengenal tata krama dan sopan santun
--------------------------	---	---

4. Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

GPPH merupakan suatu gangguan yang ditandai oleh ketidakmampuan mempertahankan perhatian, mengatur tingkat aktivitas, dan mengontrol tingkah laku impulsive atau disfungsi kognitif (fungsi eksekutif) yang tidak sesuai dengan perkembangan usia anak. Secara umum gangguan ini disebabkan oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.¹⁰

5. *Strength Difficulties Questioner (SDQ)*

Strength Difficulties Questioner (SDQ) adalah sebuah instrumen skrining perilaku singkat, didesain untuk memberikan profil, emosi, dan hubungan sosial anak dan remaja (4-17 tahun).³⁰ SDQ memberikan banyak informasi dan berguna untuk memberikan gambaran singkat dari perilaku anak dan remaja yang berfokus pada kekuatan dan juga kesulitan mereka.³¹ Kuesioner singkat sangat berguna ketika digunakan dalam survei berskala besar dimana item sebaiknya terbatas untuk memastikan adanya respon yang dicari.³² Penilaian berdasarkan pada kuesioner yang jawabannya dilengkapi oleh anak, orang tua, guru.³³

SDQ terdiri dari 25 item yang menggambarkan atribut positif dan negatif dari anak dan remaja yang dialokasikan pada 5 subskala. Keempat skala termasuk ke dalam kelompok subskala kesulitan yaitu subskala *emotional symptoms*, subskala *conduct problem*, subskala *hyperactivity-inattention*, dan subskala *peer problem*, sedangkan subskala yang kelima termasuk dalam kelompok subskala kekuatan yaitu subskala *prosocial*. Masing-masing subskala SDQ terdiri dari 5 item. Masing-masing item diskor dalam kriteria 3 poin yaitu 0 = tidak benar, 1 = agak benar, 2 = sangat benar. Skor masing-masing subskala dapat dihitung dengan menjumlahkan skor dari masing-masing item yang relevan pada subskala tersebut. Ada penilaian terbalik pada kuesioner nomor 7, 11, 14, 21, 25. Skor tertinggi dari masing-masing subskala adalah 10 dan skor terendah adalah 0.³⁰

Kuesioner SDQ ini telah dialih bahasa dalam versi bahasa Indonesia. Uji validitas dan reabilitas telah dilakukan pada kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia oleh Oktaviana dan Wimbari tahun 2014 terutama laporan orang tua atau guru yang digunakan pada usia 4-16 tahun. Penelitian ini didapatkan hasil reabilitas dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach* dengan α 0,773 sedangkan hasil validasi dengan menggunakan *Receiver Operating Curve* (ROC) didapatkan sensitivitas 0,67% dan spesifisitas 0,68%. Uji sensitivitas dan spesifisitas kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia laporan orang tua terutama gangguan hiperaktivitas pada anak usia 7-14 tahun di Yogyakarta dengan hasil sensitivitas 72,4% dan spesifisitas 73,3%. Keunggulan SDQ dibanding CBCL adalah instrumen dapat diselesaikan dalam waktu singkat serta dapat digunakan untuk anak usia 3- 16 tahun, lebih baik mengenali masalah internalisasi, praktis untuk digunakan sebagai alat deteksi atau skrining gangguan perilaku pada anak di komunitas.^{20,30}

6. Asfiksia

a. Definisi

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bernapas yang terjadi secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir.³⁴

Asfiksia neonatorum merupakan suatu keadaan pada bayi baru lahir yang mengalami gagal napas secara spontan dan teratur segera setelah lahir yang mengalami gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam arang dari tubuhnya.³⁵

b. Patofisiologi

Asfiksia neonatus akan terjadi apabila saat lahir bayi mengalami gangguan pertukaran gas dan transport O₂ sehingga penderita kekurangan O₂ dan kesulitan pengeluaran CO₂. Pada keadaan ini biasanya bayi tidak dapat bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Pemantauan jangka panjang pada penderita asfiksia masih memperlihatkan kejadian kelainan neurologik dan gangguan kognitif yang tinggi. Kelainan sering terjadi adalah gangguan tingkah laku, retardasi mental, epilepsi, atau palse serebral.³⁶ Gangguan suplai darah teroksigenasi melalui vena umbilical dapat terjadi pada saat antepartum, intrapartum, dan pasca partum pada saat tali pusat dipotong. Apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernafasan akan berhenti, denyut jantung juga mulai menurun, sedangkan tonus neuromuskular berkurang secara berangsur-angsur dan bayi memasuki periode apnu yang dikenal sebagai apnu primer.

Kondisi pernafasan megap-megap dan tonus otot yang turun juga dapat terjadi obat-obat yang diberikan kepada ibunya. Biasanya perangsangan dan oksigen selama periode apnu primer dapat merangsang terjadi pernafasan spontan. Apabila asfiksia berlanjut, bayi akan menunjukkan pernafasan megap-megap yang dalam, denyut jantung menurun, tekanan darah bayi juga mulai menurun dan bayi terlihat lemas. Pernafasan semakin lama makin lemah sampai bayi memasuki periode apnu yang disebut apnu sekunder. Selama apnu sekunder ini, denyut jantung, tekanan darah dan kadar oksigen di dalam darah (PaO₂) terus menurun. Bayi sekarang tidak

bereaksi terhadap rangsangan dan tidak akan menunjukkan upaya pernafasan spontan. Urutan perkembangan apnu, termasuk apnu primer dan apnu sekunder dapat dimulai intrauterin dan berkelanjutan sesudah bayi dilahirkan.³⁴

Pada saat bayi dilahirkan, alveoli bayi diisi dengan cairan paru-paru janin. Cairan paru-paru janin harus dibersihkan terlebih dahulu apabila udara harus masuk ke dalam paru-paru bayi baru lahir. Dalam kondisi demikian, paru-paru memerlukan tekanan yang cukup besar untuk mengeluarkan cairan tersebut agar alveoli dapat berkembang untuk pertama kalinya. Untuk mengembangkan paru-paru, upaya pernafasan pertama memerlukan tekanan 2 sampai 3 kali lebih tinggi dari pada tekanan untuk pernafasan berikutnya agar berhasil. Menghadapi bayi yang tidak pernah mengambil nafas pertama dapat diasumsika bahwa pengembangan alveoli tidak terjadi dan paru-paru tetap berisi cairan.

Melakukan pernafasan buatan pada bayi seperti diperlukan tekanan tambahan untuk membuka alveoli dan mengeluarkan cairan paru-paru.³⁴ Setelah waktu singkat, lama asfiksia tidak dikaji dalam situasi klinis karena dilakukan tindakan resusitasi yang sesuai maka usaha napas otomatis dimulai. Hal ini hanya akan membantu dalam waktu singkat, kemudian jika paru-paru tidak mengembang maka secara bertahap terjadi penurunan kekuatan dan frekuensi pernafasan. Selanjutnya bayi akan memasuki periode apnea terminal kecuali jika dilakukan resusitasi yang tepat maka pemulihan dari keadaan terminal ini tidak akan terjadi.³⁷

Pada kelahiran, peredaran darah di paru-paru harus meningkat untuk memungkinkan proses oksigenasi yang cukup. Keadaan ini akan dicapai dengan terbukanya arterioli dan diisi darah yang sebelumnya dialirkan dari paru-paru melalui duktus arteriosus. Bayi dengan asfiksia, hipoksia, asidosis akan mempertahankan pola sirkulasi janin dengan menurunnya peredaran darah paru-paru. Pada awal asfiksia, darah lebih banyak dialirkan ke otak dan jantung. Hipoksia dan asidosis mengakibatkan fungsi miokardium menurun, curah jantung menurun, dan aliran darah ke alat-alat vital juga berkurang.³⁴

c. Penilaian Asfiksia

Tabel 3 Penilaian APGAR sebagai berikut³⁸

Klinis	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Warna kulit (Appearance)	Seluruh badan biru atau pucat	Warna kulit tubuh normal muda, tetapi tangan dan kaki kebiruan	Warna kulit tubuh, tangan, dan kaki normal merah muda, tidak ada sianosis.
Denyut jantung (Pulse)	Tidak ada	< 100 kali per menit.	≥100 kali per menit
Respon refleks (Grimace)	Tidak ada respon terhadap stimulasi.	Meringis atau menangis lemah ketika distimulasi.	Meringis atau bersin atau batuk saat stimulasi saluran napas.
Tonus otot (Activity)	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Pernapasan (Respiration)	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Merah seluruh tubuh, menangis kuat, pernapasan baik dan teratur.

Tabel 4 Interpretasi nilai APGAR skor sebagai berikut.³⁷

Jumlah skor	Interpretasi
7 – 10	Normal
4 – 6	Asfiksia sedang
0-3	Asfiksia berat

d. Etiologi Asfiksia

Hipoksia janin penyebab terjadinya asfiksia neonatorum adalah adanya gangguan pertukaran gas serta transport O₂ dari ibu ke janin sehingga persediaan O₂ menurun, mengakibatkan tingginya CO₂. Penyebab terjadinya asfiksia, antara lain^{34,37}

1) Faktor Intrauterin

a) Keadaan Ibu

Hipotensi (syok) dengan berbagai sebab, penyakit kardiovaskuler dan paru, anemia/ malnutrisi, keadaan asidosis/ dehidrasi, sindrom supin- hipotensi (posisi tidur), penyakit diabetes melitus.

b) Plasenta

Gangguan pembuluh darah plasenta, perdarahan pada plasenta previa, solusio plasenta, gangguan pertumbuhan plasenta.

c) Tali pusat

Kompresi tali pusat, simpul tali pusat, tali pusat terpuntir pada tempat jelli whartom yang lemah, lilitan tali pusat, prolaps/ tali pusat terkemuka.

d) Fetus

Infeksi intrauterine, gangguan pertumbuhan intrauterine, perdarahan pada janin, anemia.

2) Faktor Umum Kehamilan

Persalinan premature, persalinan presipitatus, persalinan lewat waktu.

3) Faktor Persalinan

Persalinan memanjang/ terlantar, persalihan dengan tindakan operatif, persalinan dengan induksi, persalinan dengan anastesi, ketuban pecah dini.

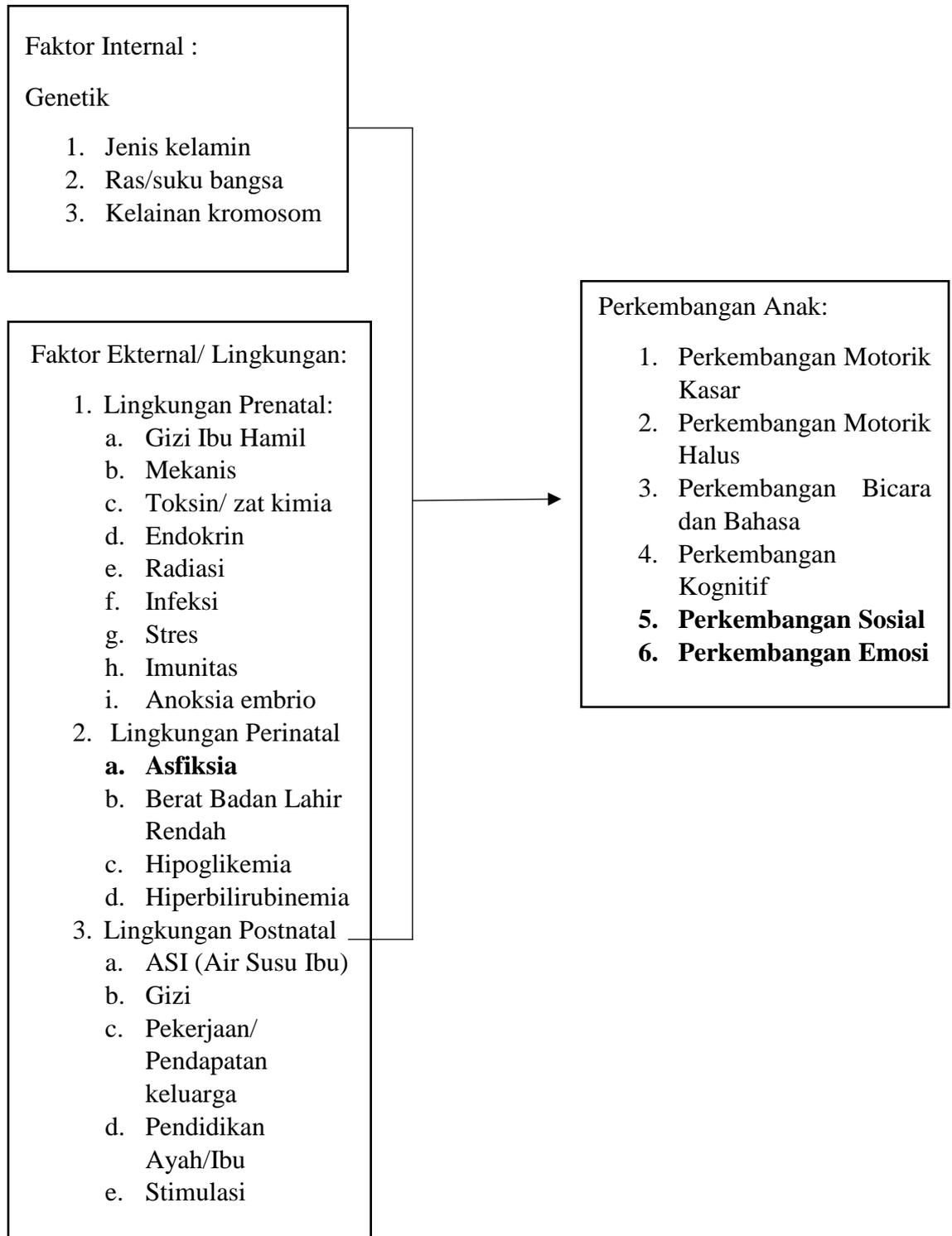
7. Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan

Asfiksia dapat menyebabkan suplai oksigen ke tubuh menjadi terhambat, jika terlalu lama membuat bayi menjadi koma, walaupun sadar dari koma bayi akan mengalami cacat otak. Asfiksia jika berlangsung terlalu lama dapat menimbulkan perdarahan otak, kerusakan otak dan kemudian keterlambatan tumbuh kembang. Asfiksia juga dapat menimbulkan cacat seumur hidup seperti buta, tuli, cacat otak dan kematian.³⁹ Kelainan sering terjadi adalah gangguan tingkah laku, retardasi mental, epilepsi, atau palsy serebral.³⁶ Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hiroyuki Kidokoro tahun 2014 asfiksia atau APGAR skor yang rendah dapat menyebabkan cedera otak. Cedera otak ini mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan kognitif tertunda.⁴⁰ Penelitian menyatakan bahwa gangguan perilaku sosial dari anak usia dini 4-6 tahun lebih berhubungan dengan karakteristik sosial ekonomi, kondisi perinatal yaitu APGAR skor 1 menit <7, APGAR skor 5 menit <7.¹⁷ Penelitian lain menyatakan bahwa ada

hubungan yang signifikan antara riwayat perinatal dengan perkembangan bayi 6-12 bulan ($p= 0,026$).¹¹

