

SKRIPSI

**HUBUNGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR)
DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA *TODDLER* (1-3
TAHUN) DI PUSKESMAS DLINGO II KABUPATEN BANTUL
YOGYAKARTA**

**Disusun untuk memenuhi ketentuan melakukan kegiatan penyusunan skripsi
sebagai persyaratan memperoleh gelar Sarjana Terapan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta**



**Disusun Oleh :
ENI MARYUNI
NIM : P07124215091**

**PROGRAM STUDI D-IV KEBIDANAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA**

2016

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi yang berjudul “ Hubungan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) Di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta “ ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Eni Maryuni
NIM : P07124215091
Tanggal : 17 Januari 2017

Yang Menyatakan



Eni Maryuni

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DENGAN
PERKEMBANGAN ANAK USIA *TODDLER* (1-3 TAHUN)
DI PUSKESMAS DLINGO II KABUPATEN BANTUL
YOGYAKARTA

Disusun oleh :

ENI MARYUNI
NIM. P07124215091

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal : 17 Januari 2017



Penguji

Sumarah, S. SiT, MPH
NIP. 19700304 200112 2 001

Pembimbing I

Sujiyatini, S SiT, M Keb
NIP. 19710129 200112 2 002

Pembimbing II

Dr. Yuni Kusmiyati, S.ST, MPH
NIP. 19760620 200212 2 001

[Handwritten signatures of the examiners]

Yogyakarta, Februari 2017

Mengetahui

Ketua Jurusan Kebidanan

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta



[Handwritten signature]
Dyah Nuryawati Setya Arum, S.SiT, M Keb
NIP.19800110 200212 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga tugas penyusunan Skripsi yang berjudul “Hubungan Berat Badan Lahir Rendah dengan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul”, dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Penelitian ini terwujud atas bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari banyak pihak. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada:

1. Abidillah Mursyid, SKM., MS., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
2. Dyah Noviawati Setia Arum, S. SiT., M. Keb. Selaku Ketua Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
3. Yulianti Eka Purnamaningrum, S.ST., M.Keb., selaku Ketua Program Studi Diploma IV Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta.
4. Kepala Puskesmas dan bidan di Puskesmas Borobudur yang telah mengizinkan dan membantu dalam Studi Pendahuluan untuk melengkapi data dalam penyusunan skripsi ini.
5. Sujiyatini, S.SiT, M.Keb., selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
6. Dr. Yuni Kusmiyati, S.ST., MPH. selaku Pembimbing II yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
7. Sumarah, S.SiT, MPH., selaku dosen penguji dalam penyusunan skripsi ini.
8. Orang tua yang telah memberikan bantuan dukungan moral dan material.
9. Sahabat dan teman sejawat yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, oleh karena itu sangat diharapkan masukan dari pembaca baik berupa saran maupun kritik. Semoga karya tulis ini berguna dan bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, Januari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DEPAN	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	xi
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Ruang Lingkup	6
E. Manfaat Penelitian.....	7
F. Keaslian Skripsi.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Teori	10
1. Pengertian Perkembangan.....	10
2. Pengertian Anak Usia Toddler.....	19
3. Tumbuh Kembang anak dapat diukur menggunakan DDST II dan KPSP.....	22
4. Pengertian KPSP	29
5. Pengertian BBLR.....	30
B. Kerangka Teori	32
C. Kerangka Konsep	33
D. Hipotesis	33
BAB III METODE PENELITIAN.....	34
A. Desain Penelitian	34
B. Populasi dan Sampel.....	35
1. Populasi.....	35
2. Sampel	35
3. Tehnik Sampel	36
C. Tempat dan Waktu Penelitian	38

1. Tempat Penelitian	38
2. Waktu Penelitian.....	38
D. Variabel Penelitian	39
E. Definisi Operasional Variabel	39
F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	41
1. Jenis Data.....	41
2. Teknik pengumpulan data.....	41
G. Prosedur Penelitian	42
H. Manajemen Data.....	43
1. Pengolahan Data	43
2. Analisis Data.....	45
I. Etika Penelitian.....	47
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	49
A. Profil Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul.....	49
B. Hasil Penelitian.....	50
1. Hasil Uji Univariat.....	50
2. Hasil Uji Bivariat	52
3. Hasil Uji Multivariat.....	54
C. Pembahasan	55
1. Hubungan Kejadian BBLR dengan Perkembangan Anak Usia <i>Toddler</i> (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta.....	55
2. Hubungan Kejadian BBLR dengan Perkembangan Anak Setelah Dikontrol Dengan Umur Anak, Jenis Kelamin Anak, Pendidikan Orang Tua, Pekerjaan Orang Tua, Status Ekonomi Orang Tua.....	59
BAB V PENUTUP.....	63
A. Kesimpulan.....	63
B. Keterbatasan Penelitian	63
C. Saran	64

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel.....	39
Tabel 2. Hasil Uji Univariat Karakteristik Responden	50
Tabel 3. Tabel Silang Umur Anak Dengan Perkembangan Anak usia 1-3 Tahun di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta	52
Tabel 4. Hubungan BBLR Terhadap Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun Setelah Dikontrol Variabel Pendidikan Ayah Dan Penghasilan Orang Tua	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak	32
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian	33
Gambar 3. Desain Penelitian Historical Cohort.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Jadwal Penelitian

Lampiran 2: Surat Penjelasan penelitian (PSP)

Lampiran 3: Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 4: Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 5: Kuesioner Penelitian dan DDST

Lampiran 6: Data Penelitian

Lampiran 7: Hasil Uji Statistik

**HUBUNGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DENGAN
PERKEMBANGAN ANAK USIA *TODDLER* (1-3 TAHUN)
DI PUSKESMAS DLINGO II KABUPATEN BANTUL YOGYAKARTA**

Eni Maryuni¹, Sujiyatini², Yuni Kusmiyati³

1) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta

2) Dosen Jurusan Kebidanan PolteKes KemenKes Yogyakarta

3) Dosen Jurusan Kebidanan PolteKes KemenKes Yogyakarta

ABSTRAK

Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) melaporkan prevalensi bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) mencapai 5,65%. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadinya penyimpangan perkembangan dibandingkan dengan populasi bayi umumnya. Hasil uji DDST II pada balita usia 12-24 bulan di Klinik Tumbuh Kembang RSUP DR. Sardjito dari bulan Januari sampai Juli 2015 terdapat 74,55% di antaranya mengalami keterlambatan perkembangan personal sosial 5,35%, keterlambatan motorik halus 9,11%, keterlambatan bahasa 26,73% dan 43,85% mengalami keterlambatan motorik kasar. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan BBLR dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta. Jenis penelitian yaitu penelitian survei analitik dengan desain *Kohort Retrospektif*. Sampel penelitian yaitu bayi yang lahir pada tahun 2013-2015 di wilayah Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul, Yogyakarta berjumlah 112 anak yang terdiri dari 56 kelompok BBLR dan 56 kelompok BBLN. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, rekam medis dan DDST II. Data dianalisa dengan uji distribusi *frequency* untuk analisa univariat, uji *chi-square* untuk analisa bivariat dan uji regresi *cox* untuk analisa multivariat. Hasil: Ada hubungan kejadian BBLR dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik bivariat terbukti signifikan. Distribusi responden (anak) didominasi oleh perkembangan anak normal, rerata umur responden sebesar 2.3 tahun, responden dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan ibu dengan kategori rendah (SD atau SMP), pendidikan ayah dengan kategori rendah (SD atau SMP), orang tua responden yang berkerja serta pendapatan orang tua yang diatas dan dibawah UMR masing-masing dengan jumlah yang sama. Diperoleh hubungan variabel BBLR terhadap perkembangan anak usia 1-3 tahun yang dikontrol oleh faktor pendidikan ayah dan penghasilan orang tua. Anak yang lahir dengan BBLR berisiko untuk mengalami perkembangan tidak normal 5.2 kali lebih besar dibandingkan pada anak yang lahir dengan BBLN. Kesimpulan: kejadian BBLR memiliki hubungan dengan perkembangan anak baik secara parsial maupun setelah dikontrol dengan pendidikan ayah dan penghasilan orang tua.

Kata kunci: BBLR, Perkembangan anak, Usia *toddler*

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

**THE CORRELATION OF LOW BIRTH WEIGHT AND THE
DEVELOPMENT OF TODDLER (1-3 YEARS OLD)
AT PUSKESMAS DLINGO II BANTUL DISTRICT YOGYAKARTA**

Eni Maryuni¹, Sujiyatini², Yuni Kusmiyati³

1) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta

2) Dosen Jurusan Kebidanan PolteKes KemenKes Yogyakarta

3) Dosen Jurusan Kebidanan PolteKes KemenKes Yogyakarta

ABSTRACT

The profile of health of Yogyakarta reported that the prevalence of babies with low birth weight was 5,65%. Babies with Low Birth Weight has a higher risk of developing disorders or problems in their growth and development stages than normal babies. The result of assessment by DDST II showed that among 74,55% of babies aged 12-25 months at Klinik Tumbuh Kembang RSUP DR. Sardjito since January until July 2015, 5,35% had social-personal developmental delay, 9,11% fine motor development delay, 26,73% language development delay, and 43,85% with gross motor development delay. The objective of this study is to know the correlation between low birth weight and the growth and development of toddler (aged 1-3 years) at Puskesmas Dllingo II Bantul district, Yogyakarta. The method of this study was analytical survey with Retrospective Cohort design. This study used the sample from 112 babies who were born in 2013-2015 at Puskesmas Dlingo II, Bantul district, Yogyakarta province which consisted of 56 babies with low birth weight in one group and 56 babies with normal birth weight. Instrument of this study used questionnaire, medical record, and DDST II. Data was analyzed with bivariate and cox regression test to analyze multivariate. Result: There was a correlation between the incidence of low birth weight and the development of toddler aged 1-3 years based on the bivariate statistic data. The distribution of respondent (children) was dominated by normal development, mean of age was 2-3 years old, all boys, mothers with low education level (elementary school or junior high school), fathers with low education level (elementary school or junior high school), parents working with income more or less than regional minimum salary while each had the same amount of salary. There was a correlation between the variable of low birth weight and the development stages of babies aged 1-3 which was controlled by father's education level and parents' income. Babies with low birth weight had a higher risk of abnormal developmental stages 5,2 times than babies with normal birth weight. Conclusion: the incidence of low birth weight was correlated with the child's development whether partially or controlled by the education level of father and the parent's income.

Keywords: *low birth weight, child development, toddler*

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

The Minimum Age Convention Nomor 138 tahun 1973 mendefinisikan anak sebagai seseorang yang berusia 15 tahun ke bawah, sedangkan UNICEF mendefinisikan anak sebagai penduduk yang berusia antara 0 sampai dengan 18 tahun. Anak merupakan proporsi penduduk terbanyak di Indonesia sebesar 33,9 persen atau 82,6 juta jiwa, dengan persebaran terbesar pada usia 0-6 tahun, yaitu 32,6 juta jiwa (KPPPA, 2012). Usia anak merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan berlangsung sangat pendek sehingga masa ini di sebut sebagai masa keemasan (*golden age period*), jendela kesempatan (*window of opportunity*), dan masa kritis (*critical period*) (Kemenkes RI, 2012).

Kegagalan pada usia anak merupakan predictor bagi kegagalan pada tahap-tahap berikutnya yang berdampak pada rendahnya kualitas hidup. Kualitas hidup anak merupakan factor penting dalam menentukan Sumber Daya Manusia (SDM) di masa mendatang dan membutuhkan perhatian yang serius (Pradono et al 2005). Anak usia *Toddler* (1-3 tahun) merupakan masa awal perkembangan anak, di mana mereka sudah siap untuk berjalan, berbicara, memecahkan masalah sederhana, dan berhubungan dengan orang di sekitarnya (Dewi, 2012).

Perkembangan merupakan proses seseorang dalam bersikap, beradaptasi dan merupakan suatu kebiasaan dalam memperbaiki tingkah laku untuk meningkatkan kompetensi hidup. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. (Soetjiningsih, 2012).