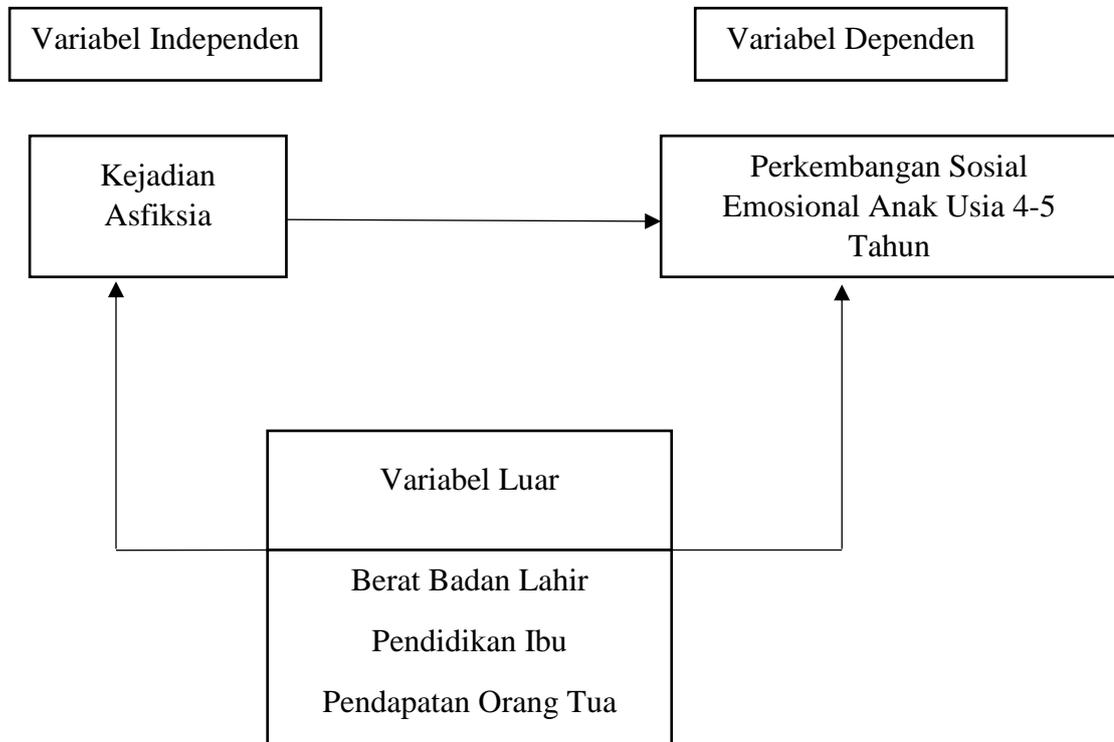
Komplikasi akibat asfiksia perinatal jangka pendek berupa disfungsi multiorgan yang dapat berlanjut kematian, serta komplikasi jangka panjang adalah kelainan neurologi dan keterlambatan perkembangan. Komplikasi ini dapat terjadi karena adanya gangguan pertukaran gas dan pengangkutan oksigen selama persalinan yang dapat memengaruhi fungsi sel organ-organ vital terutama otak yang dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang *irreversible*.¹⁵ Kombinasi penurunan suplai oksigen (hipoksia) dan suplai darah (iskemia) menghasilkan perubahan biokimia dalam tubuh yang menyebabkan peristiwa kematian sel syaraf dan kerusakan otak. Asfiksia menimbulkan banyak dampak negatif pada bayi antara lain meningkat kan kesakitan dan kematian bayi baru lahir, meningkatkan insiden kecacatan berat dan kematian syaraf.¹⁵

B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori Sumber Soetdjningsih dan Gunarsa^{10,23}

C. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

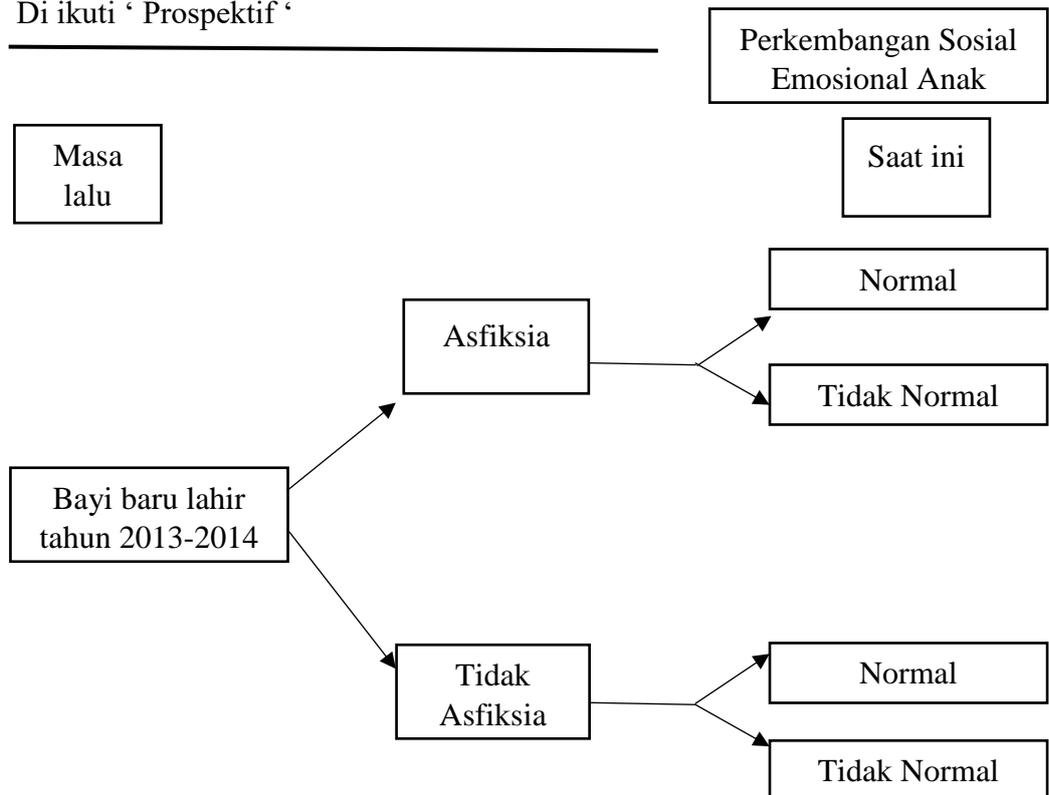
Ada hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018 dan berdasarkan dimensi masalah perilaku, hiperaktivitas, hubungan teman sebaya, gangguan emosional, perilaku prososial setelah mempertimbangkan variabel luar yaitu berat badan lahir, pendidikan ibu, pendapatan orang tua.

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kohort retrospektif. Pendekatan retrospektif yakni efek (perkembangan sosial emosional anak usia dini) diidentifikasi pada saat ini, kemudian faktor risiko (kejadian asfiksia) diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu lalu.⁴¹

Di ikuti ‘ Prospektif ‘



Gambar 3. Desain Penelitian Kohort Retrospektif

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan elemen atau subyek riset yang ingin diteliti.⁴² Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi baru lahir hidup di RSUD Wates tahun 2013-2014.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi.⁴³ Penelitian ini menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi dalam pemilihan sampel.

a. Kriteria inklusi

- 1) Domisili di Kulon Progo
- 2) Bersedia menjadi responden penelitian

b. Kriteria eksklusi

- 1) Memiliki kelainan kongenital
- 2) Memiliki ibu dengan gangguan mental
- 3) Anak tidak ditemukan.

3. Teknik Sampling

Sampling merupakan teknik pengambilan sampel. Pada penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *simple random sampling* pada kelompok *exposed* (terpapar). Pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu.⁴⁴ Langkah-langkah pengambilan sampel sebagai berikut.

- a. Dalam Ruang Perinatologi RSUD Wates terdapat daftar rekapan data bayi baru lahir tahun 2013-2014 dan daftar bayi asfiksia tahun 2013-2014.
- b. Sampling menggunakan cara sistem angka acak maka sampel terpapar dimulai dicari dengan terdapatnya daftar populasi bayi asfiksia tahun 2013-2014 di regiter bayi selanjutnya pengambilan di *random*. Sampel bayi baru lahir dengan riwayat asfiksia, setelah keluar 1 nomor, maka nomor pertama yang akan dijadikan sampel selanjutnya seperti itu sampai mendapat 48 sampel tanpa pengembalian.
- c. Sampel kelompok tidak terpapar diambil dari data bayi baru lahir hidup di RSUD Wates tahun 2013-2014 dengan menggunakan *matching* kelompok berdasarkan umur atau tanggal lahir yang mendekati kelompok terpapar sampai mendapat sampel sejumlah 48 sampel.

Perhitungan besar sampel menggunakan rumus besar untuk penelitian kohort sebagai berikut.⁴⁵

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{[2P(1-P)]} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha$

$Z = 1,64$ untuk derajat kepercayaan 90%

1,96 untuk derajat kepercayaan 95%

2,58 untuk derajat kepercayaan 99%

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji (*power*) $1-\beta$

$Z = 1,28$ untuk kekuatan uji 90%

1,64 untuk kekuatan uji 95%

2,33 untuk kekuatan uji 99%

P_1 = Proporsi yang terkena penyakit pada kelompok terpapar

P_2 = Proporsi yang terkena penyakit pada kelompok tidak terpapar

$P = RR \cdot P_2$

P adalah rata-rata subjek terpapar pada kelompok terpapar dan tidak terpapar dengan perhitungan sebagai berikut:

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

Berdasarkan rumus besar sampel diatas, maka diketahui

- Nilai RR dengan menggunakan data risiko relatif penyimpangan perkembangan pada asfiksia sebanyak 2 kali (nilai minimum) lebih sering dibandingkan dengan tidak asfiksia.
- Nilai P_2 diperoleh 34,10% sebagai perkiraan proporsi penyakit pada kelompok tidak terpapar.⁶
- Nilai P_1 diperoleh dari hasil

$$P_1 = RR \cdot P_2$$

$$P_1 = 2 \cdot 0,341 = 0,682$$

d. Nilai P dipeloreh dari hasil

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$P = \frac{0,682 + 0,341}{2}$$

$$= 0,5115$$

e. Nilai $Z_{1-\alpha/2}$ ditentukan sebesar 5 % (0,05) diperoleh nilai devariat baku alpha berdasarkan tabel distribusi z sebesar 1,96.

f. Nilai $Z_{1-\beta}$ ditentukan berdasarkan nilai Z pada kekuatan uji (*power*) $1-\beta$ 90 % diperoleh berdasarkan tabel distribusi z sebesar 1,28.

Sehingga

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{[2P(1-P)]} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{[2 \cdot 0,5115(1-0,5115)]} + 1,28 \sqrt{[0,682(1-0,682) + 0,341(1-0,341)]}\}^2}{(0,682 - 0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{[1,023(0,4885)]} + 1,28 \sqrt{[0,682(0,318) + 0,341(0,659)]}\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \sqrt{[0,4997]} + 1,28 \sqrt{[0,2169 + 0,2247]}\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \times 0,7069 + 1,28 \sqrt{0,4416}\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{1,96 \times 0,7069 + 1,64 \times 0,6645\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{1,3855 + 0,8506\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{\{2,2362\}^2}{(0,341)^2}$$

$$n = \frac{5,0006}{0,1163}$$

$$n = 42,99$$

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel dengan menggunakan rumus besar penelitian kohort diperoleh jumlah sampel penelitian 42,9 sehingga digenapkan menjadi 43 sampel kemudian $2n = 2 \cdot 43 = 86$ sampel. Penelitian ini akan menambah sampel sejumlah 10% untuk menghindari *drop out* sehingga sampel penelitian ini sejumlah 96.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kulon Progo

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April 2018 – Juli 2018.

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah suatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu.⁴⁴ Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu:

1. Variabel independen, yaitu variabel bebas atau yang memengaruhi, dalam penelitian ini adalah kejadian asfiksia.
2. Variabel dependen, yaitu variabel terikat atau yang dipengaruhi, dalam penelitian ini adalah perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun dan berdasarkan dimensi masalah perilaku, hiperaktivitas, hubungan teman sebaya, gangguan emosional, perilaku prososial
3. Variabel Luar

Variabel luar dalam penelitian ini adalah berat badan lahir, pendidikan ibu, pendapatan orang tua.

E. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional adalah batasan atau definisi variabel. Definisi operasional dalam penelitian ini sebagai berikut.

No	Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur
1.	Kejadian Asfiksia	Asfiksia adalah kegagalan napas secara spontan dan teratur yang tertera dalam rekam medis bayi berdasarkan nilai APGAR skor 1 menit.	1. Asfiksia (jika APGAR 1 menit Skor 0-6) 2. Tidak Asfiksia (jika APGAR 1 menit skor 7-10)	Register	Nominal

Lanjutan Tabel 5 Definisi Operasional Variabel

2.	Perkembangan sosial emosional anak	Status perkembangan anak usia 4-5 tahun yang berasal dari hasil pengukuran skor gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, gangguan dengan teman sebaya, dan perilaku prososial diisi oleh orang tua/wali menggunakan kuesioner SDQ sejumlah 25 soal dan telah dialihbahasakan Indonesia dan divalidasi.	1. Tidak normal (jika skor hasil total <i>difficulties</i> 14-40) 2. Normal (jika skor hasil total <i>difficulties</i> 0-13)	<i>Strength Difficulties Quesioner</i> (SDQ)	Nominal
3.	Berat badan lahir bayi	Berat badan lahir bayi dalam satuan gram yang tertera dalam buku register.	1. BBLR (jika berat bayi lahir <2500 gram) 2. Tidak BBLR (jika berat bayi lahir ≥2500 gram)	Register	Nominal
4.	Pendidikan Ibu	Pengakuan ibu tentang jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh ibu sampai mendapatkan ijazah terakhir.	1. Dasar (SD, SMP, Sederajat) 2. Tinggi (SMA, Perguruan Tinggi, Sederajat)	Kuisisioner	Nominal
5.	Pendapatan Orang Tua	Pengakuan ibu tentang pendapatan orang tua saat ini sesuai dengan Upah Minimum di Kabupaten Kulon Progo tahun 2018 sebesar Rp 1.493.250,00. ⁴⁶	1. Dibawah UMK (Pendapatan <Rp 1.493.250,00/bulan) 2. Diatas UMK (Pendapatan ≥Rp 1.493.250,00/bulan)	Kuisisioner	Nominal

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

- a. Data primer yaitu data yang langsung diperoleh peneliti dari responden atau sampel. Data primer dari penelitian ini diperoleh secara langsung melalui pengukuran perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun menggunakan SDQ dan kuisisioner responden yaitu ibu mengetahui pendidikan ibu, pendapatan orang tua.
- b. Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari berbagai sumber. Data sekunder dari penelitian ini digunakan data register untuk mengetahui APGAR skor dan berat badan lahir.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data.⁴² Proses pengumpulan data dalam penelitian ini sebagai berikut.

- a. Mengajukan surat studi pendahuluan di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta jurusan Kebidanan.
- b. Meminta izin penelitian ke Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Kulon Progo untuk melakukan penelitian di Kulon Progo
- c. Meminta izin ke RSUD Wates untuk melakukan penelitian.

- d. Peneliti memilih sampel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan.
- e. Menentukan sampel *exposed* (Asfiksia) dan *non exposed* (Tidak Asfiksia) dari data bayi baru lahir tahun 2013-2014 di RSUD Wates, Kulon Progo untuk mendapatkan data APGAR skor dan berat badan lahir.
- f. Peneliti bersama tim melatih pengisian atau pengukuran *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). Tim pada penelitian ini merupakan mahasiswa dengan jurusan kebidanan sama dengan peneliti.
- g. Peneliti dan tim sejumlah 6 mahasiswa membagi tugas menelusuri alamat responden.
- h. Melakukan wawancara singkat terkait identitas responden, pendidikan ibu, pendapatan orang tua yang kepada orang tua/wali sesuai dengan kriteria inklusi eksklusi.
- i. Mengukur perkembangan sosial emosional anak dengan kuisioner SDQ dengan cara menelusuri alamat anak sesuai rekam medis diisi oleh orang tua/wali (orang tua pengganti).
- j. Memasukkan data ke dalam *Microsoft Excel*.

G. Alat Ukur/ Instrumen Penelitian

Intrumen pada penelitian ini adalah

1. Register, digunakan untuk mengumpulkan data APGAR skor bayi lahir 1 menit pertama untuk menentukan kategori asfiksia dan tidak asfiksia serta berat badan lahir.
2. Lembar SDQ yang sudah divalidasi dan dialihbahasakan ke dalam bahasa indonesia dengan jumlah 25 soal yang dijawab oleh orang tua, digunakan untuk memperoleh data perkembangan sosial emosioanal anak yang dialokasikan pada 5 dimensi yaitu masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah hubungan teman sebaya, gejala emosional, dan prososial.

Tabel 6 Intepretasi penilaian SDQ

Laporan orang tua	Normal	Abnormal
Total <i>Difficulties score</i>	0-13	14-40
Masalah emosi	0-3	4-10
<i>Conduct problems</i>	0-2	3-10
Hiperaktivitas	0-5	6-10
Masalah hubungan teman sebaya	0-2	3-10
Skor perilaku pro sosial	6-10	0-5

Uji validitas dan reabilitas telah dilakukan pada kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia oleh Oktaviana dan Wimbarti tahun 2014 terutama laporan orang tua atau guru yang digunakan pada usia 4-16 tahun. Penelitian oleh Oktaviana dan Wimbarti didapatkan hasil reabilitas dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach* dengan α 0,773 sedangkan hasil validasi dengan menggunakan *Receiver Operating Curve* (ROC) didapatkan sensitivitas 0,67% dan spesifisitas 0,68%. Uji

sensivitas dan spesifisitas kuesioner SDQ versi bahasa Indonesia laporan orang tua terutama gangguan hiperaktivitas pada anak usia 7-14 tahun di Yogyakarta dengan hasil sensivitas 72,4% dan spesifisitas 73,3%.²⁰

3. Format pengumpulan data, digunakan untuk mengumpulkan seluruh data dari seluruh variabel penelitian.

H. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

Tahap ini dilaksanakan mulai minggu pertama November 2017 antara lain pengajuan judul, penelusuran pustaka, studi pendahuluan, penyusunan proposal, seminar proposal. Peneliti mengurus surat izin penelitian dan *etichal clearance*. Peneliti mengajukan *etichal clearance* di komisi etik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Selanjutnya peneliti memasukkan izin penelitian di Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Kulon Progo pada bulan Februari. Selanjutnya peneliti mengajukan izin penelitian di RSUD Wates pada bulan April.

2. Tahap pengumpulan data

Tahap ini dilakukan mulai Mei 2018 di RSUD Wates Kulon Progo. Pada tahap ini peneliti memulai melaksanakan penelitian di Kulon Progo. Pada tahap ini peneliti mengumpulkan data bayi baru lahir hidup di RSUD Wates tahun 2013-2014. Selanjutnya yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dipilih secara acak oleh peneliti untuk dijadikan responden. Peneliti membagi tugas dengan tim peneliti sejumlah 6

mahasiswa dan melatih pengisian/pengukuran kuisioner SDQ. Peneliti dan tim menelusuri responden untuk pengambilan data. Setelah data terkumpul peneliti dan tim memeriksa kembali kelengkapan pengisian angket penelitian dan koesioner. Selanjutnya akan dimasukkan ke dalam tabel menggunakan *Microsoft Excel* sebelum dianalisis.

3. Tahap penyusunan laporan

Tahap ini dilaksanakan selama bulan Juni-Juli 2018, meliputi analisis data statistik, pembahasan hasil, perumusan kesimpulan, presentasi hasil laporan serta melaporkan hasil penelitian pada pihak RSUD Wates, Kulon Progo.

I. Manajemen Data

1. Pengolahan Data

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan.⁴⁴ Angket yang diisi responden penelitian akan dilakukan *editing* atau penyuntingan sehingga bisa diketahui kelengkapan informasi yang diberikan. Apabila informasi yang diberikan belum lengkap, maka peneliti segera meminta responden untuk melengkapi.

b. *Coding*

Coding yaitu melakukan pemberian kode berdasarkan variabel yang diteliti untuk memudahkan pengolahan.⁴⁴ Kode bilangan yang digunakan pada penelitian ini sebagai berikut

- 1) Kejadian Asfiksia
 - 1 = Asfiksia
 - 2 = Tidak Asfiksia
- 2) Perkembangan Sosial Emosional Anak
 - 1 = Tidak Normal
 - 2 = Normal
- 3) Berat Bayi Lahir
 - 1 = BBLR
 - 2 = Tidak BBLR
- 4) Pendidikan Ibu
 - 1 = Dasar
 - 2 = Tinggi
- 5) Pendapatan Orang Tua
 - 1 = Di bawah UMK
 - 2 = Di atas UMK

c. *Data Entry*

Data *entry* merupakan kegiatan memasukkan informasi yang telah dicoding ke dalam program pengolahan data.⁴⁴ Penelitian ini menggunakan program komputer untuk mengolah data.

d. *Cleaning*

Setelah semua data dimasukkan maka selanjutnya peneliti akan memeriksa ulang kelengkapan dan ketepatan pengisian data.⁴⁴

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian.⁴⁴ Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentasi setiap variabel yang dipilih. Analisis univariat akan dilakukan pada setiap variabel yaitu asfiksia, perkembangan sosial emosional, berat badan lahir pendidikan ibu, pendapatan orang tua.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variable yang diduga berhubungan atau berkorelasi.⁴⁷ Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel independen (kejadian asfiksia) dengan variabel dependen (perkembangan sosial emosional anak). Sebelum dilakukan analisis dilakukan uji normalitas data.⁴⁷

Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini yaitu:

- 1) *Chi-square* adalah uji statistik yang digunakan untuk menyimpulkan adanya kemaknaan hubungan antara dua variabel nominal yaitu variabel asfiksia dengan variabel perkembangan sosial emosional.⁴⁷ Hubungan dinyatakan bermakna bila nilai $p < 0,05$ dengan menggunakan program komputer.

- 2) Menentukan nilai risiko relatif atau *retalive risk* (RR) yang menunjukkan kekuatan hubungan dua variabel yang diuji yaitu asfiksia dan perkembangan sosial emosional anak.

c. Analisis Multivariat

Analisis adalah metode statistik yang digunakan untuk analisis lebih dari satu variabel bebas. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah statistik regresi logistik yaitu analisis statistik yang digunakan untuk perhitungan lebih dari 2 variabel independen dengan variabel dependen. Perhitungan regresi logistik pada penelitian ini dibantu dengan komputerisasi. Penelitian ini menggunakan regresi logistik yaitu pada variabel bebas berskala nominal dan variabel terikat berskala nominal dikotom. Analisis stratifikasi ini dilakukan dengan tujuan untuk menyingkirkan variabel perancu. Variabel yang akan disertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$.⁴⁷

J. Etika Penelitian

Kelayakan etik suatu penelitian kesehatan ditandai dengan adanya surat rekomendasi persetujuan etik dari komisi etik penelitian kesehatan. Peneliti mendapat persetujuan etik atau *etical clearence* kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta No LB.01.01/KE-02/XVI/343/2018 penelitian ini layak untuk dilaksanakan

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan respon penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika responden bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan tetapi jika responden tidak bersedia peneliti harus menghormati hak pasien.⁴⁴

2. *Anomity* (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberi atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan di sajikan.⁴⁴ Penelitian ini menggunakan nama inisial, kode responden pada lembar kuisioner dan format pengumpul data.

3. *Confidentialy* (Kerahasiaaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil riset.⁴⁴

4. Penghargaan

Peneliti memberikan penghargaan kepada responden berupa dompet.

K. Kelemahan Penelitian

1. Penelitian ini dimulai dengan mengidentifikasi kelompok terpapar dan tidak terpapar melalui register kohort bayi (data sekunder) sehingga validitas data sangat tergantung pada validitas data di dalam register kohort bayi tersebut bukan peneliti sendiri.
2. Data apgar skor yang digunakan untuk analisis yaitu apgar skor 1 menit dikarenakan keterbasan register kohort ibu (data sekunder).
3. Kesulitan yang ditemui selama penelitian adalah menelusuri dari rumah ke rumah responden.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan wilayah Kulon Progo di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Wates. RSUD Wates terletak di Jalan Tentara Pelajar KM 1 No 5 Wates, Kulon Progo. RSUD Wates merupakan salah satu rumah sakit rujukan menangani kegawatdaruratan neonatal seperti bayi lahir dengan asfiksia, prematur, BBLR. Selanjutnya penelitian dilakukan secara *door to door* atau dari rumah ke rumah yaitu di 12 kecamatan yang ada di Kulon Progo. Pengambilan sampel dimulai dengan melihat daftar rekapan bayi lahir hidup di Ruang Perinatologi RSUD Wates tahun 2013-2014.

Penelitian dilaksanakan dari tanggal 14 Mei 2018 sampai dengan 31 Mei 2018. Responden sejumlah 96 bayi lahir hidup di RSUD Wates tahun 2013 – 2014 diambil sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan. Berdasarkan register bayi jumlah bayi lahir hidup di RSUD Wates tahun 2013-2014 sejumlah 468 dan bayi yang lahir dengan asfiksia sejumlah 48. Akan tetapi, yang dapat ditemukan sesuai kriteria pada saat dilapangan sejumlah 86 anak sudah sesuai dengan sampel minimal.

Kuisisioner yang digunakan untuk menilai perkembangan sosial emosional pada penelitian ini adalah *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). SDQ terdiri dari 25 item yang menggambarkan atribut positif dan negatif dari anak dan remaja yang dialokasikan pada 5 subskala. Keempat skala termasuk ke

dalam kelompok subskala kesulitan yaitu subskala *emotional syptoms*, subskala *conduct promblem*, subskala *hyperactivity-inattention*, dan subskala *peer promblem*, sedangkan subskala yang kelima termasuk dalam kelompok subskala kekuatan yaitu subsakala *prosocial*.

Dalam rangka menjawab penelitian dan mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan, peneliti telah melakukan pengumpulan data di wilayah Kulon Progo. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis sebagai berikut

1. Distribusi Frekuensi Variabel yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Emosional Anak

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Variabel yang Mempengaruhi Perkembangan Sosial Emosional Anak

Variabel	N	%
Status Perkembangan Sosial Emosional		
- Tidak Normal	10	11,6
- Normal	76	88,4
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	36	41,9
- Perempuan	50	58,1
Berat Lahir		
- BBLR	18	20,9
- Tidak BBLR	68	79,1
Pendidikan Ibu		
- Dasar	33	38,4
- Tinggi	53	61,6
Pendapatan Orang Tua		
- Dibawah UMK	61	70,9
- Diatas UMK	25	29,1

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa dari 86 subjek penelitian sebagian besar dengan status perkembangan normal sebanyak 76 sampel (88,4%). Pada penelitian ini sebagian besar subyek penelitian berjenis kelamin perempuan dengan 50 subyek penelitian (58,1%). Sebagian besar penelitian ini didominasi anak yang tidak mempunyai riwayat BBLR 68 (79,1%), sebagian besar tingkat pendidikan ibu dengan kategori tinggi

sejumlah 53 subyek penelitian (61,6%), dan pendapatan orang tua dibawah UMK (Upah Minimum Kabupaten Kulon Progo) yaitu 61 subyek penelitian (70,9%).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji *Chi Square* yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui hubungan dua variabel dalam penelitian bermakna atau tidak yaitu hubungan asfiksia dan variabel luar (riwayat BBLR, pendidikan ibu, pendapatan orang tua saat ini) dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun

a. Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun

Asfiksia dikategorikan berdasarkan nilai apgar skor 1 menit jika < 7 termasuk Ya. Apabila apgar skor 1 menit ≥ 7 termasuk tidak. Perkembangan Sosial Emosional dikategorikan dalam kategori normal dan tidak normal.

Tabel 8 Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun

Variabel	Perkembangan Sosial Emosional Anak				<i>p-value</i>	RR	CI 95%	
	Tidak Normal		Normal				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
	n	%	n	%				
Asfiksia								
- Ya	6	14	37	86	0,737	1,500	0,455	4,943
- Tidak	4	9,3	39	90,7				
Berat Lahir								
- BBLR	2	11,1	16	88,9	1,000	0,944	0,219	4,066
- Tidak BBLR	8	11,8	60	88,2				

Lanjutan Tabel 8 Hubungan antara Asfiksia dan Variabel Luar dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun

Pendidikan Ibu									
- Dasar	5	15,2	28	84,8					
					0,497	1,606	0,503	5,128	
- Tinggi	5	9,4	48	90,5					
Pendapatan Orang Tua									
- DibawahUMK	8	13,1	53	86,9					
- Diatas UMK	2	8	23	92	0,717	1,639	0,374	7,187	

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa presentase perkembangan sosial emosional normal lebih banyak dibanding dengan tidak normal. Presentase yang mengalami perkembangan sosial emosional tidak normal lebih banyak pada kelompok terpapar (asfiksia) yaitu sebesar 14% dibanding 9,3%. Presentase yang mengalami gangguan perkembangan sosial emosional lebih sedikit pada kelompok terpapar dibanding kelompok tidak terpapar (11,1% dibanding 88,9%). Pada kelompok terpapar presentase kategori asfiksia berat sebesar 5% dan asfiksia sedang sebesar 95%. Hasil uji *chi square* antara asfiksia dengan perkembangan social emosional diperoleh nilai *p-value* 0,737 dimana nilai *p-value* lebih besar dibanding dari 0,05 artinya asfiksia tidak ada hubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional anak. Hasil uji *chi square* yang diperoleh nilai *p-value* 1,000 dimana nilai *p-value* lebih besar dibanding dari 0,05 yang artinya riwayat BBLR tidak ada hubungan dengan gangguan perkembangan sosial emosional anak. Presentase kejadian perkembangan sosial emosional anak tidak normal dengan tingkat pendidikan ibu dasar lebih banyak yaitu 15,2%

dibanding dengan kelompok tingkat pendidikan ibu tinggi yaitu 9,4%. Responden anak usia 4-5 tahun yang mengalami perkembangan sosial emosional anak tidak normal pada kelompok pendapatan orang tua sekarang dibawah upah minimum Kabupaten Kulon Progo lebih banyak dibanding dengan pendapatan orang tua sekarang yang lebih besar diatas upah minimum Kabupaten Kulon Progo (13,1% dibanding 8%).