Perkembangan merupakan proses dari interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, seperti perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh. Perkembangan seorang anak tidak hanya meliputi perkembangan sektor motorik, personal sosial dan bahasa saja, namun perkembangan emosi dan perilaku ikut memiliki peran penting. Proses perkembangan anak memiliki beberapa ciri-ciri yaitu perkembangan menimbulkan perubahan, perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda, perkembangan tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya, perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan, perkembangan mempunyai pola yang tetap (Depkes, 2012).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah faktor internal (ras, keluarga, umur, jenis kelamin, genetik, kelainan kromosom), faktor eksternal meliputi faktor prenatal (gizi, mekanisme, toksin, endokrin, radiasi, infeksi, kelainan imunologi, anoksia embrio, psikologi ibu), faktor persalinan dan faktor pasca salin (gizi, penyakit

kronis/kelainan konginetal, lingkungan fisis dan kimia, psikologi, endokrin, sosio ekonomi, lingkungan pengasuhan, stimulasi, obat-obatan). Aspek-aspek perkembangan menurut Gunarsa adalah perkembangan motorik kasar dan halus, perkembangan kognitif (berpikir), perkembangan bicara dan bahasa, perkembangan emosi, dan perkembangan sosial.

Perkembangan motorik adalah proses tumbuh kembang kemampuan gerak seorang anak. Motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh anak. Motorik halus adalah pergerakan yang melibatkan otot-otot kecil pada tangan dan jari yang terkoordinasi dengan penglihatan. Perkembangan motorik halus saat usia 1-3 tahun merupakan suatu hal yang penting bagi perkembangan anak berikutnya (Soetjiningsih, 2012).

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 terdapat 74,55% di antaranya mengalami keterlambatan perkembangan personal sosial 5,35%, keterlambatan motorik halus 9,11%, keterlambatan bahasa 26,73% dan 43,85% mengalami keterlambatan motorik kasar.

Bayi BBLR meningkatkan resiko terjadinya *cerebral palsy* yaitu gangguan perkembangan motorik yang berhubungan dengan kemampuan berjalan, serta jika dibandingkan dengan bayi aterm, bayi BBLR lemah dalam ketrampilan motorik halus seperti mengurai benang (Lissauer dan Avroy A.F, 2008).

Ada banyak faktor terjadinya kelahiran BBLR yaitu faktor ibu seperti gizi saat hamil yang kurang, umur kurang dari 25 tahun diatas 35 tahun, jarak kehamilan dan bersalin terlalu dekat, penyakit menahun ibu seperti hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah (perokok), pekerja yang terlalu berat. Faktor kehamilan seperti hamil dengan hidramnion, hamil ganda, perdarahan antepartum, komplikasi kehamilan seperti *preeklampsi/eklampsi*, ketuban pecah dini (KPD), anemia dalam kehamilan, riwayat melahirkan BBLR sebelumnya. Faktor janin seperti cacat bawaan, infeksi dalam Rahim (Cendekia, 2012).

Periode anak usia *toddler* merupakan periode usia yang sangat membutuhkan perhatian khusus pada anak dengan riwayat BBLR. Usia *toddler* terjadi antara 1 sampai 3 tahun. Usia ini merupakan masa keemasan pada anak karena pada masa ini anak akan sangat cepat mempelajari hal-hal baru. (Soetjiningsih, 2012). Berat Badan Lahir Rendah termasuk salah satu factor utama dalam peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang dalam kehidupannya.

Kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR) di negara maju berkisar antara 3,6-10,8% manakala di negara berkembang frekuensinya berkisar antara 10-43% (Mochtar, 1998 dalam Cendekia, 2012). Prevalensi BBLR diperkirakan 15 % dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3-3,8% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau negara dengan sosio-ekonomi rendah. Analisa statistic menunjukkan bahwa 90% kejadian BBLR terjadi di negara berkembang dan angka kematiannya adalah 35 kali lipat dibandingkan dengan

bayi yang lahir dengan berat badan lahir yang lebih dari 2500 gram (Muyawan, 2009 dalam Cendekia, 2012).

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadinya penyimpangan perkembangan dibandingkan dengan populasi bayi umumnya. Resiko penyimpangan perkembangan pada BBLR sebanyak 2-5 kali lebih sering di bandingkan dengan bayi lahir berat normal (Gomella TL, 2004). Menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) insidensi BBLR adalah sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan dalam sasaran Program Perbaikan Gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7% (Proverawati, 2010 dalam Cendekia, 2012).

Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) melaporkan kejadian bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) berjumlah 5,65% (Dinkes DIY, 2015). Di Kabupaten Bantul angka kelahiran BBLR dilaporkan 100 persen ditimbang dengan hasil bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) sejumlah 3,6%. Bayi dengan BBLR semua sudah ditangani. (Dinkes Bantul, 2015). Menurut data di Puskesmas Dlingo II pada tahun 2013 terdapat BBLR sebanyak 24,6% pada tahun 2014 terdapat BBLR sebanyak 40,4%, pada tahun 2015 terdapat BBLR sebanyak 35%.

Peneliti tertarik melakukan penelitian mengacu kepada urain yang telah disebutkan sebelumnya dengan tema penelitian yaitu “Hubungan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II, Kabupaten Bantul, Yogyakarta?”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik mengadakan penelitian dengan judul “Apakah Hubungan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II, Kabupaten Bantul, Yogyakarta? “

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan BBLR dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk melihat karakteristik dari anak berdasarkan umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, status ekonomi orang tua.
- b. Diketuainya hubungan BBLR dengan perkembangan anak setelah dikontrol dengan umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan orang tua.
- c. Diketuainya besar resiko BBLR terhadap perkembangan anak.

D. Ruang Lingkup

1. Ruang Lingkup Materi

Penelitian bertujuan untuk menilai hubungan BBLR dan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun).

2. Ruang Lingkup Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kohort retrospektif dengan menganalisis data sekunder yang didapatkan dari rekam medis pasien dan data primer yang didapatkan dari pengujian DDST yang dilakukan pada anak usia *Toddler* (1-3 tahun).

3. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan dari penyusunan proposal mulai bulan September 2016 sampai akhir Januari 2017.

4. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul, Yogyakarta.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah referensi, informasi dan pengetahuan dibidang kesehatan terutama mengenai hubungan kejadian BBLR dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun).

2. Manfaat Pratis

a. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi bahwa salah satu penyebab keterlambatan perkembangan adalah BBLR.

b. Bagi Tenaga Kesehatan/Pemerhati KIA

Meningkatkan program promosi kesehatan untuk lebih memperhatikan perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) dengan mempertimbangkan kejadian BBLR khususnya di Kabupaten Bantul.

F. Keaslian Skripsi

1. Ades Santri dkk (2014) dengan judul penelitian “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah” dengan metode *cross sectional*, yang melibatkan populasi 55 anak usia *toddler*, dengan sampel 35 orang dengan metode *non probability sampling* dengan teknik *accidental sampling*. Dengan hasil penelitian memiliki hubungan yang signifikan terhadap tingkat pertumbuhan anak. Adapun faktor yang memiliki hubungan signifikan terhadap tingkat perkembangan anak adalah factor pendidikan orang tua ($p\ value = 0,009, \alpha = 0,05$) dan stimulasi orang tua ($p\ value = 0,000, \alpha = 0,05$). Perbedaan dengan penelitian ini menggunakan desain penelitian kohort retrospektif, yang melibatkan populasi seluruh BBL dengan usia *toddler*, dengan metode sampel *Simple Random Sampling*.
2. Miss Iman Chapakia (2016) dengan judul penelitian “Hubungan Riwayat BBL dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 2-5 tahun di Posyandu Gonilan Kartasura” dengan metode penelitian *observational analytic* dengan desain *case control retrospective*, dengan sampel penelitian diambil secara *purposive sampling*, berupa data Primer. Dengan hasil penelitian

menunjukkan bahwa riwayat BBL berhubungan dengan perkembangan motorik halus didapatkan nilai $p = 0,02$ dan $OR = 5,0$. Perbedaan dengan penelitian ini menggunakan metode *survey analitik* dengan desain penelitian kohort retrospektif, menggunakan teknik sampel *Simple Random Sampling*, berupa data primer dan data sekunder.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengertian Perkembangan

Perkembangan adalah proses maturasi/pematangan organ tubuh termasuk berkembangnya mental/intelegensi serta perilaku anak (Soetjningsih, 2012). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia perkembangan merupakan proses dari interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, seperti perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh.

Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan usianya. Pertumbuhan lebih mengarah pada bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh. Pertumbuhan itu sendiri, terjadi secara simultan dengan perkembangan.

a. Proses Tumbuh dan Berkembang Anak Memiliki Ciri-Ciri Sebagai Berikut (Depkes, 2012) :

1) Perkembangan menimbulkan perubahan

Perkembangan terjadi bersamaan dengan pertumbuhan. Setiap pertumbuhan disertai dengan perubahan fungsi. Contohnya seperti perkembangan intelegensi seorang anak akan menyertai pertumbuhan serabut saraf dan otak.

2) Perkembangan mempunyai kecepatan yang berbeda

Perkembangan akan mempunyai kecepatan berbeda-beda, baik dalam perkembangan fungsi organ maupun perkembangan pada masing-masing.

3) Perkembangan tahap awal menentukan perkembangan selanjutnya.

Setiap anak akan dapat melewati satu tahap perkembangan apabila ia sudah melewati tahap sebelumnya.

4) Perkembangan berkolerasi dengan pertumbuhan

Pada saat pertumbuhan berlangsung dengan cepat, perkembangan pun demikian terjadi peningkatan memori, daya nalar, mental, dan asosiasi. Anak sehat bertambah umur, bertambah berat badan dan tinggi badannya serta bertambah pula kependaiannya.

5) Perkembangan mempunyai pola yang tetap

Perkembangan fungsi organ mempunyai hukum yang tetap yaitu perkembangan terjadi terlebih dahulu didaerah kepala kemudian menuju kearah anggota tubuh, perkembangan terjadi terlebih dahulu di daerah proksimal (gerak kasar) lalu perkembangan ke bagian distal seperti jari-jari yang mempunyai gerak halus.

6) Perkembangan memiliki tahap yang berurutan

Tahap perkembangan seorang anak mengikuti pola yang teratur dan berurutan. Tahap-tahap tersebut tidak bisa terjadi terbalik, misalnya anak terlebih dahulu mampu membuat lingkaran sebelum mampu

membuat gambar kotak, anak mampu berdiri sebelum berjalan dan sebagainya.

b. Prinsip-Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

1) Perkembangan merupakan hasil proses kematangan dan belajar

Kematangan merupakan proses intrinsik yang terjadi dengan sendirinya sesuai dengan potensi yang ada (Gunarsa, 2008). Belajar merupakan perkembangan yang berasal dari latihan dan usaha. Melalui belajar anak memperoleh kemampuan menggunakan sumber yang diwariskan dan potensi yang dimiliki anak (Depkes, 2012).

2) Pola perkembangan dapat diramalkan

Terdapat persamaan pola perkembangan bagi semua anak. Dengan demikian perkembangan seorang anak dapat diramalkan. Perkembangan berlangsung dari tahapan umum ke tahapan spesifik, dan terjadi berkesinambungan (Depkes, 2012).

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

1) Faktor dalam (*internal*) yang berpengaruh menurut Departemen

Kesehatan adalah :

a) Ras/etnik (bangsa)

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika ia maka tidak memiliki faktor herediter ras Indonesia dan sebaliknya.

b) Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.

c) Umur

Masa pertumbuhan yang cepat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan dan masa remaja.

d) Jenis kelamin

Fungsi reproduksi anak perempuan berlangsung lebih cepat daripada anak laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

e) Genetik

Genetik adalah potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak seperti kerdil

f) Kelainan kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's.

2) Faktor luar (*eksternal*) yaitu :

a) Faktor prenatal menurut Departemen Kesehatan adalah :

a.1) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama dalam trimester akhir kehamilan akan berpengaruh terhadap pertumbuhan janin.

a.2) Mekanis

Posisi fetus abnormal menyebabkan kelainan konginetal seperti club foot

a.3) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti aminopterin, thalidomid, dapat menyebabkan kelainan konginetal seperti palastoskisis.

a.4) Endokrin

Diabetes melitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, hiperplasia adrenal.

a.5) Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida, retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan konginetal, kelainan jantung.

a.6) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toxoplasma, Rubella, Sitomegalo virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin (katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental dan kelainan jantung konginetal).

a.7) Kelainan imunologi

Eritobaltosis fetalis timbul karena perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibodi

terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolisis dan selanjutnya menyebabkan hiperbilirubinemia dan *kern icterus* yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

a.8) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

a.9) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

b) Faktor persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak (Depkes, 2012).

c) Faktor pasca persalinan

c.1) Gizi / nutrisi

Untuk tumbuh kembang bayi dibutuhkan zat makanan yang adekuat (Depkes, 2012).

c.2) Penyakit kronis/kelainan konginetal

Tuberculosis, anemia, kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani (Depkes, 2012).

c.3) Lingkungan fisis dan kimia

Lingkungan sering disebut *melieu* adalah tempat anak tersebut hidup yang berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (*provider*). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radio aktif, zat kimia tertentu (Pb, merkuri, rokok dan lain-lain) mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak (Depkes, 2012).

c.4) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya, seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangannya (Depkes, 2012).

c.5) Endokrin

Gangguan hormon misalnya pada penyakit hipertiroid akan menyebabkan anak mengalami gangguan.

c.6) Sosio-ekonomi

Kemiskinan akan berkaitan dengan kekurangan makanan, kesehatan, lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak (Depkes, 2012). Pendapatan standar UMR (Upah Minimum Regional) dapat dijadikan kriteria keluarga sejahtera dan keluarga kurang sejahtera.

c.7) Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan interaksi ibu dan anak sangat mempengaruhi perkembangan anak (Depkes, 2012). Interaksi perilaku pengasuhan antara anak dengan ibu dan ayahnya akan berbeda antara yang bekerja dan tidak bekerja. Interaksi akan lebih baik pada orangtua yang bekerja, hal ini mungkin disebabkan karena keamanan finansial dan rasa kesejahteraan keluarga (Metwally *et al*, 2016).

c.8) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan/stimulasi khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan alat mainan, sosialisasi anak, keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain dalam kegiatan anak (Depkes, 2012). Keterlibatan orangtua berpengaruh terhadap pemberian stimulasi pada anak, pendidikan dan kemampuan ekonomi orangtua akan mempengaruhi penerimaan stimulasi pada anak. Anak dari orang tua yang berpendidikan dan berkecukupan cenderung akan mendapatkan stimulasi yang lebih baik (Metwally *et al*, 2016)

c.9) Obat-obatan

Pemakaian kortikosteroid jangka lama akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian

obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terlambatnya produksi hormon pertumbuhan (Depkes, 2012).

d. Aspek-Aspek dalam Perkembangan Anak menurut Gunarsa (2008) yaitu:

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, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti menjimpit dan menulis.

2) Perkembangan Kognitif (Berpikir)

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 (takut, marah, kecewa, benci, sedih dan lain-lain)

5) Perkembangan Sosial

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

2. Pengertian Anak Usia Toddler

Anak usia *Toddler* adalah anak usia 12-36 bulan (1-3 tahun) pada periode ini anak berusaha mencari tahu bagaimana sesuatu bekerja dan bagaimana mengontrol orang lain melalui kemarahan, penolakan, dan tindakan keras kepala. Hal ini merupakan periode yang sangat penting untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan intelektual secara optimal (Perry, 2005).

Usia 1 tahun merupakan usia yang penuh berbagai hal yang menarik antara lain berubah dalam cara makan, cara bergerak, juga dalam keinginan dan sikap atau perasaan si kecil apabila disuruh melakukan sesuatu yang tidak ia sukai, ini akan menyatakan sikap dan nalurinya mengatakan “tidak” baik dengan kata-kata maupun perbuatan, meskipun sebetulnya hal itu disukai (psikolog menyebutnya negatifisme). Kenyataan ini berbeda pada saat usia di bawah satu tahun, si kecil akan menjadi seseorang penyidik yang sangat menjengkelkan, mereka akan menyelip masuk setiap sudut rumah,

menyentuh semua benda yang ditemukannya, menggoyangkan meja dan kursi, menjatuhkan benda apapun yang bisa dijatuhkan, memanjat apa yang bisa di panjat, memasukkan benda kecil ke dalam benda yang lebih besar dan sebagainya. (Hurlock, 2002).

Pada usia 2 tahun si kecil cenderung mengikuti orang tuanya kesana kemari, ikut-ikutan menyapu, mengepel, menyiram tanaman, semua ini dilakukan dengan penuh kesungguhan. Pada usia 2 tahun anak sudah mulai belajar bergaul, ia senang sekali menonton anak lain bermain, perasaan takut dan cemas sering terjadi apabila orang tuanya meninggalkan anak sendiri. Seandainya orang tua harus bepergian lama atau memutuskan untuk kembali. (Hurlock, 2002)

Anak usia 3 tahun biasanya lebih mudah dikendalikan karena anak sudah dalam perkembangan emosi, sehingga mereka menganggap ayah dan ibunya sebagai orang yang istimewa. Sikap permusuhan dan kebandelan yang muncul pada usia antara 2,5-3 tahun tampaknya makin berkurang, sikap pada orang tua bukan saja bersahabat tapi sangat ramah dan hangat. Anak menjadi sangat patuh pada orang tuanya, sehingga mereka akan bertingkah laku baik dan menurut seklai. Jika keinginan mereka bertentangan dengan kehendak orang tuanya, karena mereka tetap makhluk hidup yang mempunyai pendapat sendiri. Pada usia 3 tahun, anak cenderung meniru apapun yang dilakukan orang tuanya sehari-hari, disebut proses identifikasi. Dalam proses inilah karakter anak dibentuk dari petunjuk yang diterima dari orang tuanya, seperti

membentuk model diri mereka, membina kepribadian, membentuk sikap dasar baik terhadap pekerjaan, orang tua, dan dirinya sendiri. (Hurlock, 2002).

Berdasarkan Skala Yaumil-Mimi, perkembangan anak balita dapat diamati sebagai berikut:

a. Usia 12-18 bulan

- 1) Berjalan dan mengeksplorasi rumah serta sekelilingnya
- 2) Menyusun dua atau tiga kotak
- 3) Dapat mengatakan 5-10 kata
- 4) Memperlihatkan rasa cemburu dan rasa bersaing

b. Usia 18-24 bulan

- 1) Naik turun tangga
- 2) Menyusun enam kotak
- 3) Menunjuk mata dan hidungnya
- 4) Menyusun dua kata
- 5) Belajar makan sendiri
- 6) Menggambar garis dikertas atau dipasir
- 7) Mulai belajar mengontrol buang air besar dan buang air kecil
- 8) Menaruh minat pada apa yang dikerjakan oleh orang-orang yang lebih besar
- 9) Memperlihatkan minat kepada anak lain dan bermain-main dengan mereka

c. Usia 2-3 tahun

- 1) Belajar meloncat, memanjat, melompat dengan satu kaki
- 2) Membuat jembatan dengan tiga kotak
- 3) Mampu menyusun kalimat
- 4) Mempergunakan kata-kata “saya”, bertanya, mengerti kata-kata yang ditujukan kepadanya
- 5) Menggambar lingkaran
- 6) Bermain bersama dengan anak lain dan menyadari adanya lingkungan lain di luar keluarganya.

3. Tumbuh Kembang anak dapat diukur menggunakan DDST II dan KPSP

a. Pengertian DDST

Denver Development Screening Test (DDST) adalah suatu metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak. Tes ini bukan tes diagnostic atau tes IQ sehingga tidak dapat meramalkan kemampuan intelektual dan adaptif/ perkembangan anak dimasa yang akan datang. Tes ini juga tidak untuk mendiagnosis kesulitan belajar, gangguan bahasa, gangguan emosional, substitusi evaluasi diagnostic, atau pemeriksaan fisik anak. Tes ini lebih mengarah kepada perbandingan kemampuan atau perkembangan anak dengan kemampuan anak lain yang seumurnya. DDST memenuhi semua persyaratan yang diperlukan metode skrining yang baik. Tes ini mudah dan cepat karena hanya membutuhkan waktu 15-20 menit, tetapi dapat diandalkan dan menunjukkan validitas yang tinggi.

Menurut beberapa penelitian yang pernah dilakukan, DDST secara efektif dapat mengidentifikasi antara 85-100 persen bayi dan anak prasekolah yang mengalami keterlambatan perkembangan. Pada penelitian tindak lanjut, 89 persen dari kelompok DDST abnormal mengalami kegagalan di sekolah 5-6 tahun kemudian. (Sulistyawati, 2014)

Namun, penelitian Borowitz tahun 1986 menunjukkan bahwa DDST tidak dapat mengidentifikasi lebih setengah anak dengan kelainan bicara. Frankenburg melakukan revisi dan standarisasi kembali DDST pada tugas perkembangan di sector bahasa. Hasil revisi dari DDST tersebut dinamakan Denver II. Denver II mulai dipublikasikan tahun 1992 dan sudah digunakan pada lebih dari 50 juta anak-anak dibanyak Negara yang berbeda. (Sulistyawati, 2014).

Tujuan dari Tes Denver II ini adalah untuk menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan tugas untuk kelompok umurnya saat dites. Tes Denver II juga digunakan untuk melakukan monitor perkembangan bayi atau anak dengan resiko tinggi terjadinya penyimpangan atau kelainan perkembangan secara berkala. Hal yang perlu mendapat prioritas biasanya anak dengan riwayat masalah perinatal, seperti premature, berat bayi lahir rendah, riwayat asfiksia, hiperbilirubinemia, infeksi intrapartum, ibu dengan diabetes mellitus, gemeli, dan sebagainya.

Format Denver II adalah satu bentuk tampilan unik yang memudahkan dalam pelaporan dan interpretasi. Tes ini berperan secara luas untuk dipergunakan dalam program-program skrining, antara lain klinik kesehatan anak, bidan praktik swasta, materi pendidikan awal untuk orang tua dan pengajar, dan lain-lain. (Sulistyawati, 2014).

b. Aspek Perkembangan yang Dinilai

Terdapat 125 tugas perkembangan yang disusun berdasarkan urutan perkembangan dan diatur dalam empat kelompok besar yang disebut sector perkembangan. Kelompok yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1) Personal social (perilaku social)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.

2) Gerakan motorik halus

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat.

3) Bahasa

Aspek yang menggambarkan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah, atau berbicara secara spontan.

4) Gerakan motorik kasar

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan atau sikap tubuh.

c. Penilaian pengamatan perilaku

Pengamatan perilaku dinilai setelah tes selesai dilakukan. Dengan skala di formulir tes, penilaian perilaku khas yang ada dapat dibandingkan antara perilaku anak selama tes dengan perilaku anak pada waktu sebelumnya. Selalu tanyakan pada pengasuh atau orang tua apakah penampilan anak saat tes merupakan tipikal dari kemampuan dan perilakunya dalam beberapa waktu sebelumnya. Saat diperiksa anak dalam kondisi yang sakit, lapar atau marah, sehingga saat tes anak menunjukkan kemampuan bukan sebenarnya. Pada beberapa kasus, tes dapat diatur kembali pada saat anak kooperatif (Sulistyawati, 2014).

d. Penilaian komponen

Skor dari setiap komponen yang dilakukan pada sebelah kiri dari kotak segi empat.

1) P = *Pass*/Lulus

Anak melakukan komponen dengan baik atau orang tua/pengasuh memberi laporan yang dapat dipercaya bahwa anak dapat melakukannya.

2) F = *Fail*/Gagal

Anak tidak dapat melakukan komponen dengan baik atau orang tua/pengasuh memberikan laporan bahwa anak tidak dapat melakukan komponen dengan baik.