Anak dengan riwayat asfiksia memiliki risiko 1,50 kali mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang tidak mempunyai riwayat asfiksia (CI 95% 0,455-4,943). Anak yang memiliki ibu berpendidikan dasar berisiko 1,6 untuk mengalami gangguan perkembangan sosial emosional dibanding anak yang memiliki ibu berpendidikan tinggi (CI 95% 0,503-5,128).

b. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Masalah Perilaku

Tabel 9 Hubungan antara Asfiksia dengan Masalah Perilaku

Variabel	Masalah Perilaku (<i>Conduct Problem</i>)		Perilaku Normal		<i>p-value</i>	RR	CI 95%		
	Tidak Normal						<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
	n	%	n	%					
Asfiksia									
-Ya	13	30,2	30	69,8	1,000	1,083	0,559	2,098	
-Tidak	12	27,9	31	72,1					
Berat Lahir									
-BBLR	4	22,2	14	77,8	0,669	0,720	0,283	1,832	
-Tidak BBLR	21	30,9	47	69,1					
Pendidikan Ibu									
-Dasar	6	18,2	27	81,8	0,131	0,507	0,226	1,138	
-Tinggi	19	35,8	34	64,2					
Pendapatan Orang Tua									
-DibawahUMK	19	31	53	86,9	0,688	1,298	0,588	2,863	
-Diatas UMK	2	8	23	92					

Hasil uji *chi square* pada dimensi masalah perilaku diperoleh nilai *p-value* lebih dari 0,05 sehingga tidak ada variabel yang secara statistik berhubungan dengan masalah perilaku. Hasil analisis risiko relatif menunjukkan anak dengan riwayat asfiksia berisiko 1,08 kali mengalami masalah perilaku dibanding dengan anak yang tidak mempunyai riwayat asfiksia (CI 95% 0,559-2,098). Variabel yang memiliki nilai kerentanan tertinggi dengan masalah perilaku adalah pendapatan orang tua (RR 1,298 95% CI 0,588-2,863).

c. Hubungan Asfiksia dan variabel Luar dengan Hiperaktivitas

Tabel 10. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Hiperaktivitas

Variabel	Hiperaktivitas				<i>p-value</i>	RR	CI 95%		
	Tidak Normal		Normal				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
	n	%	n	%					
Asfiksia									
- Ya	23	53,5	20	46,5	0,015	2,091	1,170	3,738	
- Tidak	11	25,6	32	74,4					
Berat Lahir									
- BBLR	8	44,4	10	55,6	0,835	1,162	0,639	2,115	
- Tidak BBLR	26	38,2	42	61,8					
Pendidikan Ibu									
- Dasar	12	36,4	21	63,6	0,804	0,876	0,504	1,523	
- Tinggi	22	41,5	31	58,5					
Pendapatan Orang Tua									
- DibawahUMK	27	44,3	34	55,7	0,247	1,581	0,794	3,148	
- Diatas UMK	7	28	18	72					

Berdasarkan tabel 10, menunjukkan bahwa asfiksia memiliki hubungan bermakna dengan dimensi hiperaktivitas. Hal ini didasarkan pada hasil analisis dengan uji *chi square* yang diperoleh *p-value* 0,015 dimana nilai *p* lebih kecil dari 0,05. Anak yang memiliki riwayat asfiksia

berisiko 2,09 kali mengalami hiperaktivitas dibanding anak yang tidak memiliki riwayat asfiksia (95% CI 1,170-3,738). Hasil analisis variabel luar dengan uji *chi square* bahwa tidak ada variabel luar yang secara statistik berhubungan dengan hiperaktivitas karena diperoleh *p-value* lebih dari 0,05.

d. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Hubungan Teman Sebaya

Tabel 11. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Hubungan teman sebaya (Masalah Sosialisasi)

Variabel	Hubungan Sebaya		Teman Normal		<i>p- value</i>	RR	CI 95%	
	Tidak Normal						<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
	n	%	N	%				
Asfiksia								
- Ya	11	25,6	32	74,4	0,279	1,833	0,745	4,511
- Tidak	6	14,0	37	86				
Berat Lahir								
- BBLR	4	22,2	14	77,8	0,747	1,162	0,431	3,138
- Tidak BBLR	13	19,1	55	80,9				
Pendidikan Ibu								
- Dasar	5	15,2	28	84,8	0,569	0,669	0,259	1,728
- Tinggi	12	22,6	41	77,4				
Pendapatan Orang Tua								
- DibawahUMK	12	19,7	49	80,3	1,000	0,984	0,387	2,502
- Diatas UMK	5	20	20	80				

Berdasarkan tabel tersebut, hasil analisis menunjukkan bahwa asfiksia dan variabel luar tidak ada hubungan secara statistik dengan gangguan hubungan teman sebaya atau sosialisasi dikarenakan diperoleh *p-value* lebih dari 0,05.

e. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Gejala Emosional

Tabel 12. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Gejala Emosional

Variabel	Gejala Emosional				<i>p-value</i>	RR	CI 95%		
	Tidak Normal		Normal				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
	n	%	n	%					
Asfiksia									
- Ya	3	7	40	93	1,000	0,750	0,178	3,153	
- Tidak	4	9,3	39	90,7					
Berat Lahir									
- BBLR	1	5,6	17	94,4	1,000	0,630	0,081	4,902	
- Tidak BBLR	6	8,8	62	91,2					
Pendidikan Ibu									
- Dasar	4	12,1	29	87,9	0,421	2,141	0,511	8,970	
- Tinggi	3	5,7	50	94,3					
Pendapatan Orang Tua									
- Dibawah UMK	5	8,2	56	91,8	1,000	1,025	0,213	4,937	
- Diatas UMK	2	8	23	92					

Berdasarkan tabel diatas, hasil analisis menunjukkan bahwa asfiksia dan variabel luar tidak ada hubungan secara statistik dengan gangguan gejala emosional dikarenakan diperoleh *p-value* lebih dari 0,05.

f. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Pro sosial

Tabel 13. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Pro Sosial

Variabel	Pro sosial				<i>p-value</i>	RR	CI 95%		
	Tidak Normal		Normal				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>	
	n	%	n	%					
Asfiksia									
- Ya	6	14	37	86	0,483	2,000	0,534	7,487	
- Tidak	3	7	40	93					
Berat Lahir									
- BBLR	3	16,7	15	83,3	0,388	1,889	0,523	6,827	
- Tidak BBLR	6	8,8	62	91,2					

Lanjutan Tabel 13. Hubungan Asfiksia dan Variabel Luar dengan Pro Sosial

Pendidikan Ibu									
- Dasar	2	6,1	31	93,9	0,472	0,459	0,101	2,078	
- Tinggi	7	13,2	46	86,8					
Pendapatan Orang Tua									
- Dibawah UMK	8	13,1	53	86,9					
- Diatas UMK	1	4	24	96	0,274	3,279	0,432	24,867	

Berdasarkan tabel diatas, hasil analisis menunjukkan bahwa asfiksia dan variabel luar tidak ada hubungan secara statistik dengan gangguan prososial dikarenakan diperoleh *p-value* lebih dari 0,05.

3. Analisa Multivariat

Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat memiliki nilai $p < 0,25$.

a. Hubungan Asfiksia dengan item Hiperaktivitas Anak Setelah Dikontrol Variabel Luar

Tabel 14 Hubungan Asfiksia dengan Item Hiperaktif setelah dikontrol variabel luar

	B	<i>p-value</i>	RR	95% CI	
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Asfiksia	1,208	0,009	3,345	1.346	8,312

Hasil analisis multivariat pada dimensi hiperaktivitas menunjukkan bahwa asfiksia berhubungan dengan hiperaktivitas (*p-value* 0,018) dan variabel luar pendapatan orang tua tidak ada hubungan signifikan dengan hiperaktivitas sehingga variabel pendapatan orang tua harus dikeluarkan. Hasil regresi logistik selanjutnya menunjukkan asfiksia berhubungan signifikan dengan hiperaktivitas setelah dikontrol variabel

luar dengan diperoleh *p-value* 0,009. Anak dengan riwayat asfiksia memiliki risiko 3,345 kali (95%CI 1,346- 8,312) mengalami gangguan hiperaktivitas dibanding dengan anak yang tidak memiliki riwayat asfiksia.

Persamaan yang didapatkan dari hasil analisis multivariat diatas sebagai berikut:

$$y = - 1,068 + 1,208 (\text{asfiksia})$$

Nilai variabel bebas dapat dilihat pada Categorical Variable Coding. Asfiksia bernilai 1 jika “ya” dan bernilai 0 jika “tidak”. Aplikasi dari persamaan yang diperoleh adalah untuk memprediksi probabilitas seorang anak dengan riwayat asfiksia untuk mengalami gangguan hiperaktivitas dengan menggunakan rumus:

$$p = 1 / (1 + e^{-y})$$

$$y = - 1,068 + 1,208 (1)$$

$$= 0,14$$

$$p = 1 / (1 + 2,7^{-0,14})$$

$$= 1 / 1 + 0,87$$

$$= 1 / 1,87$$

$$= 0,53$$

Dengan demikian, probabilitas anak dengan riwayat asfiksia untuk menderita gangguan hiperaktivitas adalah 53%.

B. Pembahasan

Penelitian ini meneliti mengenai faktor- faktor yang memengaruhi perkembangan sosial emosional yaitu asfiksia, berat badan lahir rendah, tingkat pendidikan ibu, pendapatan orang tua dengan total responden berjumlah 86 responden. Berdasarkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden dengan riwayat tidak BBLR, tingkat pendidikan tinggi, dan pendapatan orang tua dibawah upah minimum Kabupaten Kulon Progo. Presentase perkembangan sosial emosional pada kelompok terpapar dan tidak terpapar sebagian besar normal. Perkembangan sosial emosional tidak normal lebih banyak terjadi pada anak yang mempunyai riwayat asfiksia, pendapatan orang tua dibawah upah minimum Kabupaten Kulon Progo.

Penelitian ini juga meneliti hubungan variabel dengan lima dimensi yaitu masalah perilaku, hiperaktivitas, hubungan teman sebaya (sosialisasi), gejala emosional, dan prososial dari perkembangan sosial emosional anak. Masing-masing dimensi perkembangan sosial emosional dijabarkan dalam 5 item pernyataan. Dimensi masalah perilaku diuraikan menjadi 5 item pernyataan, yaitu sering sulit mengendalikan kemarahan; umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh orang dewasa; sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka; sering berbohong atau berbuat curang; mencuri dari rumah, sekolah, atau tempat lain. Dimensi hiperaktivitas, diuraikan juga dalam 5 item pernyataan, yaitu gelisah, anak tidak dapat diam untuk waktu lama; terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat; mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi; sebelum melakukan

sesuatu berpikir dahulu akibatnya; memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai. Item pernyataan pada dimensi hubungan dengan teman sebaya antara lain cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri; mempunyai satu atau lebih teman baik; pada umumnya disukai anak-anak lain; diganggu, dipertainkan, diintimidasi atau diancam anak-anak lain; lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada anak-anak lain; lebih mudah berteman dengan orang dewasa dari pada anak-anak lain. Item pernyataan dimensi gejala emosional menggambarkan anak dalam mengekspresikan emosi yaitu sering mengeluh sakit kepala, sakit perut, atau sakit-sakit yang lain; banyak kekhawatiran atau tampak khawatir; sering merasa tidak bahagia, sedih, menangis; gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuh pada situasi baru; mudah kehilangan percaya diri; banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut. Item pernyataan dimensi prososial yaitu dapat memperdulikan perasaan orang lain; kalau mempunyai mainan, kesenangan atau pensil, anal bersedia berbagi dengan anak-anak lain; suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit, bersikap baik terhadap anak yang lebih muda; sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orangtua, guru, anak-anak lain). Setiap responden akan mengisi jawaban pernyataan sesuai perilaku anak selama enam bulan terakhir dengan pilihan jawaban tidak benar, agak benar, benar.

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan asfiksia dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018. Asfiksia merupakan kegagalan bernapas spontan yang terjadi secara spontan

dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir dengan skor penilaian APGAR skor kurang dari 7 pada 1 menit pertama.³⁴ Asfiksia merupakan faktor yang memengaruhi perkembangan sosial emosional anak karena terjadinya gangguan pertukaran gas dan pengangkutan oksigen selama persalinan yang dapat memengaruhi fungsi sel organ-organ vital termasuk otak yang dapat menyebabkan kematian atau kecacatan, kelainan neurologi dan keterlambatan perkembangan.¹⁵ Kelainan sering terjadi juga adalah gangguan tingkah laku, retardasi mental, epilepsi atau palsy serbral.³⁶

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan sosial emosional lebih banyak terjadi pada kelompok yang mempunyai riwayat asfiksia, pendapatan orang tua di bawah upah minimum Kabupaten Kulon Progo. Akan tetapi, kelompok terpapar (asfiksia) dan pendapatan orang tua memiliki peluang besar untuk memiliki perkembangan sosial emosional yang normal. Hal ini ditunjukkan dengan presentase pada perkembangan sosial emosional dan lima dimensi perkembangan sosial emosional kategori normal lebih besar dibanding presentase perkembangan sosial emosional kategori tidak normal kecuali kelompok terpapar (asfiksia) dengan hiperaktivitas. Penelitian Boskababi, Hassan, *et al* tahun 2015 yang dilakukan pada anak yang mempunyai riwayat asfiksia menunjukkan bahwa asfiksia berat lebih signifikan mempengaruhi terjadinya keterlambatan perkembangan ($p= 0,000$).¹⁸ Penelitian Yuni, Kusmiyati tahun 2016 menunjukkan bahwa asfiksia tidak mempunyai hubungan bermakna dengan perkembangan fungsi emosi pada anak umur 2-4 tahun.⁴⁸

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik asfiksia tidak berhubungan dengan perkembangan sosial emosional anak ($p= 0,737$). Besar risiko anak dengan riwayat asfiksia untuk mengalami gangguan sosial emosional 1,5 kali dibanding anak yang lahir tidak mempunyai riwayat asfiksia (95% CI 0,455-4,943). Hal ini sesuai dengan penelitian Yuni, Kusmiyati tahun 2016 dilakukan pada anak prematur bahwa tidak ada hubungan bermakna pada fungsi emosi. Pada penelitian ini kemungkinan menunjukkan asfiksia tidak ada hubungan dengan perkembangan sosial emosional anak karena presentase kategori asfiksia sedang lebih besar dibanding dengan asfiksia berat. Hal ini sesuai dengan penelitian Hassan, *et al* tahun 2015 yang dilakukan pada anak yang mempunyai riwayat asfiksia menunjukkan bahwa asfiksia berat lebih signifikan mempengaruhi terjadinya keterlambatan perkembangan ($p= 0,000$). Selain itu, penelitian ini faktor yang memengaruhi perkembangan yaitu faktor genetik dan lingkungan. Penelitian ini tidak semua faktor di analisis dan dikontrol sehingga peneliti membiarkan faktor-faktor lainnya dan hanya analisis dan mengontrol variabel sejumlah 4 item sehingga kemungkinan hasil penelitian tidak ada hubungan statistik dengan perkembangan sosial emosional dikarenakan hal tersebut.

Analisis multivariat yang dilakukan pada variabel asfiksia dengan lima dimensi pada perkembangan sosial emosional menunjukkan bahwa asfiksia bermakna dengan hiperaktivitas setelah mempertimbangkan variabel luar berat badan lahir rendah, pendidikan ibu, pendapatan orang tua dengan besar risiko 3,3 kali dibanding anak yang tidak mempunyai riwayat asfiksia (p -value 0,009

95% CI 1,346-8,312). Hal ini juga sejalan dengan penelitian Natalie, Grizenko,*et al* tahun 2016 menyatakan bahwa apgar skor rendah pada 1 menit berhubungan dengan kenaikan yang signifikan dengan tingkat keparahan gejala ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) atau gejala gangguan hiperaktivitas (*p-value* 0,02).⁴⁹ Hasil penelitian ini juga diperkuat dengan penelitian Susanne tahun 2017 yang menyatakan bahwa anak-anak dengan apgar skor antara 0-3 memiliki risiko dua kali lipat untuk mengalami ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) atau gangguan hiperaktivitas (HR 2,18 95% CI 1,69-2,79) dibandingkan dengan anak yang mempunyai riwayat apgar skor 7-10.⁵⁰ Selain itu, anak yang memiliki riwayat apgar skor 4-6 berhubungan dengan peningkatan risiko yang signifikan dengan ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) atau gejala gangguan hiperaktivitas dan memiliki risiko 1,37 kali untuk mengalami ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) atau gejala gangguan hiperaktivitas (HR 1,37 95% CI 1,16-1,62).⁵⁰ Salah satu yang menyebabkan terjadinya gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktivitas yaitu faktor lingkungan seperti kekurangan oksigen.¹⁰

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa asfiksia tidak menunjukkan hubungan dengan dimensi dari perkembangan sosial emosional yaitu masalah perilaku (*p-value* 1,000 RR 1,083 95%CI 0,559-2,098). Asfiksia juga tidak berhubungan signifikan dengan dimensi hubungan teman sebaya atau sosialisasi teman sebaya (*p-value* 0,279 RR 1,62 95%CI 0,431-3,138), gejala emosional (*p-value* 1,000 RR 0,75 95%CI 0,178-3,153), dan gangguan pro

sosial (*p-value* 0,483 RR 2 95%CI 0,534-07,486). Penelitian oleh Sachdeva tahun 2010 menunjukkan bahwa asfiksia tidak mempunyai hubungan bermakna terhadap keterlambatan perkembangan bayi dan balita.⁵¹ Penelitian *randomized control trial* pada beberapa tempat termasuk di India, membuktikan bahwa udara ruangan dengan oksigen 100% untuk resusitasi pada bayi aterm dengan asfiksia tidak menyebabkan gangguan perkembangan syaraf umur dua tahun.⁵²

Penelitian Melchior,*et al* tahun 2014 menunjukkan bahwa anak dengan berat badan lahir rendah tidak mempunyai hubungan bermakna dengan perkembangan sosial emosional anak usia 5 tahun ($p=0,97$ OR 1,09 95%CI 0,52-2,28).⁵³ Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa BBLR tidak ada hubungan signifikan dengan perkembangan sosial emosional (*p-value* 1,000 RR 0,944 CI 95% 0,219-4,066). Penelitian Patrick *and* Franck tahun 2015 menyatakan bahwa anak prematur dengan berat badan lahir rendah antara 1500-2500g tidak terpengaruh dalam pengembangan biologi. Namun, untuk anak-anak dengan riwayat berat badan lahir lebih rendah dari 1500 g, perkembangan lebih rendah.⁵⁴ Pada penelitian ini, bahwa berat badan bayi lahir paling rendah pada responden penelitian ini adalah 1560 g sehingga penelitian ini sejalan dengan penelitian diatas.

Hasil analisis penelitian ini dengan 5 dimensi pada perkembangan sosial emosional anak menunjukkan bahwa BBLR tidak ada hubungan antara masalah perilaku (*p-value* 0,669 RR 0,720 95%CI 0,283-1,832), hiperaktivitas (*p-value* 0,835 RR 1,162 95%CI 0,639-2,115), gangguan hubungan teman sebaya atau sosialisasi teman sebaya (*p-value* 0,747 RR 1,162 95%CI 0,431-3,138), gejala

emosional (p -value 1,000 RR 0,630 95%CI 0,081- 4,902), dan gangguan pro sosial (p -value 0,388 RR 1,889 95%CI 0,523-6,827). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Carla tahun 2012 menunjukkan bahwa berat badan lahir rendah tidak menunjukkan hubungan secara statistik dengan gangguan hiperaktivitas anak (p -value 0,7).⁵⁵ Penelitian Nurul, Komariah tahun 2015 tidak sejalan dengan penelitian ini karena menunjukkan bahwa anak yang mempunyai berat badan lahir rendah pada usia 3-6 tahun memiliki hubungan dengan kompetensi sosial yang rendah dan memiliki risiko 1,436 kali lebih tinggi mengalami kompetensi sosial yang rendah dibandingkan anak yang berat badan lahir normal di usia yang sama (p -value 0,019 RR 1,436; 95% CI 1,372-13,507).²⁴

Hasil penelitian ini bahwa tingkat pendidikan ibu tidak ada hubungan signifikan dengan perkembangan sosial emosional (p -value 0,497 RR 1,606 CI 95% 0,503-5,128). Hasil analisis penelitian ini dengan 5 dimensi pada perkembangan sosial emosional anak menunjukkan bahwa tingkat pendidikan ibu tidak ada hubungan antara masalah perilaku (p -value 0,131 RR 0,507 95%CI 0,226-1,138), hiperaktivitas (p -value 0,804 RR 0,876 95%CI 0,504-1,523), gangguan hubungan teman sebaya atau sosialisasi teman sebaya (p -value 0,569 RR 0,669 95%CI 0,259-1,728), gejala emosional (p -value 0,421 RR 2,141 95%CI 0,511-8,970), dan gangguan pro sosial (p -value 0,472 RR 0,459 95%CI 0,101-2,078). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Marie, *et al* tahun 2010 bahwa tingkat pendidikan ibu tidak memprediksi pada

hasil kuisioner DISC DAN CSBQ sehingga tingkat pendidikan ibu tidak berhubungan secara signifikan dengan perilaku dan masalah sosial anak.⁵⁶

Hasil penelitian ini bahwa pendapatan orang tua tidak ada hubungan signifikan dengan perkembangan sosial emosional (*p-value* 0,717 RR 1,639 CI 95% 0,374-7,187). Hasil analisis penelitian ini dengan 5 dimensi pada perkembangan sosial emosional anak menunjukkan bahwa pendapatan orang tua tidak ada hubungan antara masalah perilaku (*p-value* 0,688 RR 1,298 95%CI 0,588-2,863), hiperaktivitas (*p-value* 0,247 RR 1,581 95%CI 0,794-3,148), gangguan hubungan teman sebaya atau sosialisasi teman sebaya (*p-value* 1,000 RR 0,984 95%CI 0,384-2,502), gejala emosional (*p-value* 1,000 RR 1,025 95%CI 0,213-4,937), dan gangguan pro sosial (*p-value* 0,274 RR 3,279 95%CI 0,432-24,867). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Metwally, *et al* tahun 2016 menunjukkan bahwa faktor sosial seperti pendapatan orang tua ayah tidak menunjukkan risiko yang signifikan secara statistik untuk memiliki gangguan perkembangan sosial emosional anak atau tidak menunjukkan hubungan signifikan untuk memiliki rata-rata skor komposit sosial emosional rendah ($p=0,23$).⁵⁷ Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Arpi dan Ferrari tahun 2013 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara gangguan psikososial dengan tingkat pendapatan.⁵⁸

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Kulon Progo, dapat disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik anak usia 4-5 tahun yang lahir di RSUD Wates yaitu sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, tidak mempunyai riwayat BBLR, memiliki ibu berpendidikan tinggi, dan pendapatan orang tua di bawah UMK (Upah Minimum di Kabupaten Kulon Progo).
2. Asfiksia tidak mempunyai hubungan signifikan dengan perkembangan sosial emosional anak usia 4-5 tahun di Kulon Progo tahun 2018.
3. Berdasarkan lima dimensi perkembangan sosial emosional menunjukkan asfiksia hanya berhubungan signifikan dengan hiperaktivitas setelah mempertimbangkan variabel berat badan lahir rendah, pendidikan ibu, pendapatan orang tua.
4. Anak yang mempunyai riwayat asfiksia berisiko 3,345 kali untuk mengalami gangguan hiperaktivitas dibanding anak yang tidak mempunyai riwayat asfiksia.

B. Saran

1. Bagi Klinisi Kesehatan Ibu dan Anak

Melalui hasil penelitian ini, bagi klinisi kesehatan ibu dan anak disarankan agar dapat melakukan deteksi dini dan pencegahan kelahiran dengan asfiksia serta promosi kesehatan mengenai perkembangan sosial emosional anak.

2. Bagi Orang Tua

Disarankan bagi orang tua lebih siap dalam menyiapkan pada saat prenatal dan antenatal untuk pencegahan kejadian asfiksia dan dapat mengoptimalkan stimulasi dalam perkembangan sosial emosional.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Disarankan bagi peneliti selanjutnya agar meneliti lebih lanjut tentang perkembangan sosial emosional anak dengan menggunakan data primer serta penilaian asfiksia dari apgar skor 5 menit sehingga dapat meminimalisir bias.

DAFTAR PUSTAKA

1. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol. Med.* **28**, 551–558 (1998).
2. Varni, J. W., Limbers, C. A. & Burwinkle, T. M. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: A comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual. Life Outcomes* **5**, (2007).
3. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. (2006).
4. Cooper, J. L., Masi, R. & Vick, J. Social-emotional Development in Early Childhood What Every Policymaker Should Know. *Young Child.* **16** (2009).
5. AAP. The Social Emotional Development of Young Children. *Am. Acad. Pediatr.* (2005).
6. Pahl, Kristine M, P. M. B. Preventing Anxiety and Promoting Social and Emotional in Preschool Children. *Ment. Heal. Promot.* **3**, 14–25 (2010).
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. *Lap. Nas. 2007* 1–384 (2008). doi:1 Desember 2013
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Lap. Nas. 2013* 1–384 (2013). doi:1 Desember 2013
9. 8 Eni Maryuni Hubungan Berat Badan Lahir Rendah dengan Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 Tahun) di Puskesmas Dlingo, Bantul Skripsi.
10. Soetjningsih. *Tumbuh Kembang Anak*. (EGC, 2016).
11. Indriani, Ninis, Yeni Rustina, N. A. Perkembangan Bayi Usia 6-12 Bulan dengan Riwayat Asfiksia Perinatal. *J. Keperawatan Indones.* **18**, 132–128 (2015).
12. Riset Kesehatan Dasar. Riset Kesehatan Dasar. 1–384 (2010). doi:1 Desember 2013
13. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencanaan Nasional, Departemen Kesehatan & Macro International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012. *Sdki* **16** (2013). doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01580.x
14. Dinas Kesehatan DI Yogyakarta. Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta 2013. ... *Heal. Care* **8**, 719–727 (2013).
15. Morales, P. *et al.* Pathophysiology of perinatal asphyxia: Can we predict and improve individual outcomes? *EPMA J.* **2**, 211–230 (2011).
16. Nurmalitasari, F. Perkembangan Sosial Emosi pada Anak Usia Prasekolah. *Bul. Psikol.* **23**, 103 (2015).
17. Santos, I. S., Barros, F. C., Munhoz, T. & Matijasevich, A. Gestational age at birth and behavioral problems from four to 11 years of age: Birth cohort study. *BMC Pediatr.* **17**, 1–10 (2017).

18. Boskabadi, H., Ashrafzadeh, F., Doosti, H. & Zakerihamidi, M. Assessment of risk factors and prognosis in asphyxiated infants. *Iran. J. Pediatr.* **25**, (2015).
19. Haggerty, K. Social-emotional learning assessment measures for middle school youth. (2011).
20. Oktaviana, M. & Wimbari, S. Validasi Klinik Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku. *J. Psikol.* **41**, 101–114 (2014).
21. Resegue, R., Puccini, R. F. & Silva, E. M. K. Da. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *Sao Paulo Med. J.* **126**, 4–10 (2008).
22. Santrock, J. W. Life-span development : perkembangan masa hidup. (2012).
23. Gunarsa. *Perkembangan Anak dan Remaja*. (Gunung Mulia, 2008).
24. Komariah, N. Social Competence of 3 to 5 year old children born with low birth weight. *Pediatr. Indones.* **55**, 158–163 (2015).
25. Luh Ayu, Tirtayani, D. Perkembangan Sosial Emosional Pada Anak Usia Dini. (2014).
26. Adela, M., Mihaela, S., Elena-Adriana, T. & Monica, F. Evaluation of a program for developing socio-emotional competencies in preschool children. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* **30**, 2161–2164 (2011).
27. Salem, Haneefa T., P. J. S. Parental Pregnancy Wantedness and Child Social-Emotional Development. *J Matern Child Heal.* **18**, 930–938 (2014).
28. Parhomenko, K. Diagnostic Methods of Socio – Emotional Competence in Children. *Procedia - Soc. Behav. Sci.* **146**, 329–333 (2014).
29. MoEC. Permendikbud No. 137 Tahun 2014 tentang Standar Nasional PAUD [National Education and Culture Ministerial Decree No. 137 Year 2014 on ECE National Standards]. (2014).
30. AMHOCN. Australian mental health outcomes and classification network strengths and difficulties questionnaire training manual. (2005).
31. Black, S., Pulford, J., Christie, G. & Wheeler, A. Differences in New Zealand secondary school students' reported Strengths and Difficulties. *NZ. J. Psychol.* **39**, 19–23 (2010).
32. Ullebø, A. K., Posserud, M. B., Heiervang, E., Gillberg, C. & Obel, C. Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **20**, 451–458 (2011).
33. Ghobrial, E. E., Fahmey, S. S., Ahmed, M. E. & Botrous, O. E. Kidney diseases Behavioral Changes in Egyptian Children With Nephrotic Syndrome. **7**, 108–116 (2013).
34. Prawirohardjo, S. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. (Yayasan Bina Pustaka, 2009).
35. Dewi, L. *Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*. (Salemba Medika, 2011).
36. Purba, S. *Ilmu Kesehatan Anak*. (Balai Penerbit FKUI, 1999).
37. Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. (EGC, 2013).
38. Muslihatun, W. N. *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. (Fitramaya, 2011).