3) NO = *No Opportunity*/Tidak ada kesempatan

Anak tidak dapat mempunyai kesempatan untuk melakukan komponen karena ada hambatan. Skor ini hanya digunakan untuk komponen yang ada kode “L” (Laporan) dari orang tua atau pengasuh.

4) R = *Refusal*/Menolak

Anak menolak melakukan tes perkembangan. Penolakan dapat dikurangi dengan mengatakan kepada anak apa yang harus dilakukannya (komponen tugas yang dilaporkan oleh orang tua atau pengasuh tidak diskor sebagai penolakan). Jika tidak, tanyakan kepada anak apakah dapat melakukannya (tes perkembangan yang dilaporkan oleh ibu atau pengasuh anak tidak diskor sebagai penolakan).

e. Interpretasi Hasil Penilaian

1) Penilaian individual

a) *Advance*/Lebih

Bila anak “lulus” pada komponen tes yang terletak di kanan garis umur, maka dinyatakan perkembangan anak lebih pada tes tersebut. Oleh karena anak lulus pada tes yang kebanyakan anak

tidak lulus sampai umurnya lebih tua. Bagian ini tidak perlu diperhatikan untuk tujuan interpretasi keseluruhan tes.

b) Normal

Komponen individual yang gagal atau ditolak tidak menunjukkan satu keterlambatan dalam perkembangan. Sebagai contoh, bila anak “gagal” atau “menolak” melakukan suatu komponen tes di sebelah kanan garis umur, maka perkembangan anak normal. Ini dikarenakan anak berumur lebih muda daripada umur yang hanya 25 persen anak-anak pada sampel dapat melakukan komponen ini sehingga anak tidak diharapkan “lewat” sampai umurnya lebih tua. Bagian ini tidak perlu diperhatikan untuk tujuan interpretasi seluruh tes.

c) *Caution/Peringatan*

Satu caution (C) pada komponen individual perlu diperhatikan saat menginterpretasi hasil tes. Bila anak “gagal” (F) atau “menolak” (R) melakukan komponen tes pada garis umur terletak pada atau di antara 75-90 persen maka diberi skor C. Ini menunjukkan lebih dari 75 persen anak-anak sampel standar dapat “lewat” pada umur lebih muda dibandingkan dengan umur anak yang sedang dites.

d) *Delayed*/Keterlambatan

Sama seperti *Caution*, komponen individual yang terlambat perlu diperhatikan saat menginterpretasikan tes. Komponen dinilai “terlambat” bila anak “gagal” atau “menolak” melakukan komponen tes yang terletak jelas berada di sebelah kiri garis garis umur. Hal ini disebabkan anak telah “gagal” atau “menolak” pada komponen tes yang 90 persen anak-anak pada sampel standar telah dapat “lewat” pada umur yang lebih muda. Keterlambatan komponen diberi warna pada tepi akhir kotak.

e) *NoOpportunity* (NO)/Tidak ada kesempatan

Komponen tes yang berdasarkan laporan orang tua saat anak tidak ada kesempatan untuk melakukannya. Hasil ini tidak dimasukkan dalam mengambil kesimpulan.

f. Kesimpulan Tes Denver II

Hasil atau kesimpulan Denver II terdiri atas tiga interpretasi, sebagai berikut:

1) Normal

a) Bila tidak ada *Delays* (D) dan atau paling banyak satu *Caution* (C).

b) Lakukan ulangan tes pada kunjungan berikutnya.

2) *Suspect*/Diduga/Dicurigai ada keterlambatan

a) Bila ada dua atau lebih C atau satu atau lebih D.

- b) Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu untuk menghilangkan factor sesaat, seperti rasa takut, keadaan, dan kelelahan.
- 3) Tidak dapat diuji/*Untestable*
 - a) Bila ada skor menolak pada satu atau lebih komponen di sebelah kiri garis umur atau menolak lebih dari satu komponen yang ditembus garis umur pada daerah 75-90 persen.
 - b) Lakukan uji ulang dalam 1-2 minggu (Sulistiyawati, 2014).

4. Pengertian KPSP

Kuesioner Pra-Skrining Perkembangan (KPSP) suatu metode skrining terhadap kelainan perkembangan anak. Tujuan dari penggunaan KPSP sebagai instrument skrining adalah untuk mengetahui bagaimana perkembangan anak sesuai dengan umurnya. Selain itu instrument ini juga digunakan sebagai alat untuk mendeteksi penyimpangan perkembangan anak agar segera dapat dilakukan intervensi. Interpretasi hasil KPSP sebagai berikut:

- a. Hitunglah berapa jumlah jawaban ya:
 - 1) Jawaban “ya” bila orang tua/pengasuh anak menjawab anak bisa, pernah, sering atau kadang-kadang melakukannya.
 - 2) Jawaban “tidak” bila orang tua/pengasuh anak menjawab anak belum pernah, tidak melakukan, atau orang tua/pengasuh anak tidak tahu.
- b. Jumlah jawaban “ya” = 9 atau 10, berarti perkembangan anak sesuai dengan tahap perkembangannya (S).

- c. Jumlah jawaban “ya” = 7 / 8, berarti perkembangan anak meragukan (M).
- d. Jumlah jawaban “ya” = 6 / kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
- e. Untuk jawaban “tidak”, perlu dirinci jumlah jawaban “tidak” menurut jenis keterlambatan (gerak dasar, gerak halus, bicara dan bahasa, sosialisasi dan kemandirian).

5. Pengertian BBLR

BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (Saifuddin, 2009). Menurut Prawirohardjo, Sarwono (2006) BBLR adalah bayi lahir yang berat lahirnya saat kelahiran kurang dari 2500 gram atau sampai dengan 2449 gram. BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilan. (Depkes RI, 2009). Adapun macam-macam BBLR sebagai berikut :

- a. BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) dengan berat badan 1500-2500 gram
- b. BBLSR (Bayi Berat Lahir Sangat Rendah) dengan berat badan <1500 gram
- c. BBLSAR (Bayi Berat Lahir Sangat Amat Rendah) dengan berat badan <1000 gram (Saifuddin, 2001)

Faktor-faktor yang menyebabkan BBLR Menurut Wiknjastro (2005) dan Liewellyn (2002), terdapat banyak factor terjadinya kelahiran BBLR yaitu:

- a. Faktor ibu
 - 1) Gizi saat hamil yang kurang

- 2) Umur kurang dari 25 tahun diatas 35 tahun
- 3) Jarak kehamilan dan bersalin terlalu dekat
- 4) Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah (perokok)
- 5) Faktor pekerja yang terlalu berat

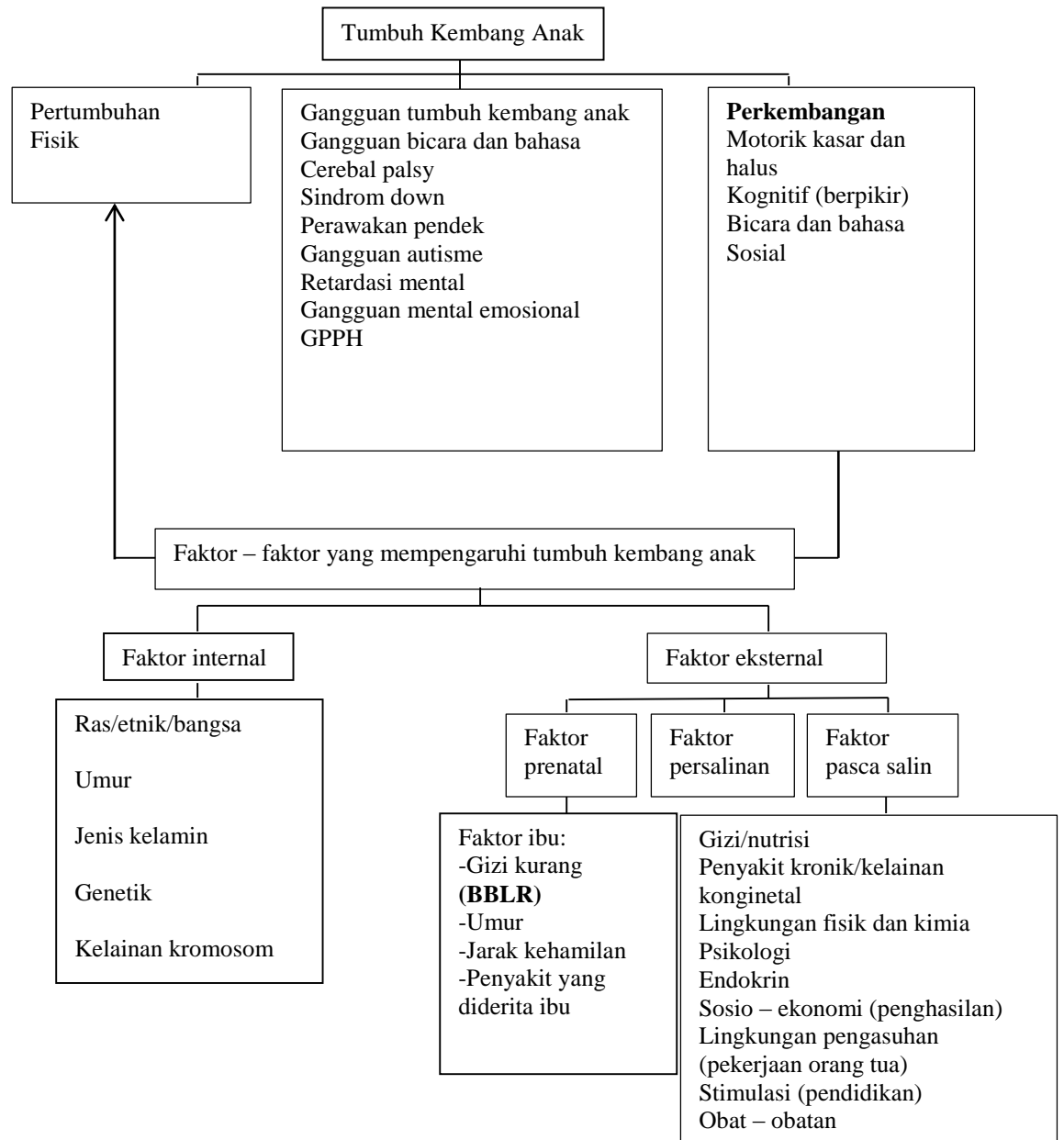
b. Faktor kehamilan

- 1) Hamil dengan hidramnion
- 2) Hamil ganda
- 3) Perdarahan antepartum
- 4) Komplikasi kehamilan seperti *preeklamps/eklamsi*, ketuban pecah dini (KPD)
- 5) Anemia dalam kehamilan
- 6) Riwayat melahirkan BBLR sebelumnya

c. Faktor janin

- 1) Cacat bawaan
- 2) Infeksi dalam Rahim

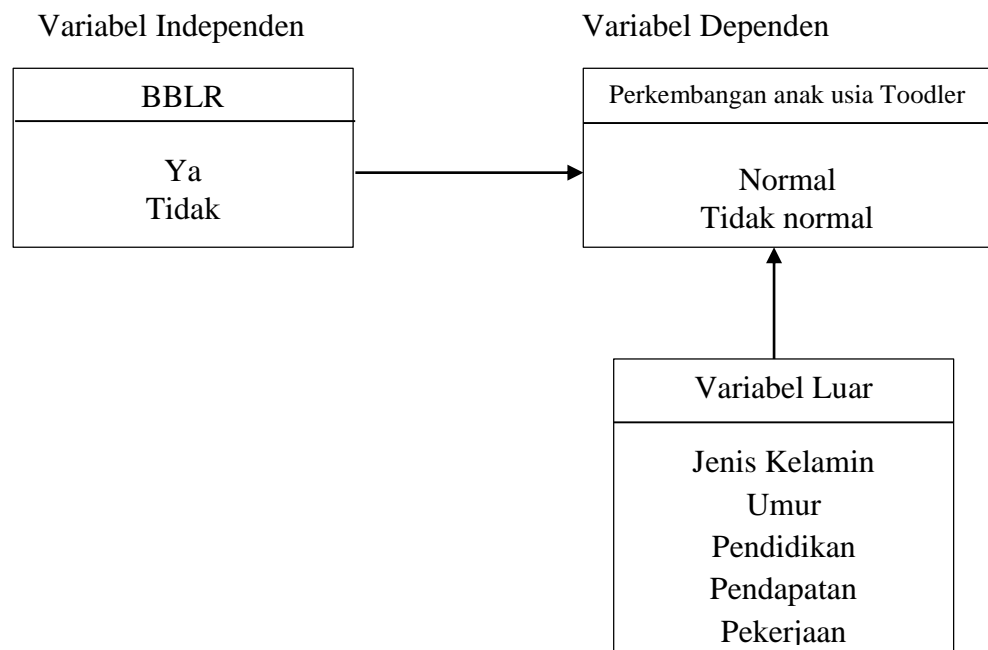
B. Kerangka Teori



Gambar 1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan Anak

Modifikasi Depkes RI (2012), Gunarsa (2008), Metwally *et al* (2016), Wiknjosastro (2005) dan Liewellyn (2002)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Ada hubungan BBLR dengan perkembangan anak usia toddler (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta.

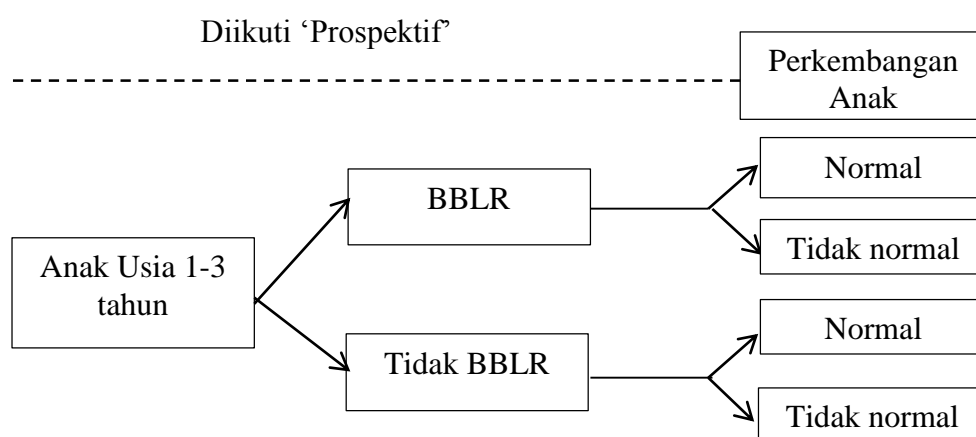
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan menggunakan pendekatan *Retrospektif*. Pendekatan *Retrospektif* adalah pendekatan yang melihat pada waktu yang lalu (melihat ke belakang) (Notoatmodjo, 2012).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi *kohort retrospektif*. Rancangan *kohort* adalah suatu penelitian survey (*noneksperimen*) yang paling baik dalam mengkaji hubungan antara factor resiko dengan efek (penyakit). Dengan menggunakan pendekatan retrospektif, dengan kata lain efek (perkembangan anak) diidentifikasi pada saat ini, kemudian factor resiko (kejadian BBLR) diidentifikasi ada atau terjadinya pada waktu yang lalu.



Gambar 3. Desain Penelitian Historical Cohort

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2006). Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Setiawan dan Saryono, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak yang lahir pada tahun 2013-2015 di wilayah Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul, Yogyakarta.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Setiawan dan Saryono, 2010). Sampel dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok faktor risiko (+) yaitu anak dengan riwayat BBLR pada saat lahir dan kelompok faktor risiko (-) yaitu anak yang lahir dengan riwayat tidak mengalami BBLR pada saat lahir

a. Kriteria Inklusi

- 1) Anak yang tidak mengalami kelainan kongenital
- 2) Rekam medis lengkap.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Anak tidak di temukan.
- 2) Anak yang sakit dalam dua minggu terakhir.

3. Teknik Sampel

Sampling (teknik pengambilan sampel) merupakan suatu proses pemilihan dan penentuan jenis sampel dan perhitungan besarnya sampel yang akan menjadi subjek atau objek penelitian. Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah teknik *Simple Random Sampling* (pengambilan sampel acak sederhana). Teknik *Simple Random Sampling* adalah pengambilan sampel dimana seluruh individu yang menjadi anggota populasi memiliki peluang yang sama dan bebas dipilih sebagai anggota sampel. Adapun cara yang digunakan dalam pengambilan sampel secara *Simple Random Sampling* adalah menggunakan cara undian (Notoadmodjo, 2010).

Besaran sampel penelitian ditetapkan dengan menggunakan rumus besar untuk penelitian kohort sebagai berikut (Sastroasmoro, 2011):

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

Keterangan:

- n : Jumlah sampel penelitian
- $z\alpha$: Devariat baku alpha/ Tingkat kemaknaan (ditentukan oleh peneliti)
- $z\beta$: Devariat baku beta/ estimasi kesalahan (ditentukan oleh peneliti)
- RR : Risiko relatif yang bermakna secara klinis dengan *clinical judgment*
- P : Proporsi atau keadaan yang akan dicari dari pustaka ($\frac{1}{2}(P_1+P_2)$)
- P_1 : Proporsi standar dari pustaka ($RR \times P_2$)
- P_2 : Perkiraan proporsi efek pada kelompok kontrol dari pustaka

Berpatokan kepada rumus besar sampel untuk penelitian kohort, maka diketahui:

- a. Nilai RR dengan menggunakan data resiko penyimpangan perkembangan pada BBLR sebanyak 2 kali (nilai minimum) lebih sering di bandingkan dengan bayi lahir berat normal (Gomella TL, 2004).
- b. Nilai P_2 diperoleh berdasarkan Angka kejadian BBLR di Indonesia yaitu berkisar antara 9%-30%. Berdasarkan data tersebut peneliti memutuskan untuk menggunakan 30% sebagai perkiraan proporsi efek pada kelompok kontrol (Ngaisyah, 2016).
- c. Nilai P_1 diperoleh dengan mengalikan nilai RR terhadap nilai P_2 sehingga diperoleh $P_1 = 2 \times 0,30 = 0,60$.
- d. Nilai P diperoleh dari hasil penjumlahan nilai P_1 dan P_2 dibagi dengan 2.
Maka $P = \frac{1}{2} (0,60 + 0,30) = 0,45$
- e. Nilai α ditentukan sebesar 5% (0.05) sehingga diperoleh nilai devariat baku alpha berdasarkan table distribusi z sebesar 1,960 (Wiyono, 2011).
- f. Nilai $z\beta$ ditentukan berdasarkan nilai estimasi kesalahan sebesar 10% (0.10) dengan demikian diperoleh nilai devariat baku beta berdasarkan table distribusi z sebesar 1,282 (Wiyono, 2011).

Sehingga perhitungan sampel dalam penelitian ini berdasarkan data sebelumnya sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,960\sqrt{2 \times 0,45(1 - 0,45)} + 1,282\sqrt{0,60(1 - 0,60) + 0,30(1 - 0,30)})^2}{(0,60 - 0,30)^2}$$

$$n = \frac{(1,960\sqrt{0,495} + 1,282\sqrt{0,45})^2}{(0,60 - 0,30)^2}$$

$$n = \frac{(1,960 \times 0,703 + 1,282 \times 0,671)^2}{(0,60 - 0,30)^2}$$

$$n = \frac{(1,378 + 0,860)^2}{(0,60 - 0,30)^2}$$

$$n = \frac{(2,238)^2}{(0,30)^2} = \frac{5,008}{0,09} = 55,64$$

Berdasarkan hasil perhitungan sampel dengan menggunakan rumus besar penelitian kohort diperoleh jumlah sampel penelitian sebesar 55,64 atau digenapkan sebesar 56 sampel.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul, Yogyakarta

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 30 Desember 2016 sampai tanggal 12 Januari 2017.

D. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu (Notoatmojo,2010). Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu :

- a. Variabel independen, yaitu variabel bebas atau yang mempengaruhi, dalam penelitian ini adalah kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).
- b. Variabel dependen, yaitu variabel terikat atau yang dipengaruhi, dalam penelitian ini adalah Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun).

E. Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional adalah batasan atau definisi variabel. Tujuan definisi operasional adalah agar variabel dalam penelitian dapat diukur dengan menggunakan instrumen atau alat ukur. Adapun definisi operasional dalam penelitian akan di uraikan dalam tabel berikut ini:

Tabel 1. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala Pengukuran
1	Independen: Kejadian BBLR	Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah <2500 gram yang tertera dalam buku kohort persalinan Puskesmas Dlingo II	1. BBLR (jika berat badan lahir <2500 gram) 2. Tidak BBLR (jika berat badan lahir \geq 2500 gram)	Rekam medis	Nominal
2	Dependen: Perkembangan anak	Satus perkembangan anak yang dinilai melalui aspek	1. Tidak Normal (Jika salah satu	DDST II	Nominal

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

	personal sosial, gerakan motorik halus, bahasa dan gerakan motorik kasar yang diperoleh dari hasil penilaian tes DDST II	dari keempat aspek penilaian berada dalam kategori <i>suspect</i> atau <i>untestable</i>		
		2. Normal (Jika semua aspek penilaian dari tes DDST II berada dalam kategori normal)		
. Identitas Responden				
a. Umur anak	Lamanya hidup anak yang dihitung sejak hari kelahiran anak sampai dengan tanggal dilakukan penelitian	1. 1 tahun 2. 2 tahun 3. 3 tahun	wawancara a	Ordinal
b. Jenis kelamin anak	Pembedaan gender pada anak yaitu laki – laki dan perempuan	1. Perempuan 2. Laki-laki	wawancara a	Nominal
c. Pendidikan Ibu	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh ibu sampai mendapatkan ijazah	1. Rendah (SD,SMP) 2. Tinggi (SMA, PT)	wawancara a	Ordinal
d. Pekerjaan Ayah	Mata pencaharian ayah yang dijadikan pokok penghasilan	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	wawancara a	Nominal
e. Pekerjaan Ibu	Mata pencaharian ibu yang dijadikan pokok penghasilan	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	wawancara a	Nominal
e. Pendapatan orang tua	Pendapatan keluarga sesuai dengan Upah Minimum Regional di Kabupaten Bantul	1. <1.297.700 2. >1.297.700	wawancara a	Nominal

F. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

- a. Data primer, yaitu data yang langsung diperoleh peneliti dari responden atau sampel. Dalam penelitian ini data primer meliputi: perkembangan anak, pendidikan ibu, pekerjaan ayah, pekerjaan ibu dan pendapatan orang tua. Perkembangan anak dalam penelitian ini menggunakan DDST II untuk mengetahui perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun). Pengambilan data di bantu oleh enumerator berjumlah 3 orang bidan dengan pendidikan D4.
- b. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari berbagai sumber. Dalam penelitian ini digunakan data rekam medis untuk mengetahui BBLR dan jenis kelamin bayi.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam penelitian. Proses pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengajukan surat studi pendahuluan di Poltekkes Kemenkes.
- b. Meminta izin ke Kepala Puskesmas Dlingo II untuk melakukan penelitian.

- c. Menentukan subyek/sampel yaitu seluruh data BBL dari tahun 2013-2016 di Puskesmas Dlingo II.
- d. Menentukan sampel *exposed* (BBLR) dan *non exposed* (Tidak BBLR).
- e. Mengukur perkembangan anak dengan DDST dengan cara menelusuri alamat anak sesuai rekam medik.
- f. Melakukan wawancara singkat terkait identitas responden.

G. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

Tahap ini dilaksanakan mulai minggu pertama Juli 2016 antara lain pengajuan judul, penelusuran pustaka, studi pendahuluan, penyusunan proposal. Pengajuan izin penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2016.

2. Tahap pengumpulan data

Tahap ini dilaksanakan mulai 30 Desember 2016 sampai akhir Januari 2017 di Puskesmas Dlingo II Kec. Dlingo, Kab Bantul, Yogyakarta. Pengambilan data di bantu oleh enumerator berjumlah 3 orang bidan di Puskesmas Dlingo II dengan pendidikan D4.