39. Safrian. *Dampak Asfiksia pada Bayi Baru Lahir*. (Yayasan Bina Pustaka, 2013).
40. Kidokoro, H. *et al.* Brain Injury and Altered Brain Growth in Preterm Infants: Predictors and Prognosis. *Pediatrics* **134**, e444–e453 (2014).
41. Sastroasmoro, S. S. I. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. (Sagung Seto, 2014).
42. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. (Alfabeta, 2016).
43. Setiawan A dan Saryono. *Metodologi Penelitian Kebidanan*. (Nuha Medika, 2010).
44. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. (Rineka Cipta, 2012).
45. Lwanga, S. & Lemeshow, S. Sample size determination in health studies: A practical manual, 1991. *World Heal. Organ. Geneva* 88 (1991). doi:10.2307/2290547
46. Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta. *Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta*. (2018).
47. Dahlan, S. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. (Salemba Medika, 2014).
48. Kusmiyati, Y. Pengaruh Asfiksia terhadap Kualitas Hidup Anak Usia 2-4 Tahun ; Studi Kohort Retrospektif Bayi Prematur Periode 2011-2013 di Yogyakarta. (Universitas Indonesia, 2016).
49. Grizenko, N., Frép, C. & Eberle, M. L. Apgar Scores Are Associated with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Symptom Severity. (2016). doi:10.1177/0706743716635544
50. Mikkelsen, S. H. TITLE Birth asphyxia measured by the pH value of the umbilical cord may predict an increased risk of attention deficit hyperactivity disorder SHORT TITLE. (2017). doi:10.1111/ijlh.12426
51. Arumsari, D. R. *et al.* KETERLAMBATAN PERKEMBANGAN GLOBAL PADA RISK FACTORS ASSOCIATED WITH GLOBAL DEVELOPMENT DELAY IN TODDLERS Dita Rahmaika Arumsari , Muhammad Faizi mengantarkan anak menjadi manusia dewasa dengan fungsi yang optimal . Setiap Global Developmental Delay (GDD) atau Keterlambatan Perkembangan Global (KPG), merupakan suatu keadaan ditemukannya keterlambatan yang Di Poli Tumbuh Kembang Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya , pada bulan Januari 2013 sampai Maret 2013 , gangguan yang paling banyak ditemukan adalah (KPG) yaitu sebesar 39 , 1 % . Tujuan peneneltian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan global pada METODE Penelitian ini dilakukan di Poli Tumbuh Kembang Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya . Penelitian dilakukan pada tanggal 21-28 Mei 2013 . Penelitian. 28–40 (2013).
52. Sachdeva, S., Amir, A. & Alam, S. Global Developmental Delay and Its Determinants Among Urban Infants and Toddlers : A Cross Sectional Study. 975–980 (2010). doi:10.1007/s12098-010-0151-9
53. Saurel-cubizolles, M., Chollet, A. & Gale, C. Maternal tobacco smoking in pregnancy and children ' s socio-emotional development at age 5 : The

- EDEN mother-child birth cohort study. (2015).
doi:10.1016/j.eurpsy.2015.03.005
54. Mcgrath, P. J. & Elgar, F. J. *Effects of Socio-Economic Status on Behavioral Problems Behavioral Problems , Effects of Socio-Economic Status on. International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences* (Elsevier, 2015). doi:10.1016/B978-0-08-097086-8.23052-3
 55. Ketzer, C. R., Gallois, C., Martinez, A. L., Rohde, L. A. & Schmitz, M. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. **34**, 321–328 (2012).
 56. Jongmans, M. J. Behavioral Outcome in Children with a History of Neonatal Encephalopathy following Perinatal Asphyxia. **35**, 286–295 (2018).
 57. Metwally, A. M., Din, E. M. S. E.-, Shehata, M. A. & Shaalan, A. Early Life Predictors of Socio-Emotional Development in a Sample of Egyptian Infants. 1–17 (2016). doi:10.1371/journal.pone.0158086
 58. Arpi, E. Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children : a review of the recent literature. (2013).
doi:10.1111/dmcn.12142

Lampiran 2

ANGGARAN PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bahan dan Alat	Biaya
1.	Penyusunan Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 200.000,00
2.	Seminar Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 150.000,00
3.	Revisi Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 50.000,00
4.	Perizinan dan Persiapan Penelitian	Izin Penelitian dan Bahan Data Rekam Medis	Rp 196.000,00
5.	Pelaksanaan Penelitian	Transportasi dan Akomodasi (Souvenir)	Rp 450.000,00
6.	Laporan Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 100.000,00
7.	Sidang Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 100.000,00
8.	Revisi Laporan Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 50.000,00
9.	Tim Peneliti	Transport	Rp 200.000,00
10.	Biaya Tak Terduga		Rp 100.000,00
Jumlah			Rp. 1.596.000,00

Lampiran 3

INFORMED CONSENT**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Septiana dengan judul Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018.

Nama :

Alamat :

No. Telepon/HP :

adalah Orang Tua/ Wali dari:

Nama Anak :

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-Laki/ Perempuan

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Kulon Progo,.....

Saksi

Yang memberikan persetujuan

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Ketua Pelaksana Penelitian

(Septiana)

Lampiran 3

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**(PSP)**

1. Saya adalah Septiana mahasiswa berasal dari program studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kegagalan nafas spontan bayi baru lahir dengan perkembangan sosial emosional usia 4-5 tahun.
3. Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa bagi orang tua yaitu mendapatkan hasil pemeriksaan perkembangan sosial emosional.
4. Penelitian ini akan berlangsung dalam kurang lebih 20 menit dan saya akan memberikan kompensasi kepada Anda berupa dompet kecil. Sampel yang terlibat yaitu 96 anak usia 4-5 tahun yang diambil secara acak.
5. Prosedur pengambilan bahan penelitian/data apabila Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, Saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan/ *inform consent* menjadi responden. Selanjutnya Anda diminta mengisi kuisisioner tentang perkembangan sosial emosional anak.
6. Pada penelitian ini responden tidak ada risiko atau efek samping yang ditimbulkan, tidak perlu khawatir karena peneliti akan menjaga privasi, kerahasiaan responden dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Lampiran 2

ANGGARAN PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bahan dan Alat	Biaya
1.	Penyusunan Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 200.000,00
2.	Seminar Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 150.000,00
3.	Revisi Proposal Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 50.000,00
4.	Perizinan dan Persiapan Penelitian	Izin Penelitian dan Bahan Data Rekam Medis	Rp 196.000,00
5.	Pelaksanaan Penelitian	Transportasi dan Akomodasi (Souvenir)	Rp 450.000,00
6.	Laporan Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 100.000,00
7.	Sidang Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 100.000,00
8.	Revisi Laporan Skripsi	Pengentikan dan Penjilidan	Rp 50.000,00
9.	Tim Peneliti	Transport	Rp 200.000,00
10.	Biaya Tak Terduga		Rp 100.000,00
Jumlah			Rp. 1.596.000,00

Lampiran 3

INFORMED CONSENT**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan mengenai penelitian yang dilakukan dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Septiana dengan judul Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018.

Nama :

Alamat :

No. Telepon/HP :

adalah Orang Tua/ Wali dari:

Nama Anak :

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-Laki/ Perempuan

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Kulon Progo,.....

Saksi

Yang memberikan persetujuan

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Ketua Pelaksana Penelitian

(Septiana)

Lampiran 3

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**(PSP)**

7. Saya adalah Septiana mahasiswa berasal dari program studi Sarjana Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun.
8. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kegagalan nafas spontan bayi baru lahir dengan perkembangan sosial emosional usia 4-5 tahun.
9. Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa bagi orang tua yaitu mendapatkan hasil pemeriksaan perkembangan sosial emosional.
10. Penelitian ini akan berlangsung dalam kurang lebih 20 menit dan saya akan memberikan kompensasi kepada Anda berupa dompet kecil. Sampel yang terlibat yaitu 96 anak usia 4-5 tahun yang diambil secara acak.
11. Prosedur pengambilan bahan penelitian/data apabila Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, Saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan/ *inform consent* menjadi responden. Selanjutnya Anda diminta mengisi kuisisioner tentang perkembangan sosial emosional anak.
12. Pada penelitian ini responden tidak ada risiko atau efek samping yang ditimbulkan, tidak perlu khawatir karena peneliti akan menjaga privasi, kerahasiaan responden dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

13. Keuntungan yang Anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah mengetahui status perkembangan sosial emosional anak, faktor yang memengaruhi perkembangan sosial emosional anak.
14. Seandainya Anda tidak menyetujui cara ini maka Anda dapat memilih cara lain yaitu menolak wawancara dan tes perkembangan sosial emosional anak. Partisipasi Anda bersifat sukarela, tidak ada paksaan, dan Anda bisa sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini.
15. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan. Bila ada hal-hal yang belum jelas, anda dapat menghubungi Septiana dengan nomor telepon 085700143494 / 085643614094 yang beralamat di RT 46/ RW 21 Mendiro, Gulurejo, Lendah, Kulon Progo.

PENELITI

SEPTIANA

Lampiran 4

Kode Responden	
----------------	--

ANGKET PENELITIAN

**HUBUNGAN ASFIKZIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL
EMOSIONAL ANAK USIA 4 TAHUN DI KULON PROGO 2018**

Beri tanda centang pada kotak jawaban yang menurut Ibu/Bapak paling sesuai.

- a. Nama Orangtua :
- b. Alamat :
- c. Pendidikan Ibu : Dasar (SD,SMP) Tinggi (SMA, Perguruan Tinggi)
- d. Pendapatan Orang Tua perbulan :
- | | |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | < Rp 1.493.250,00 |
| <input type="checkbox"/> | ≥ Rp 1.493.250,00 |
- e. Nama Anak :
- f. Jenis Kelamin : Laki laki Perempuan
- g. Tanggal Lahir Anak : Umur :
- h. Berat Badan Lahir Anak : BBLR (< 2500 gram) Tidak BBLR (≥ 2500 gram)

Petunjuk Pengisian Angket

Pada lembar selanjutnya, terdapat 25 butir pertanyaan yang berkaitan dengan kondisi anak. Masing – masing pertanyaan terdapat 3 jawaban yaitu Tidak Benar, Agak benar, dan Benar. Beri tanda centang pada kotak jawaban yang menurut Ibu/Bapak paling sesuai.

KUESIONER KEKUATAN DAN KESULITAN PADA ANAK

Untuk setiap pernyataan, beri tanda (√) pada kotak tidak benar, agak benar atau benar. Akan sangat membantu kami apabila anda mau menjawab semua pertanyaan sebaik mungkin meskipun anda tidak yakin benar. Berikan jawaban anda menurut perilaku anak selama enam bulan terakhir atau selama tahun ajaran ini.

Nama anak : laki-laki/perempuan

Tgl pengisian :

Tanggal lahir (umur) :

Tanda tangan:

	Kode *	Tidak benar	Agak benar	Benar
1. Dapat memperdulikan perasaan orang lain	Pr 1			
2. Gelisah, anak tidak dapat diam untuk waktu lama	H 1			
3. Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit sakit lainnya	E 1			
4. Kalau anak mempunyai mainan, kesenangan atau pensil, anak bersedia berbagi dengan anak-anak lain	Pr 2			
5. Anak sering sulit mengendalikan kemarahan	C 1			
6. Cenderung menyendiri lebih suka bermain dengan seorang diri	P 1			
7. Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa	C 2*			
8. Banyak kekhawatiran atau sering tampak khawatir	E 2			
9. Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	Pr 3			
10. Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat	H 2			
11. Mempunyai satu atau lebih teman baik	P 2*			
12. Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka	C 3			
13. Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	E 3			
14. Pada umumnya disukai oleh ana-anak lain	P 3*			
15. Mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi	H 3			
16. Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudah kehilangan rasa percaya diri	E 4			
17. Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda	Pr 4			
18. Sering berbohong atau berbuat curang	C 4			
19. Diganggu, dipermainkan, diintimidasi atau diancam oleh anak-anak lain	P 4			
20. Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orangtua, guru, anak-anak lain)	Pr 5			
21. Sebelum melakukan sesuatu ia berpikir dahulu tentang akibatnya	H 4*			
22. Mencuri dari rumah, sekolah, atau tempat lain	C 5			
23. Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain	P 5			
24. Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut	E 5			
25. Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai	H 5*			

Lampiran 6

A. Hasil Analisis Univariat**Frequencies****Statistics**

ASFIKSIA

N	Valid	86
	Missing	0

ASFIKSIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	YA	43	50.0	50.0	50.0
	TIDAK	43	50.0	50.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Statistics

BBLR

N	Valid	86
	Missing	0

BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	18	20.9	20.9	20.9
	TIDAK BBLR	68	79.1	79.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Statistics

JENISKELAMIN

N	Valid	86
	Missing	0

JENISKELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	36	41.9	41.9	41.9
	P	50	58.1	58.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Statistics

PENDIBU

N	Valid	86
	Missing	0

PENDIBU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DASAR	33	38.4	38.4	38.4
	TINGGI	53	61.6	61.6	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Statistics

PENDAOR

N	Valid	86
	Missing	0

PENDAOR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DIBAWAH UMK	61	70.9	70.9	70.9
	DIATAS UMK	25	29.1	29.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Statistics

SKORTOT

N	Valid	86
	Missing	0

SKORTOT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ABNORMAL	10	11.6	11.6	11.6
	NORMAL	76	88.4	88.4	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ASFIKSI	SKORCOUN DUCT	SKORHIPER	SKORPEER	SKOREMOBI ONAL	SKORPRO	SKORTOT	PENDIBU	PENDAOR	BELL
N		86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
Normal Parameters ^a	Mean	1.50	1.71	1.60	1.80	1.92	1.90	1.88	1.62	1.29	1.79
	Std. Deviation	.503	.457	.492	.401	.275	.308	.322	.489	.457	.409
Most Extreme Differences	Absolute	.340	.447	.394	.491	.535	.528	.525	.400	.447	.486
	Positive	.340	.262	.286	.311	.384	.367	.359	.280	.447	.305
	Negative	-.340	-.447	-.394	-.491	-.535	-.528	-.525	-.400	-.262	-.486
Kolmogorov-Smirnov Z		3.152	4.146	3.653	4.558	4.961	4.900	4.864	3.709	4.146	4.509
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

B. Hasil Analisis Bivariat Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ASFIKSI * SKORTOT	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

ASFIKSI * SKORTOT Crosstabulation

			SKORTOT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSI	YA	Count	6	37	43
		% within ASFIKSI	14.0%	86.0%	100.0%
	TIDAK	Count	4	39	43
		% within ASFIKSI	9.3%	90.7%	100.0%
Total		Count	10	76	86
		% within ASFIKSI	11.6%	88.4%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.453 ^a	1	.501	.738	.369	
Continuity Correction ^b	.113	1	.737			
Likelihood Ratio	.455	1	.500	.738	.369	
Fisher's Exact Test				.738	.369	
Linear-by-Linear Association	.447 ^c	1	.504	.738	.369	.212
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .669.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	1.581	.413	6.055
For cohort SKORTOT = ABNORMAL	1.500	.455	4.943
For cohort SKORTOT = NORMAL	.949	.813	1.106
N of Valid Cases	86		

BLL * SKORTOT Crosstabulation

			SKORTOT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BLL	BBLR	Count	2	16	18
		% within BLL	11.1%	88.9%	100.0%
TIDAK	BBLR	Count	8	60	68
		% within BLL	11.8%	88.2%	100.0%
Total		Count	10	76	86
		% within BLL	11.6%	88.4%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.006 ^a	1	.939	1.000	.652	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.006	1	.938	1.000	.652	
Fisher's Exact Test				1.000	.652	
Linear-by-Linear Association	.006 ^c	1	.939	1.000	.652	.319
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.09.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.076.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BBLR (BBLR / TIDAK BBLR)	.938	.181	4.856
For cohort SKORTOT = ABNORMAL	.944	.219	4.066
For cohort SKORTOT = NORMAL	1.007	.837	1.212
N of Valid Cases	86		