3. Tahap penyusunan laporan

Tahap ini dilaksanakan mulai Minggu ke-3 bulan Januari 2016, meliputi analisis data statistik, pembahasan hasil, perumusan kesimpulan, presentasi hasil serta melaporkan hasil penelitian pada pihak Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul, Yogyakarta

H. Manajemen Data

1. Pengolahan Data

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Peneliti mengumpulkan hasil kuesioner yang diperoleh lalu disunting (edit) terlebih dahulu, jika masih ada data atau informasi yang tidak lengkap dan tidak mungkin dilakukan penelitian ulang, maka kuesioner tersebut dikeluarkan (*drop out*).

b. *Coding*

Yaitu melakukan pemberian kode berdasarkan variabel yang diteliti untuk memudahkan pengolahan.

1) BBLR

1 = BBLR

2 = Tidak BBLR

2) Perkembangan anak

1 = Tidak Normal

2 = Normal

3) Umur Anak

1 = 1 tahun

2 = 2 tahun

3 = 3 tahun

4) Jenis kelamin anak

1 = perempuan

2 = laki-laki

5) Pendidikan Ibu

1 = rendah

2 = tinggi

6) Pekerjaan Ibu

1 = tidak bekerja

2 = bekerja

7) Pekerjaan Ayah

1 = tidak bekerja

2 = bekerja

8) Pendapatan Orang tua

1 = $< 1.297.700$

2 = $\geq 1.297.700$

c. Transferring

Memindahkan data menurut faktor penyebab ke dalam master tabel.

d. Tabulating

Melakukan penataan data kemudian menyusun dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

2. Analisis Data

a. Analisis *Univariat*

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmodjo, 2010). Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase dari setiap variabel yang dipilih yaitu menurut kejadian BBLR, perkembangan anak, umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan ibu, pendidikan ayah, pekerjaan orang tua dan penghasilan orang tua.

b. Analisis *Bivariate*

Analisis bivariat yaitu dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmojo, 2010). Dalam penelitian ini analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan antara variabel independen (kejadian BBLR) dan variabel dependen (perkembangan anak) akan digunakan uji statistik sebagai berikut:

1) Chi-Square

Pembuktian uji Chi square menurut (Riyanto, 2009) dapat menggunakan formula:

$$X^2 = \frac{\sum(f_o - f_e)}{f_e}$$

Keterangan:

X^2 : nilai Chi square

f_o : frekuensi yang diobservasi

f_e : frekuensi yang diharapkan

Syarat uji Chi-Square adalah tidak ada nilai *expected* yang kurang dari 5. Jika syarat uji Chi-Square tidak terpenuhi, maka dapat dipakai uji alternatifnya yaitu uji *Fisher's Exact Test*. Kedua variabel yang diuji dikatakan memiliki hubungan yang signifikan apabila dengan tingkat kepercayaan 95%, didapatkan nilai *p-value* kurang dari 0,05 (Sugiyono, 2011).

2) Risiko Relatif / *Relative Risk* (RR)

Resiko relative menggambarkan peran faktor yang diteliti terhadap terjadinya penyakit, bila nilai risiko relative = 1 maka faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko, nilai yang lebih dari 1 menunjukkan bahwa faktor tersebut merupakan faktor risiko sedangkan nilai yang kurang dari 1 menunjukkan bahwa faktor yang diteliti tersebut bersifat protektif (Sastroasmoro, 2010). Pada studi kohort, risiko relatif (*relative risk*) diformulasikan sebagai berikut :

$$\text{Resiko Relatif} = \frac{\text{Prevalensi penyakit pada kelompok terpajan}}{\text{Prevalensi penyakit pada kelompok tidak terpajan}}$$

c. Analisis *Multivariate*

Analisis multivariat adalah metode statistik yang digunakan untuk analisis lebih dari satu variabel bebas. Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah statistik regresi *cox* yaitu untuk menguji untuk

melihat apakah variabel *independent* atau setiap kovariat berpengaruh signifikan atau tidak (Glidden, 2004).

Perhitungan multipel regresi *cox* pada penelitian ini dibantu dengan komputerisasi. Analisis stratifikasi ini dilakukan dengan tujuan untuk menyingkirkan variabel perancu.

I. Etika Penelitian

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Jika subjek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan namun jika subjek tidak bersedia peneliti harus menghormati hak pasien. (Hidayat, 2010).

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberi jaminan dalam penggunaan subjek 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 disajikan. (Hidayat, 2010).

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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 akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Profil Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul

Kecamatan Dlingo merupakan wilayah paling timur di Kabupaten Bantul. Wilayah Kecamatan Dlingo berupa perbukitan dengan ketinggian ± 450 m di atas permukaan laut, di atas gugusan pegunungan kapur sebelah selatan pulau Jawa. Puskesmas Dlingo II adalah Puskesmas rawat jalan yang ada di Wilayah Kecamatan Dlingo.

Puskesmas Dlingo II berada di tepi jalan yang menghubungkan Pusat Kecamatan Dlingo dengan Jalan Raya Jogja-Wonosari, tepatnya di dusun Pencitrejo RT 01 Desa Terong. Puskesmas Dlingo II memiliki luas wilayah $\pm 29,51$ km² yang terdiri dari 3 (tiga) desa yaitu Desa Terong di sebelah utara memiliki 9 dusun, Desa Muntuk disebelah barat daya memiliki 11 dusun dan Desa Jatimulyo di sebelah tenggara memiliki 10 dusun. Puskesmas Dlingo II terdiri dari 1 Puskesmas Induk yang berada di Desa Terong, 4 Puskesmas Pembantu (Pustu Dangwesi di desa Terong, Pustu Muntuk di desa Muntuk, Pustu Seropan di desa Muntuk, Pustu Jatimulyo di desa Jatimulyo)-namun pada tahun 2013 dengan berbagai pertimbangan Pustu Dangwesi ditutup dan di fungsikan sebagai sarana publik lainnya dan 3 Balai Pengobatan.

Luas gedung untuk puskesmas induk sebesar 380 m² pada lahan seluas 3375 m², gedung pustu Dangwesi sebesar 70 m² pada lahan seluas 240 m²,

gedung pustu Muntuk sebesar 84 m² pada lahan seluas 300 m², gedung pustu Jatimulyo sebesar 72 m² pada lahan seluas 300 m², gedung pustu Seropan sebesar 54 m² pada lahan seluas 400 m². Geografis wilayah Puskesmas Dlingo II adalah pegunungan sehingga rawan dengan bencana tanah longsor. Jarak jangkauan ke pusat pelayanan kesehatan rujukan di Kabupaten ±23 km.

B. Hasil Penelitian

1. Hasil Uji Univariat

Hasil uji univariat karakteristik responden terhadap variabel penelitian sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Uji Univariat Karakteristik Responden

Karakteristik responden	Distribusi	
	Frekuensi (n)	%
Perkembangan Anak		
- Normal	81	72.3
- Tidak Normal	31	27.7
Umur Anak		
- Rerata (SD)	2.3 (0.7)	
Jenis Kelamin Anak		
- Perempuan	55	49.1
- Laki-laki	57	50.9
Pendidikan Ibu		
- Rendah (SD atau SMP)	61	54.5
- Tinggi (SMA atau perguruan tinggi)	51	45.5
Pendidikan Ayah		
- Rendah (SD atau SMP)	58	51.8
- Tinggi (SMA atau perguruan tinggi)	54	48.2
Pekerjaan Orang Tua		
- Tidak bekerja	2	1.8

- Bekerja	110	98.2
Pendapatan Orang Tua (per bulan)		
- < 1.297.700	56	50.0
- > 1.297.700	56	50.0

Sumber: Hasil Olah Data

Berdasarkan hasil uji univariat variabel penelitian pada tabel 2, diketahui bahwa distribusi responden pada kejadian BBLR diperoleh sebanyak 56 anak atau 50.0% dan kejadian non BBLR diperoleh sebanyak 56 anak atau 50.0%. Distribusi responden (anak) didominasi oleh perkembangan anak normal dengan jumlah sebanyak 81 anak atau 72,3%. Distribusi responden berdasarkan umur anak diperoleh rerata sebesar 2.3 tahun dengan standar deviasi sebesar 0.7. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin diketahui didominasi oleh responden dengan jenis kelamin laki-laki dengan jumlah sebanyak 57 anak atau 50.9%. Distribusi responden berdasarkan pendidikan ibu didominasi oleh pendidikan dengan kategori rendah (SD atau SMP) sebanyak 61 orang atau 54.5%.

Selanjutnya distribusi responden berdasarkan pendidikan ayah didominasi oleh pendidikan dengan kategori rendah (SD atau SMP) sebanyak 58 orang atau 51.8%. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan orang tua didominasi oleh responden yang memiliki pekerjaan sebanyak 110 orang atau 98.2%. Distribusi responden berdasarkan pendapatan orang tua < Rp.1.297.700,- diketahui sebanyak 56 orang atau 50.0% dan responden dengan pendapatan > Rp.1.297.700,- diketahui sebanyak 56 orang atau 50.0%.

2. Hasil Uji Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan secara kasar (*crude*) antara satu variabel independen dengan variabel dependen tanpa mempertimbangkan variabel independen atau faktor risiko lainnya. Untuk mengetahui hubungan tersebut semua variabel independen dengan kejadian BBLR, satu persatu dilakukan uji statistik beda proporsi *Chi Square*, yaitu dengan membandingkan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi).

Tabel 3. Tabel Silang Umur Anak Dengan Perkembangan Anak usia 1-3 Tahun di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta

Variabel	Perkembangan Anak				<i>p</i>	RR	CI
	Tidak Normal		Normal				
	n	(%)	n	(%)			
BBLR							
BBLR	26	46.4	30	53.6	0,00	5.2	2.15 - 12.57
Non BBLR	5	8.9	51	91.1			
Jenis Kelamin							
Perempuan	17	30.9	38	69.1	0.53	1.3	0.69 - 2.30
Laki-Laki	14	24.6	43	75.4			
Pendidikan Ibu							
Rendah	26	42.6	35	57.4	0.00	4.6	1.80 - 10.50
Tinggi	5	9.8	46	90.2			
Pendidikan Ayah							
Rendah	26	44.8	32	55.2	0.00	4.8	2.00 - 11.70
Tinggi	5	9.3	49	90.7			
Pekerjaan Orang Tua							
Bekerja	31	28.2	79	71.8	0.99	1.4	1.24 - 1.57
Tidak Bekerja	0	0.0	2	100.0			
Penghasilan Orang Tua							

<Rp.1.297.700	26	46.4	30	53.6				
>Rp.1.297.700	5	8.9	51	91.1	0.00	5.2	2.15 -	12.57
Variabel	Mean	SD	S.E Mean	t	df	P	CI	
							Lower	Upper
Umur Anak - Perkemb.Anak	0.63	0.84	0.08	8.0	111	0.00	0.47	0.79

Sumber: Hasil Olah Data

Berdasarkan tabel 3, diketahui hasil uji bivariat hubungan kejadian BBLR dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik terbukti signifikan (nilai $p = 0,00$). Hasil uji bivariat hubungan pendidikan ibu dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik terbukti signifikan (nilai $p=0,00$). Hasil uji bivariat hubungan pendidikan ayah dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik terbukti signifikan (nilai $p = 0,00$). Hasil uji bivariat hubungan penghasilan orang tua dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik terbukti signifikan (nilai $p = 0,00$). Hasil uji bivariat hubungan faktor umur anak dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik terbukti signifikan (nilai $p = 0,00$).

Sedangkan hasil uji bivariat hubungan yang tidak signifikan diperoleh terhadap hubungan faktor jenis kelamin (nilai $p = 0,53$) dan faktor pekerjaan orang tua (nilai $p = 0,99$) dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun.

3. Hasil Uji Multivariat

Analisis multivariabel regresi *cox* dilakukan untuk menetapkan besarnya hubungan antara variabel independen dengan dependen. Langkah pengujian dengan menentukan variabel kandidat yang akan masuk ke dalam analisis multivariabel regresi *cox* dengan mempertimbangkan kemaknaan secara substansi dan statistik dengan nilai $p < 0,1$ pada uji bivariabel regresi *cox* (Hosmer & Lemeshow dalam Suparmi, 2010). Berdasarkan hasil uji bivariabel regresi *cox* hanya variabel pendidikan ayah dan penghasilan orang tua yang masuk ke dalam kandidat permodelan.