PENDIBU * SKORTOT Crosstabulation

			SKORTOT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	5	28	33
		% within PENDIBU	15.2%	84.8%	100.0%
	TINGGI	Count	5	48	53
		% within PENDIBU	9.4%	90.6%	100.0%
Total		Count	10	76	86
		% within PENDIBU	11.6%	88.4%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.647 ^a	1	.421	.497	.318	
Continuity Correction ^b	.210	1	.647			
Likelihood Ratio	.632	1	.427	.497	.318	
Fisher's Exact Test				.497	.318	
Linear-by-Linear Association	.639 ^c	1	.424	.497	.318	.192
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.84.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .800.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	1.714	.456	6.445
For cohort SKORTOT = ABNORMAL	1.606	.503	5.128
For cohort SKORTOT = NORMAL	.937	.792	1.109
N of Valid Cases	86		

PENDAOR * SKORTOT Crosstabulation

			SKORTOT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	8	53	61
		% within PENDAOR	13.1%	86.9%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	2	23	25
		% within PENDAOR	8.0%	92.0%	100.0%
Total		Count	10	76	86
		% within PENDAOR	11.6%	88.4%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.451 ^a	1	.502	.717	.397	
Continuity Correction ^b	.091	1	.763			
Likelihood Ratio	.481	1	.488	.717	.397	
Fisher's Exact Test				.717	.397	
Linear-by-Linear Association	.446 ^c	1	.504	.717	.397	.249
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.91.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .668.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	1.736	.342	8.815
For cohort SKORTOT = ABNORMAL	1.639	.374	7.187
For cohort SKORTOT = NORMAL	.944	.812	1.099
N of Valid Cases	86		

Crosstab

			SKORCOUNDUCT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSIA	YA	Count	13	30	43
		% within ASFIKSIA	30.2%	69.8%	100.0%
TIDAK		Count	12	31	43
		% within ASFIKSIA	27.9%	72.1%	100.0%
Total		Count	25	61	86
		% within ASFIKSIA	29.1%	70.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.056 ^a	1	.812	1.000	.500	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.056	1	.812	1.000	.500	
Fisher's Exact Test				1.000	.500	
Linear-by-Linear Association	.056 ^c	1	.813	1.000	.500	.182
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .236.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	1.119	.441	2.841
For cohort SKORCOUNDUCT = ABNORMAL	1.083	.559	2.098
For cohort SKORCOUNDUCT = NORMAL	.968	.738	1.269
N of Valid Cases	86		

BLL * SKORCOUNDUCT Crosstabulation

			SKORCOUNDUCT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BLL	BBLR	Count	4	14	18
		% within BLL	22.2%	77.8%	100.0%
	TIDAK BBLR	Count	21	47	68
		% within BLL	30.9%	69.1%	100.0%
Total		Count	25	61	86
		% within BLL	29.1%	70.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.518 ^a	1	.472	.569	.343	
Continuity Correction ^b	.183	1	.669			
Likelihood Ratio	.539	1	.463	.569	.343	
Fisher's Exact Test				.569	.343	
Linear-by-Linear Association	.512 ^c	1	.474	.569	.343	.187
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is -.715.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BBLL (BBLR / TIDAK BBLR)	.639	.188	2.176
For cohort SKORCONDUCT = ABNORMAL	.720	.283	1.832
For cohort SKORCONDUCT = NORMAL	1.125	.839	1.509
N of Valid Cases	86		

Crosstab

			SKORCOUNDUCT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	6	27	33
		% within PENDIBU	18.2%	81.8%	100.0%
	TINGGI	Count	19	34	53
		% within PENDIBU	35.8%	64.2%	100.0%
Total		Count	25	61	86
		% within PENDIBU	29.1%	70.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3.079 ^a	1	.079	.093	.064	
Continuity Correction ^b	2.281	1	.131			
Likelihood Ratio	3.214	1	.073	.093	.064	
Fisher's Exact Test				.093	.064	
Linear-by-Linear Association	3.043 ^c	1	.081	.093	.064	.043
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.59.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is -1.744.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	.398	.139	1.134
For cohort SKORCOUNDUCT = ABNORMAL	.507	.226	1.138
For cohort SKORCOUNDUCT = NORMAL	1.275	.986	1.650
N of Valid Cases	86		

Crosstab

			SKORCOUNDUCT		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	19	42	61
		% within PENDAOR	31.1%	68.9%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	6	19	25
		% within PENDAOR	24.0%	76.0%	100.0%
Total		Count	25	61	86
		% within PENDAOR	29.1%	70.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.439 ^a	1	.507	.606	.349	
Continuity Correction ^b	.161	1	.688			
Likelihood Ratio	.450	1	.502	.606	.349	
Fisher's Exact Test				.606	.349	
Linear-by-Linear Association	.434 ^c	1	.510	.606	.349	.171
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.27.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is .659.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	1.433	.493	4.159
For cohort SKORCOUNDUCT = ABNORMAL	1.298	.588	2.863
For cohort SKORCOUNDUCT = NORMAL	.906	.686	1.196
N of Valid Cases	86		

Crosstab

			SKORHIPER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSIA	YA	Count	23	20	43
		% within ASFIKSIA	53.5%	46.5%	100.0%
	TIDAK	Count	11	32	43
		% within ASFIKSIA	25.6%	74.4%	100.0%
Total		Count	34	52	86
		% within ASFIKSIA	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7.005 ^a	1	.008	.015	.007	
Continuity Correction ^b	5.886	1	.015			
Likelihood Ratio	7.122	1	.008	.015	.007	
Fisher's Exact Test				.015	.007	
Linear-by-Linear Association	6.923 ^c	1	.009	.015	.007	.005
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.00.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is 2.631.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	3.345	1.346	8.312
For cohort SKORHIPER = ABNORMAL	2.091	1.170	3.738
For cohort SKORHIPER = NORMAL	.625	.434	.901
N of Valid Cases	86		

BLL * SKORHIPER Crosstabulation

			SKORHIPER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BLL	BLLR	Count	8	10	18
		% within BLL	44.4%	55.6%	100.0%
	TIDAK BLLR	Count	26	42	68
		% within BLL	38.2%	61.8%	100.0%
Total		Count	34	52	86
		% within BLL	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.230 ^a	1	.632	.787	.414	
Continuity Correction ^b	.043	1	.835			
Likelihood Ratio	.227	1	.633	.787	.414	
Fisher's Exact Test				.787	.414	
Linear-by-Linear Association	.227 ^c	1	.634	.787	.414	.188
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.12.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is .476.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BLL (BLLR / TIDAK BLLR)	1.292	.452	3.695
For cohort SKORHIPER = ABNORMAL	1.162	.639	2.115
For cohort SKORHIPER = NORMAL	.899	.571	1.416
N of Valid Cases	86		

PENDIBU * SKORHIPER Crosstabulation

			SKORHIPER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	12	21	33
		% within PENDIBU	36.4%	63.6%	100.0%
	TINGGI	Count	22	31	53
		% within PENDIBU	41.5%	58.5%	100.0%
Total		Count	34	52	86
		% within PENDIBU	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.225 ^a	1	.635	.658	.404	
Continuity Correction ^b	.061	1	.804			
Likelihood Ratio	.226	1	.634	.658	.404	
Fisher's Exact Test				.658	.404	
Linear-by-Linear Association	.223 ^c	1	.637	.658	.404	.161
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.05.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is -.472.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	.805	.329	1.971
For cohort SKORHIPER = ABNORMAL	.876	.504	1.523
For cohort SKORHIPER = NORMAL	1.088	.772	1.534
N of Valid Cases	86		

PENDAOR * SKORHIPER Crosstabulation

			SKORHIPER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	27	34	61
		% within PENDAOR	44.3%	55.7%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	7	18	25
		% within PENDAOR	28.0%	72.0%	100.0%
Total		Count	34	52	86
		% within PENDAOR	39.5%	60.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.962 ^a	1	.161	.225	.123	
Continuity Correction ^b	1.340	1	.247			
Likelihood Ratio	2.019	1	.155	.225	.123	
Fisher's Exact Test				.225	.123	
Linear-by-Linear Association	1.939 ^c	1	.164	.225	.123	.075
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.88.

b. Computed only for a 2x2

c. The standardized statistic is 1.392.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	2.042	.745	5.599
For cohort SKORHIPER = ABNORMAL	1.581	.794	3.148
For cohort SKORHIPER = NORMAL	.774	.556	1.078
N of Valid Cases	86		

ASFIKSIA * SKORPEER Crosstabulation

			SKORPEER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSIA	YA	Count	11	32	43
		% within ASFIKSIA	25.6%	74.4%	100.0%
	TIDAK	Count	6	37	43
		% within ASFIKSIA	14.0%	86.0%	100.0%
Total		Count	17	69	86
		% within ASFIKSIA	19.8%	80.2%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.833 ^a	1	.176	.279	.139	
Continuity Correction ^b	1.173	1	.279			
Likelihood Ratio	1.855	1	.173	.279	.139	
Fisher's Exact Test				.279	.139	
Linear-by-Linear Association	1.812 ^c	1	.178	.279	.139	.088
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.346.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	2.120	.705	6.378
For cohort SKORPEER = ABNORMAL	1.833	.745	4.511
For cohort SKORPEER = NORMAL	.865	.699	1.070
N of Valid Cases	86		

BLL * SKORPEER Crosstabulation

			SKORPEER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BLL	BLLR	Count	4	14	18
		% within BLL	22.2%	77.8%	100.0%
	TIDAK BLLR	Count	13	55	68
		% within BLL	19.1%	80.9%	100.0%
Total		Count	17	69	86
		% within BLL	19.8%	80.2%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.086 ^a	1	.769	1.000	.499	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.085	1	.771	1.000	.499	
Fisher's Exact Test				.747	.499	
Linear-by-Linear Association	.085 ^c	1	.770	1.000	.499	.241
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.56.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .292.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BLL (BLLR / TIDAK BLLR)	1.209	.341	4.283
For cohort SKORPEER = ABNORMAL	1.162	.431	3.138
For cohort SKORPEER = NORMAL	.962	.732	1.263
N of Valid Cases	86		

PENDIBU * SKORPEER Crosstabulation

			SKORPEER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	5	28	33
		% within PENDIBU	15.2%	84.8%	100.0%
	TINGGI	Count	12	41	53
		% within PENDIBU	22.6%	77.4%	100.0%
Total		Count	17	69	86
		% within PENDIBU	19.8%	80.2%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.719 ^a	1	.396	.424	.288	
Continuity Correction ^b	.325	1	.569			
Likelihood Ratio	.740	1	.390	.424	.288	
Fisher's Exact Test				.579	.288	
Linear-by-Linear Association	.711 ^c	1	.399	.424	.288	.159
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.52.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.843.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	.610	.193	1.924
For cohort SKORPEER = ABNORMAL	.669	.259	1.728
For cohort SKORPEER = NORMAL	1.097	.894	1.346
N of Valid Cases	86		

PENDAOR * SKORPEER Crosstabulation

			SKORPEER		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	12	49	61
		% within PENDAOR	19.7%	80.3%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	5	20	25
		% within PENDAOR	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	17	69	86
		% within PENDAOR	19.8%	80.2%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.972	1.000	.594	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.001	1	.972	1.000	.594	
Fisher's Exact Test				1.000	.594	
Linear-by-Linear Association	.001 ^c	1	.973	1.000	.594	.233
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.94.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.034.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	.980	.305	3.143
For cohort SKORPEER = ABNORMAL	.984	.387	2.502
For cohort SKORPEER = NORMAL	1.004	.796	1.266
N of Valid Cases	86		

ASFIKSIA * SKOREMOSIONAL Crosstabulation

			SKOREMOSIONAL		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSIA	YA	Count	3	40	43
		% within ASFIKSIA	7.0%	93.0%	100.0%
	TIDAK	Count	4	39	43
		% within ASFIKSIA	9.3%	90.7%	100.0%
Total		Count	7	79	86
		% within ASFIKSIA	8.1%	91.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.156 ^a	1	.693	1.000	.500	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.156	1	.693	1.000	.500	
Fisher's Exact Test				1.000	.500	
Linear-by-Linear Association	.154 ^c	1	.695	1.000	.500	.283
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.392.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	.731	.154	3.482
For cohort SKOREMOSIONAL = ABNORMAL	.750	.178	3.153
For cohort SKOREMOSIONAL = NORMAL	1.026	.904	1.163
N of Valid Cases	86		

BBLL * SKOREMOSIONAL Crosstabulation

			SKOREMOSIONAL		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BBLL	BBLR	Count	1	17	18
		% within BBLL	5.6%	94.4%	100.0%
	TIDAK BBLR	Count	6	62	68
		% within BBLL	8.8%	91.2%	100.0%
Total		Count	7	79	86
		% within BBLL	8.1%	91.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.203 ^a	1	.652	1.000	.547	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.221	1	.638	1.000	.547	
Fisher's Exact Test				1.000	.547	
Linear-by-Linear Association	.201 ^c	1	.654	1.000	.547	.367
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -.448.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BBLL (BBLR / TIDAK BBLR)	.608	.068	5.398
For cohort SKOREMOSIONAL = ABNORMAL	.630	.081	4.902
For cohort SKOREMOSIONAL = NORMAL	1.036	.906	1.185
N of Valid Cases	86		

PENDIBU * SKOREMOSIONAL Crosstabulation

			SKOREMOSIONAL		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	4	29	33
		% within PENDIBU	12.1%	87.9%	100.0%
	TINGGI	Count	3	50	53
		% within PENDIBU	5.7%	94.3%	100.0%
Total		Count	7	79	86
		% within PENDIBU	8.1%	91.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.135 ^a	1	.287	.421	.251	
Continuity Correction ^b	.436	1	.509			
Likelihood Ratio	1.099	1	.294	.421	.251	
Fisher's Exact Test				.421	.251	
Linear-by-Linear Association	1.122 ^c	1	.289	.421	.251	.178
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.69.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.059.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	2.299	.481	10.998
For cohort SKOREMOSIONAL = ABNORMAL	2.141	.511	8.970
For cohort SKOREMOSIONAL = NORMAL	.932	.808	1.075
N of Valid Cases	86		

PENDAOR * SKOREMOSIONAL Crosstabulation

			SKOREMOSIONAL		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	5	56	61
		% within PENDAOR	8.2%	91.8%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	2	23	25
		% within PENDAOR	8.0%	92.0%	100.0%
Total		Count	7	79	86
		% within PENDAOR	8.1%	91.9%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.976	1.000	.672	
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000			
Likelihood Ratio	.001	1	.976	1.000	.672	
Fisher's Exact Test				1.000	.672	
Linear-by-Linear Association	.001 ^c	1	.976	1.000	.672	.332
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.03.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .030.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	1.027	.186	5.678
For cohort SKOREMOSIONAL = ABNORMAL	1.025	.213	4.937
For cohort SKOREMOSIONAL = NORMAL	.998	.869	1.145
N of Valid Cases	86		

ASFIKSIA * SKORPRO Crosstabulation

			SKORPRO		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
ASFIKSIA	YA	Count	6	37	43
		% within ASFIKSIA	14.0%	86.0%	100.0%
	TIDAK	Count	3	40	43
		% within ASFIKSIA	7.0%	93.0%	100.0%
Total		Count	9	77	86
		% within ASFIKSIA	10.5%	89.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.117 ^a	1	.291	.483	.242	
Continuity Correction ^b	.496	1	.481			
Likelihood Ratio	1.136	1	.286	.483	.242	
Fisher's Exact Test				.483	.242	
Linear-by-Linear Association	1.104 ^c	1	.293	.483	.242	.164
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.051.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ASFIKSIA (YA / TIDAK)	2.162	.504	9.275
For cohort SKORPRO = ABNORMAL	2.000	.534	7.486
For cohort SKORPRO = NORMAL	.925	.800	1.070
N of Valid Cases	86		

BLL * SKORPRO Crosstabulation

			SKORPRO		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
BLL	BLLR	Count	3	15	18
		% within BLL	16.7%	83.3%	100.0%
	TIDAK BLLR	Count	6	62	68
		% within BLL	8.8%	91.2%	100.0%
Total		Count	9	77	86
		% within BLL	10.5%	89.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.934 ^a	1	.334	.388	.281	
Continuity Correction ^b	.285	1	.594			
Likelihood Ratio	.844	1	.358	.388	.281	
Fisher's Exact Test				.388	.281	
Linear-by-Linear Association	.924 ^c	1	.337	.388	.281	.194
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.88.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .961.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BLL (BLLR / TIDAK BLLR)	2.067	.463	9.228
For cohort SKORPRO = ABNORMAL	1.889	.523	6.827
For cohort SKORPRO = NORMAL	.914	.734	1.138
N of Valid Cases	86		

PENDIBU * SKORPRO Crosstabulation

			SKORPRO		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDIBU	DASAR	Count	2	31	33
		% within PENDIBU	6.1%	93.9%	100.0%
	TINGGI	Count	7	46	53
		% within PENDIBU	13.2%	86.8%	100.0%
Total		Count	9	77	86
		% within PENDIBU	10.5%	89.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.109 ^a	1	.292	.472	.250	
Continuity Correction ^b	.477	1	.490			
Likelihood Ratio	1.189	1	.276	.472	.250	
Fisher's Exact Test				.472	.250	
Linear-by-Linear Association	1.096 ^c	1	.295	.472	.250	.177
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.45.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.047.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDIBU (DASAR / TINGGI)	.424	.083	2.177
For cohort SKORPRO = ABNORMAL	.459	.101	2.078
For cohort SKORPRO = NORMAL	1.082	.945	1.240
N of Valid Cases	86		

PENDAOR * SKORPRO Crosstabulation

			SKORPRO		Total
			ABNORMAL	NORMAL	
PENDAOR	DIBAWAH UMK	Count	8	53	61
		% within PENDAOR	13.1%	86.9%	100.0%
	DIATAS UMK	Count	1	24	25
		% within PENDAOR	4.0%	96.0%	100.0%
Total		Count	9	77	86
		% within PENDAOR	10.5%	89.5%	100.0%

Chi-Square Tests^d

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.572 ^a	1	.210	.274	.198	
Continuity Correction ^b	.750	1	.386			
Likelihood Ratio	1.850	1	.174	.274	.198	
Fisher's Exact Test				.274	.198	
Linear-by-Linear Association	1.554 ^c	1	.213	.274	.198	.160
N of Valid Cases	86					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.62.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.247.

d. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PENDAOR (DIBAWAH UMK / DIATAS UMK)	3.623	.429	30.608
For cohort SKORPRO = ABNORMAL	3.279	.432	24.867
For cohort SKORPRO = NORMAL	.905	.798	1.027
N of Valid Cases	86		

C. Hasil Analisis Multivariat

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)
ASFIKSIA	YA	43	1.000
	TIDAK	43	.000

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			SKORHIPER2		Percentage Correct
			NORMAL	ABNORMAL	
Step 1	SKORHIPER2	NORMAL	37	15	71.2
		ABNORMAL	14	20	58.8
Overall Percentage					66.3

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	ASFIKSIA(1)	1.124	.474	5.624	1	.018	3.076	1.215	7.786
	PENDAOR(1)	.463	.540	.734	1	.391	1.589	.551	4.579
	Constant	-1.360	.500	7.397	1	.007	.257		

a. Variable(s) entered on step 1: ASFIKSIA, PENDAOR.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a ASFIKSIA(1)	1.208	.464	6.763	1	.009	3.345	1.346	8.312
Constant	-1.068	.350	9.334	1	.002	.344		

a. Variable(s) entered on step 1: ASFIKSIA.



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Polajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

No. : 423 / 249.1 / 1.3 / RS / XII / 2017

Lamp : -

Hal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada

Yth.....

Di

RSUD Wates

Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, No. :
 PP.07.01/3.3/1832/2017, Tanggal 23 November 2017. Perihal : Surat Ijin Studi
 Pendahuluan. Bersama ini memberikan Ijin kepada :

Nama : Septiana
 NIM/NIS : P07124214035
 Pendidikan : D IV Kebidanan
 Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Untuk melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Wates
 Kabupaten Kulon Progo guna menyusun Skripsi dengan judul : "HUBUNGAN
 ASFIKSIA DENGAN PERKEMBANGAN EMOSIONAL ANAK".

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/ Ibu/ Saudara
 mengijinkan memberikan data yang diperlukan kepada mahasiswa tersebut.
 Kemudian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Wates, 2 Desember 2017

Pib. DIREKTUR

RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH
 WATES

drg. Agung Sugiarto, M Kes.
 Pembina Tk.I; IV/b

NIP. 19620924 198902 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SLEMAN

Jalan Bhayangkara Nomor 48, Triharjo, Sleman, Yogyakarta, 55514
 Telepon (0274) 868437, Faksimile (0274) 868812
 Website: www.rsudsleman.slemankab.go.id, E-mail: rsudsleman@gmail.com



Sleman, 19 Januari 2018

No	: 070/ 0156	Kepada .
Sifat	: Penting	Yth. Sdr. Septiana
Lampiran	: 1 (satu) lembar	NIM : P07124214035
Hal	: Ijin studi pendahuluan	Program Studi DIV Bidan

Di
 Yogyakarta

Memperhatikan surat ijin Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Sleman nomor : 070/Kesbangpol/4275/2017 tertanggal 19 Desember 2017, perihal Ijin studi pendahuluan pada dasarnya kami tidak keberatan memberikan ijin kepada Saudara untuk melakukan studi pendahuluan penelitian di RSUD Sleman selama 1 (satu) bulan dari tanggal 22 Januari - 22 Pebruari 2018, dengan judul penelitian "**Hubungan afiksia dengan perkembangan emosional anak pra sekolah**".

Sebelum kegiatan dilaksanakan, menyelesaikan administrasi di Unit Diklat, mentaati ketentuan diklat yang berlaku, dan bersedia menyerahkan laporan hasil penelitian yang dilakukan ke RSUD Sleman.

Demikian untuk diketahui dan terima kasih.

an, Direktur Rumah Sakit Umum
 Daerah Sleman
 Wakil Direktur



dr. V. IDA WIDAYATI, M.Kes
 Pembina Tingkat I, IV/b
 NIP 19600324 198710 2 003

Tembusan :

1. Ka Instalasi Rawat Jalan
2. Dokter Klinik Anak
3. Ka Ruang Nusa Indah III
4. Koord. Diklat Paramedik Keperawatan



PEMERINTAH KOTA YOGYAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Wirosaban No 1 Yogyakarta Kode Pos : 55162 Telp. (0274)371195, Fax.(0274)385769
E-MAIL : rsud@jogjakota.go.id
HOTLINE SMS : 081227880001 HOTLINE E-MAIL : upik@jogjakota.go.id
WEBSITE : www.jogjakota.go.id

SURAT IJIN PENGAMBILAN DATA

Nomor : 445 / 583

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur RSUD Kota Yogyakarta :

N a m a : drg. Hj. RR. Tuty Setyowati, MM
N I P : 19620502 198701 2 001

Memberikan ijin kepada :

N a m a : Septiana
N I M : P07124214035
I n s t i t u s i : DIV Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Tanggal Pelaksanaan : 09 Desember 2017 s/d 09 Januari 2018

Untuk dapat melakukan Studi Pendahuluan dengan judul :
"Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Emosional Anak "

Demikian surat ijin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 9 Desember 2017



SEGORO AMARTO
SEMANGAT GOTONG ROYONG AGAWA MAJUNE NGAYOGYOKARTO
KEMANDIRIAN - KEDISIPLINAN - KEPEDULIAN - KEBERSAMAAN

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN YOGYAKARTA
 Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta
 Telp./Fax. (0274) 617601
 http://www.poltekkesjogja.ac.id e-mail : info@poltekkesjogja.ac.id



Nomor : PP.07.01/3.3/1835/2017 23 November 2017
 Lamp. : -
 Hal : **PERMOHONAN IJIN STUDI PENDAHULUAN**

Kepada Yth :
 Direktur RSUD Wonosari
 Kabupaten Gunungkidul
 Di -

WONOSARI

Dengan Hormat,
 Bersama ini kami sampaikan bahwa, sehubungan dengan tugas penyusunan Skripsi bagi Mahasiswa Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Tahun Akademik 2017/2018, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin :

Nama : Septiana
 NIM : P07124214035
 Mahasiswa : Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan

Untuk mendapatkan informasi data di : RSUD Wonosari

Tentang Data : - Asfiksia 2012-2017
 - Gangguan Tumbuh Kembang 2012-2017
 Dengan Judul : HUBUNGAN ASFIKSIDA DENGAN PERKEMBANGAN EMOSIONAL ANAK

Besar harapan kami, Bapak/Ibu berkenan untuk memberikan ijin, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih.

Yogyakarta, Jurusan Kebidanan

 Yan Noviyawati Setya Arum, S.SiT., M.Keb
 NIP: 198011022001122002



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
 Unit 1: Jl. Perwakilan, Wates, Kulon Progo Telp.(0274) 775208 Kode Pos 55611
 Unit 2: Jl. KHA Dahlan, Wates, Kulon Progo Telp.(0274) 774402 Kode Pos 55611
 Website: dpmp.kulonprogokab.go.id Email : dpmp@kulonprogokab.go.id

SURAT KETERANGAN / IZIN

Nomor : 070.2 /00197/II/2018

- Memperhatikan : Surat dari Poltekkes Kemenkes Yogyakarta No: PP.07.01/3.3/266/2018, Tanggal: 15 Februari 2018, Perihal: Izin Penelitian
- Mengingat : 1. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 1983 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Departemen Dalam Negeri;
 2. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;
 3. Peraturan Daerah Kabupaten Kulon Progo Nomor : 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan Dan Susunan Pearngkat Daerah;
 4. Peraturan Bupati Kulon Progo Nomor : 121 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu..
- Diizinkan kepada : SEPTIANA
 NIM / NIP : P07124214035
 PT/Instansi : POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA
 Keperluan : IZIN PENELITIAN
 Judul/Tema : HUBUNGAN ASFIKZIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4-5 TAHUN DI KULON PROGO TAHUN 2018
- Lokasi : RSUD WATES & WILAYAH KABUPATEN KULON PROGO
- Waktu : 01 April 2018 s/d 31 Mei 2018

1. Terlebih dahulu menemui/melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat untuk mendapat petunjuk seperlunya.
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku.
3. Wajib menyerahkan hasil Penelitian/Riset kepada Bupati Kulon Progo c.q. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Kulon Progo.
4. Izin ini tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya diperlukan untuk kepentingan ilmiah.
5. Apabila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan menjadi tanggung jawab sepenuhnya peneliti
6. Surat izin ini dapat diajukan untuk mendapat perpanjangan bila diperlukan.
7. Surat izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut di atas.

Ditetapkan di : Wates
 Pada Tanggal : 28 Februari 2018

KEPALA
DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU

AGUNG KURNIAWAN, S.IP., M.Si
 Pembina Utama Muda; IV/c
 NIP. 19680805 199603 1 005

Tembusan kepada Yth. :

1. Bupati Kulon Progo (sebagai Laporan)
2. Kepala Bappeda Kabupaten Kulon Progo
3. Kepala Kesbangpol Kabupaten Kulon Progo
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo
5. Direktur RSUD Wates
6. Camat
7. Lurah/Kepala Desa
8. Yang bersangkutan
9. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

No : 423 / 1.3 / RS / V / 2018

Lamp : -

Hal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth.....

Di

RSUD Wates

Dengan hormat,

Memperhatikan surat dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Yogyakarta, No.: 070.2/00197/II/2018, Tanggal 28 Februari 2018, Perihal : Surat Keterangan/Ijin Penelitian. Bersama ini memberikan ijin kepada :

Nama : Septiana
 NIM/NIP : P07124214035
 Pendidikan : DIV Kebidanan
 Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan :

Judul : HUBUNGAN ASFIKZIA DENGAN PERKEMBANGAN
 SOSIAL EMOSIONAL ANAK USIA 4 – 5 TAHUN DI
 KULON PROGO TAHUN 2018
 Waktu : 01 April 2018 s/d 31 Mei 2018

Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon kepada Bapak/ Ibu/ Saudara mengijinkan memberikan data yang diperlukan kepada mahasiswa tersebut. Kemudian atas perhatiannya, diucapkan terima kasih.

Wates, 12 Mei 2018

DIREKTUR



Dr. Lies Indriyati, Sp.A
 Pembina Utama Muda, IV/c
 NIP. 19620729 198812 2 001



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax. (0274) 617601
Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com



PERSETUJUAN KOMISI ETIK No. LB.01.01/KE-02/XVI/343/2018

Judul	:	Hubungan Asfiksia dengan Perkembangan Sosial Emosional Anak Usia 4-5 Tahun di Kulon Progo Tahun 2018
Dokumen	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Nama Peneliti	:	Septiana
Dokter/ Ahli medis yang bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	24 April 2018
Instsitusi peneliti	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

A.n. Ketua,



Sabar Santoso, S.Pd, APP, M.Kes.
NIP. 195610071981031004



PEMERINTAH KABUPATEN KULON PROGO
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WATES

Jl. Tentara Pelajar Km. 1 No. 5 Wates Kabupaten Kulon Progo Telp. (0274) 773169

SURAT KETERANGAN

NO. : 423/11865/1.3/RS/VI/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Lies Indriyati, Sp.A
 NIP : 19620729 198812 2 001
 Jabatan : Direktur RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Menerangkan bahwa :

Nama : Septiana
 NIM/NIS : P07124214035
 Instansi : D IV Kebidanan
 Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Mahasiswa tersebut benar-benar telah selesai melaksanakan Penelitian di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo, dengan judul : "HUBUNGAN ASFIKSIA DENGAN PERKEMBANGAN SOSIAL ANAK USIA 4-5 TAHUN DI KULON PROGO TAHUN 2018", yang dilaksanakan pada tanggal 14 Mei 2018 sampai dengan 3 Juni 2018.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wates, 30 Juni 2018

DIREKTUR



Lies Indriyati, Sp.A
 Pembina Utama Muda, IV/c
 NIP. 19620729 198812 2 001