Tabel 4. Hubungan BBLR Terhadap Perkembangan Anak Usia 1-3 Tahun Setelah Dikontrol Variabel Pendidikan Ayah Dan Penghasilan Orang Tua

Variabel Terikat	Variabel Bebas	Variabel Luar	B	P value	RR	95.0% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
Perkembangan Anak Usia 1-3 tahun		BBLR	1.164	0.021	3.2	1.12	8.63
		Pendidikan Ayah	1.027	0.044	2.7	1.03	7.60
		Penghasilan Ortu	0.959	0.066	2.6	0.94	7.24

Sumber: Hasil Olah Data

Interpretasi model terbaik berdasarkan hasil pada Tabel 4 sebagai berikut:

Kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.021$ yang kurang dari 0.1

berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan pendidikan ibu rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 3.202 kali lebih besar daripada anak dengan kejadian BBLN.

Faktor pendidikan ayah pada kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.044$ yang kurang dari 0.1 berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan pendidikan ayah rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 2.792 kali lebih besar daripada anak dengan pendidikan ayah tinggi.

Faktor penghasilan orang tua pada kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.066$ yang kurang dari 0.1 berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan penghasilan orang tua rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 2.609 kali lebih besar daripada anak dengan penghasilan orang tua tinggi.

C. Pembahasan

1. Hubungan Kejadian BBLR dengan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta

Hubungan kejadian BBLR dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara bivariat terbukti signifikan (nilai $p = 0,00$) dengan $RR = 5.2$ (95% CI: 2.15 - 12.57), artinya kemungkinan risiko perkembangan tidak normal anak

usia 1-3 tahun pada anak dengan kejadian BBLR adalah 5.2 kali lebih besar dibandingkan pada anak dengan kejadian Non BBLR.

Anak dengan riwayat BBLR memiliki risiko untuk mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan di masa depan. Hambatan tersebut akan terjadi pada tahun-tahun pertama kehidupan anak dengan riwayat BBLR. Sebagaimana diketahui, pertumbuhan merupakan suatu hal yang berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, dan ukuran yang dapat diukur dengan ukuran berat dan panjang. Adapun perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan sebagai hasil dari proses pematangan.

Penelitian yang dilakukan oleh Chapakia (2016) menemukan hasil yang serupa bahwa keterampilan pada anak dengan riwayat BBLR cenderung terhambat. Nilai p yang diperoleh yaitu 0.007, artinya ada hubungan antara riwayat berat badan lahir dengan perkembangan motorik anak. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Pondaag, dkk (2015) menemukan bahwa terdapat hubungan antara anak dengan riwayat BBLR dengan gangguan perkembangan anak dalam hal ini kejadian asma pada anak.

Anak dengan riwayat BBLR dapat mengalami gangguan mental dan fisik pada usia balita. Beberapa penelitian mengungkapkan anak yang lahir dengan riwayat BBLR mempunyai pola perkembangan yang lebih rendah dibandingkan dengan anak berat lahir normal. Terdapat hambatan

perkembangan yang serius pada anak dengan riwayat BBLR yang dimulai sejak dalam kandungan hingga anak berumur 2 tahun sehingga anak tidak pernah mencapai berat badan ideal. Jika tidak mendapatkan perawatan yang baik, hambatan terjadi tidak hanya pada pertumbuhan fisik saja, melainkan juga pada perkembangannya.

Perkembangan merupakan proses maturasi/pematangan organ tubuh termasuk berkembangnya mental/intelegensi serta perilaku anak (Soetjningsih, 2012). Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia perkembangan merupakan proses dari interaksi kematangan susunan saraf pusat dengan organ yang dipengaruhinya, seperti perkembangan sistem neuromuskuler, kemampuan bicara, emosi dan sosialisasi. Kesemua fungsi tersebut berperan penting dalam kehidupan manusia yang utuh. Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan usianya. Pertumbuhan lebih mengarah pada bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh. Pertumbuhan itu sendiri, terjadi secara simultan dengan perkembangan.

Anak dengan riwayat BBLR mempunyai risiko 3,34 kali lebih besar untuk mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan anak yang lahir dengan berat badan normal karena pertumbuhan dan perkembangannya lebih lambat. Bayi dengan BBLR akan tumbuh dan berkembang lebih lambat karena pada bayi dengan BBLR sejak dalam kandungan telah mengalami retardasi pertumbuhan *interuterin* dan akan berlanjut sampai usia selanjutnya,

dan bayi BBLR juga mengalami gangguan pencernaan seperti kurang menyerap lemak dan protein sehingga mengakibatkan kurangnya cadangan zat gizi dalam tubuh (Arnizam, 2007).

Bayi baru lahir dengan BBLR akan lebih cepat bertambah berat badanya seakan-akan mengejar ketertinggalannya sedangkan bayi tidak BBLR umumnya sering tumbuh lambat hal ini diperkirakan oleh kualitas dan kuantitas makanan serta gangguan pencernaan. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi kurang pada anak balita adalah berat lahirnya yang kurang (BBLR). Bayi dengan berat lahir rendah mengalami pertumbuhan dan perkembangan lebih lambat pada organ-organ tubuhnya. Keadaan ini menjadi lebih buruk lagi jika BBLR kurang mendapat asupan energi dan zat gizi, mendapat pola asuh yang kurang baik, dan sering menderita penyakit infeksi (Wibowo, 2008).

Sedangkan menurut Rukiyah dan Lia (2010) sangat perlunya dilakukan pencegahan terhadap infeksi karena BBLR sangat rentan dengan infeksi dengan memperhatikan prinsip-prinsip infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/ nutrisi bayi dan erat kaitannya sehingga harus dilakukan penimbangan yang ketat dan pengawasan nutrisi/ASI, karena refleks menelan BBLR belum sempurna oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.

Peneliti menyimpulkan bahwa anak dengan kejadian BBLR akan mengalami resiko lebih besar terjadinya pertumbuhan tidak normal. Besaran resiko relative terjadinya perkembangan tidak normal pada anak dengan kejadian BBLR diperoleh sebesar 5.20 kali lebih besar daripada anak dengan kejadian non BBLR.

2. Hubungan Kejadian BBLR dengan Perkembangan Anak Setelah Dikontrol Dengan Umur Anak, Jenis Kelamin Anak, Pendidikan Orang Tua, Pekerjaan Orang Tua, Status Ekonomi Orang Tua

Hasil uji multivariate pada tabel 6, diperoleh hubungan variabel BBLR terhadap perkembangan anak usia 1-3 tahun secara parsial, faktor pendidikan ayah dan penghasilan orang tua yang memiliki hubungan signifikan terhadap perkembangan anak usia *toddler*, sedangkan faktor usia, jenis kelamin, pendidikan ibu dan pekerjaan diketahui tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap perkembangan anak sehingga tidak bisa diketahui besaran resiko relatif dari faktor-faktor tersebut. Berikut pemaparan kejadian BBLR setelah dikontrol oleh faktor-faktornya yang diperoleh memiliki hubungan signifikan terhadap perkembangan anak:

- a. Kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.021$ yang kurang dari 0.1 berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan pendidikan ibu rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 3.2 kali lebih besar daripada anak dengan kejadian BBLN.

- b. Faktor pendidikan ayah pada kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.194$ yang kurang dari 0.1 berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan pendidikan ayah rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 0.7 kali lebih besar daripada anak dengan pendidikan ayah tinggi.
- c. Faktor penghasilan orang tua pada kejadian BBLR berpengaruh penting pada perkembangan anak usia 1-3 tahun (*toddler*) ditunjukkan dengan nilai $p = 0.005$ yang kurang dari 0.1 berarti ada pengaruh signifikan menunjukkan bahwa kejadian BBLR pada anak dengan penghasilan orang tua rendah memiliki resiko perkembangan anak tidak normal 0.4 kali lebih besar daripada anak dengan penghasilan orang tua tinggi.

Tingkat pertumbuhan dan perkembangan pada anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain status ekonomi keluarga dan tingkat pendidikan orang tua. Status ekonomi keluarga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Anak yang dibesarkan di keluarga yang memiliki status ekonomi tinggi akan lebih mudah untuk memenuhi kebutuhan gizi yang lebih baik dibandingkan dengan anak yang dibesarkan di keluarga yang berstatus ekonomi sedang atau rendah. Anak dengan latar belakang status ekonomi rendah biasanya memiliki keterkaitan dengan masalah kekurangan makanan, kesehatan lingkungan yang buruk, serta ketidaktahuan terhadap proses tumbuh kembang. Hal tersebut akan

menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak secara langsung (DepKes RI, 2012).

Susetyo, dkk. (2012) dalam hasil penelitiannya menemukan bahwa ayah memainkan dua peran dalam keluarga, yaitu peran publik dan domestik. Peran publik mengacu pada pengambil pendapatan keluarga, sedangkan peran domestik mencakup stimulasi, pengasuhan, dan pendidikan anak-anak. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningtyas dan Wayanti (2016) menemukan ada pengaruh pendidikan keluarga (ayah dan ibu) terhadap perkembangan motorik halus anak.

Terkait dengan pendapatan orang tua, Febrianto (2012) menemukan adanya hubungan positif yang signifikan antara tingkat penghasilan orangtua dengan status gizi anak. Besarnya sumbangan tingkat penghasilan orangtua adalah sebesar 42,105% dan nilai korelasi sebesar 0,649. Semakin tinggi tingkat penghasilan orangtua, maka semakin baik pula status gizi anak, sebaliknya semakin rendah tingkat penghasilan orangtua, semakin kurang baik pula status gizi anak.

Status ekonomi sering dikaitkan dengan tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi status ekonomi seseorang akan semakin tinggi pula tingkat pendidikannya. Keluarga dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih mudah menerima informasi atau arahan tentang cara meningkatkan tumbuh kembang anak, penggunaan fasilitas kesehatan, serta pendidikan yang terbaik untuk anaknya dibandingkan keluarga dengan tingkat pendidikan rendah.

Tumbuh kembang anak dapat juga dipengaruhi oleh berbagai faktor lainnya seperti stimulasi orang tua, nutrisi, serta jenis kelamin. Nutrisi dan stimulasi orang tua merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan dalam keberlangsungan proses tumbuh kembang anak. Anak yang mendapatkan kebutuhan nutrisi yang cukup dan stimulasi yang terarah dari orang tua akan memiliki tumbuh kembang yang optimal (Soetjiningsih, 2012).

anak dengan riwayat BBLR sangat membutuhkan perhatian khusus terutama pada periode usia *toddler*. Usia *toddler* terjadi antara 1 sampai 3 tahun. Usia ini merupakan masa keemasan pada anak karena pada masa ini anak akan sangat cepat mempelajari hal-hal baru. Keberhasilan menguasai tugas-tugas perkembangan pada usia *toddler* membutuhkan dasar yang kuat selama masa pertumbuhan dan memerlukan bimbingan dari orang lain terutama orang tua. Berdasarkan hal tersebut, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang pada anak usia *toddler* harus diberikan secara optimal oleh orang tua maupun anggota keluarga lainnya. Pemberian stimulasi yang rendah dan tingkat kesejahteraan yang kurang di rumah akan menyebabkan tumbuh kembang anak menjadi terganggu dan bagi anak dengan riwayat BBLR akan semakin berisiko lebih besar.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Ada hubungan kejadian BBLR dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun secara statistik bivariat terbukti signifikan.
2. Distribusi responden (anak) didominasi oleh perkembangan anak normal sebesar 72,3%, rerata umur responden sebesar 2.3 tahun dengan standar deviasi sebesar 0.7, responden dengan jenis kelamin laki-laki sebesar 50.9%, pendidikan ibu dengan kategori rendah (SD atau SMP) sebesar 54.5%, pendidikan ayah dengan kategori rendah (SD atau SMP) sebesar 51.8%, orang tua responden yang berkerja sebesar 98.2% serta pendapatan orang tua yang diatas dan dibawah UMR masing-masing diketahui sebanyak 50.0%.
3. Diperoleh hubungan variabel BBLR terhadap perkembangan anak usia 1-3 tahun yang dikontrol oleh pendidikan ayah dan penghasilan orang tua.
4. Kemungkinan risiko perkembangan tidak normal anak usia 1-3 tahun pada anak dengan kejadian BBLR adalah 5.20 kali lebih besar dibandingkan pada anak dengan kejadian BBLN.

B. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini hanya meneliti kejadian BBLR dalam hubungannya dengan perkembangan anak usia 1-3 tahun yang dihitung berdasarkan umur anak, jenis kelamin anak, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, penghasilan

orang tua. Masih terdapat beberapa asumsi lainnya yang berhubungan dengan perilaku seperti faktor yang belum diteliti diantaranya faktor lingkungan, asupan gizi, budaya dan faktor-faktor lainnya untuk mengotimalkan hasil penelitian pada penelitian selanjutnya.

2. Penelitian melibatkan subyek penelitian dalam jumlah terbatas, yakni sebanyak 112 orang, sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan pada kelompok subyek dengan jumlah yang besar.
3. Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur karena keperluan penghematan waktu dan tenaga. Namun, kuesioner memiliki keterbatasan seperti bias dalam mengisi pertanyaan. Terdapat kemungkinan para responden tidak mengisi dengan sesungguhnya atau hanya mengisi berdasarkan kondisi ideal yang diharapkan dan bukan kondisi sebenarnya yang sedang terjadi serta pengisian kuesioner oleh responden dalam waktu dan tempat yang tidak bersamaan.

C. Saran

1. Bagi masyarakat khususnya pihak keluarga agar lebih memberikan perhatian kepada anak dengan riwayat BBLR dengan memberikan upaya kesehatan yang lebih optimal sehingga anak dapat mencapai proses tumbuh kembang yang sesuai dengan usianya. Orang tua diharapkan untuk memiliki pengetahuan yang cukup mengenai dampak dari kejadian BBLR pada anak dan cara penanganannya dan diharapkan mampu mencukupi kebutuhan fisik maupun psikologis perkembangan anak.

2. Peneliti mengharapkan agar para tenaga kesehatan khususnya bidan agar lebih memberikan perhatian kepada anak dengan riwayat BBLR terutama pada perkembangannya serta dapat melakukan pendidikan kesehatan secara berkelanjutan kepada pihak keluarga mengenai dampak dan cara mencegah komplikasi yang disebabkan oleh kelahiran BBLR.

DAFTAR PUSTAKA

- Ades Santri, Antarini Idriansari, Bina Melvia Girsang. 2014. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia Toddler (1.3 Tahun) Dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Volume 5 Nomor 01 Maret 2014ISSN: 2086-6380.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Amisam. 2--7. Hubungan BBLR dengan status gizi anak usia 6-24 bulan. *Tesis*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Cendikia. A.R., 2012. Hubungan Karakteristik Ibu Hamil Berat Badan LahirRendah Di Kepolisihan Pusat R.S. Sukanto Kramat Jati, Jakarta Timur tahun 2010, Fakultas Kedokteran Universitas Pembangunan Nasional“Veteran” Jakarta. Available from: <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/5FKS1KEDOKTERAN/0810211029/BAB%20II.pdf> (Diakses pada 5 Mei 2013)
- Chapakia, Miss Iman. 2016. Hubungan Riwayat Berat Badan Lahir (BBL) Dengan Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 2-5 Tahun Di Posyandu Gonilan Kartasura. *Skripsi* Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Dewi, Renata Aditya. 2012. Pengaruh Status Kurang Energi Kronis (KEK) Dan Status Anemia Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Pada Ibu Hamil Usia Dini (Studi Di Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember). *Skripsi* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Depkes. 2012. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak Ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Bakti Husada.
- Dinkes Bantul. 2014. *Profil Kesehatan Tahun 2014*. Bantul. Diakses melalui: [Http://www.dinkes.bantulkab.go.id/filestorage/.../Narasi%20Profil%202014.p](Http://www.dinkes.bantulkab.go.id/filestorage/.../Narasi%20Profil%202014.pdf) dfpada tanggal: 16 Juni 2016.
- Febrianto, I.D. 2012. Hubungan Tingkat Penghasilan, Tingkat Pendidikan Dan Tingkat Pengetahuan Orangtua Tentang Makanan Bergizi Dengan Status Gizi Siswa TK Islam Zahrotul Ulum Karangampel Indramayu. *Skripsi* Universitas Negeri Yogyakarta.
- Glidden, D.P. 2004. *Statistics for Biology and Health*. University of California United States.

- Gomella TL. Newborn Physical Examination. In: Gomella TL, editor. *Neonatology: management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs*. 5th. ed. United States of America: McGraw-Hill Companies; 2004.
- Gunarso. 2008. *Perkembangan Anak dan Remaja*. Gunung Mulia. Jakarta
- Hidayat. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Heath Books
- Hurlock, E.B. 2002. *Psikologi Perkembangan*. 5th edition. Erlangga: Jakarta.
- Kusumaningtyas, K dan Wayanti, S. 2016. Faktor Pendapatan Dan Pendidikan Keluarga Terhadap Perkembangan Motorik Halus Anak Usia 3-4 Tahun. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* Volume VII Nomor 1, Januari 2016.
- Llewellyn, D. 2002. *Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi*, edisi 6 (ed-6) Jakarta: Hipokrates.
- Metwally A M, Salah E D, Shehata M A, 2016. *Early Life Predictors of Socio-Emotional Development in a Sample of Egyptian Infants*. Plos ONE 11 (7): c0158086. doi:10.1371/journal.pone.0158086
- Ngaisyah, D. 2016. Hubungan Riwayat Lahir Stunting Dan BBLR Dengan Status Gizi Anak Balita Usia 1-3 Tahun Di Potorono, Bantul Yogyakarta. *Jurnal Medika Respati*, Vol XI Nomor 2 April 2016.
- Notoatmodjo. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pondaag, M.P, Wahani, A. dan Manoppo, Ch. 2015. Hubungan Anak Dengan Riwayat Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Dengan Insidens Terjadinya Asma Pada Anak. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 3, Nomor 1, Januari-April 2015.
- Potter, P.A, Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.
- Pradono, et al. 2005. *Survei Kesehatan Nasional. Survey Kesehatan Rumah Tangga*: Volume 3. Jakarta: Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI.
- Prawirohardjo, S. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : YBP – SP.

- Riyanto. 2009. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rukiyah, Y.E dan Lia.Y. 2010. *Asuhan Neonatus Bayi Dan Anak Balita*. Jakarta: Trans Info Media.
- Saifuddin, AB. 2009. *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: EGC.
- Sastroasmoro, S. 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiawan, A. dan Saryono. 2010. *Metodologi Penelitian kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika.
- Soetjningsih. 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- _____.2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, Wiratna. 2008. *SPSS Untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sulistiyawati, A. 2014. *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Suparmi. 2010. Pengaruh Asi Eksklusif Terhadap Amenorrhea Laktasi Di Indonesia (Analisis Survival Data SDKI 2007). *Skripsi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, Jakarta.
- Tom Lissauer dan Avroy A. Fanaroff. 2008. *Neonatology at a glance*, 2ndEdition.
- Wibowo. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : YBP-SP
- Wiknjosastro, H. 2005. *Dalam Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wiyono, Gendro. 2011. *Merancang Penelitian Bisnis Dengan Alat Analisis SPSS 17.0 dan Smart PLS 2.0*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES.../P.Prov.DIY_11.pdf

LAMPIRAN

Lampiran 2

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah ENI MARYUNI Berasal dari Poltekkes Kemenkes Yogyakarta jurusan Kebidanan program studi DIV Kebidanan Alih Jenjang dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 Tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul.
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul Yogyakarta.
3. Penelitian ini dapat memberi manfaat berupa memberikan informasi kepada ibu bahwa salah satu penyebab keterlambatan perkembangan adalah BBLR.
4. Penelitian ini akan berlangsung selama \pm 15 menit dan kami akan memberikan kompensasi kepada anda berupa alat tulis. Sampel penelitian / orang yang terlibat dalam penelitian / bahan penelitiannya berupa anak usia 1-3 tahun yang akan diambil dengan cara menilai perkembangan anak menggunakan instrument DDST.
5. Prosedur pengambilan bahan penelitian/data dengan cara mengumpulkan responden di Aula Puskesmas Dlingo II untuk dilakukan pemeriksaan perkembangan anak usia Toddler (1-3 thn) menggunakan DDST. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan yaitu menyita waktu tetapi anda tidak perlu khawatir karena waktu yang diperlukan untuk pengambilan data hanya 15 menit.
6. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah orang tua responden mengetahui perkembangan dari anaknya apakah normal atau tidak.
7. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain yaitu menolak persetujuan menjadi responden. Partisipasi anda bersifat

sukarela, tidak ada paksaan, dan anda bisa sewaktu-waktu mengundurkan diri dari penelitian ini.

8. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan. Bila ada hal-hal yang belum jelas, anda dapat menghubungi Eni Maryuni dengan nomor telepon 081392967959.

Yogyakarta,.....2016

Peneliti,

Eni Maryuni

Lampiran 3

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eni Maryuni

Pendidikan : Mahasiswa Diploma IV Kebidanan Alih Jenjang Politeknik
Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta

Dengan ini saya memohon kesediaan orangtua dan responden (anak usia 1-3 tahun) untuk berkenan berpartisipasi dalam penelitian saya yang berjudul “Hubungan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dengan perkembangan anak usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul” dengan mengikuti tanya jawab dan pengukuran anak dengan DDST.

Informasi dan hasil pengukuran ini akan dijadikan bahan untuk menyelesaikan skripsi. Identitas tidak akan dipublikasikan dan dijaga kerahasiaannya. Atas partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Yogyakarta,.....

Eni Maryuni

Lampiran 4

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini orang tua dari anak :

Nama Ibu/Ayah : Umur :.....

Nama anak : Umur :.....

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin Anak :

Alamat :

Bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan BBLR dengan Perkembangan Anak Usia *Toddler* (1-3 tahun) di Puskesmas Dlingo II Kabupaten Bantul”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bantul, November 2016

()

Kode Responden		

FORMULIR PENELITIAN

**“HUBUNGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR) DENGAN
PERKEMBANGAN ANAK USIA *TODDLER* (1-3 TAHUN) DI
PUSKESMAS DLINGO II KABUPATEN BANTUL**

FORMULIR I

(Isilah data sesuai keadaan yang sebenar-benarnya)

1. Identitas Anak

- a. Nama anak :
b. Tanggal lahir : Umur:.....bln
c. Jenis kelamin : Laki – laki Perempuan

2. Identitas Ibu

- a. Nama ibu : Umur :
b. Pendidikan : Dasar (SD,SMP) (SMA, Perguruan Tinggi)
c. Pekerjaan : Tidak bekerja Bekerja

3. Identitas ayah

1. Nama Ayah : Umur :
2. Pendidikan : Dasar (SD,SMP) (SMA,Perguruan Tinggi)
3. Pekerjaan : Tidak bekerja Bekerja
4. Penghasilan : < Rp. 1.410.000 > Rp.1.410.000

Lampiran 6

MASTER TABEL (kelompok sampel)

No. Resp	Umur	Jenis kelamin	Pekerjaan ibu	Pekerjaan ayah	Pendidikan ibu	Pendidikan ayah	Penghasilan orangtua
01							
56							

MASTER TABEL (kelompok control)

No. Resp	Umur	Jenis kelamin	Pekerjaan ibu	Pekerjaan ayah	Pendidikan ibu	Pendidikan ayah	Penghasilan orangtua
01							
56							

Lampiran 7: Hasil Uji Statistik
HASIL UJI UNIVARIATE
Frequencies

Statistics

	BBLR	UMUR	JK	Pend.Ibu	Pend.Ayah	Pekerjaan	Peng.OrTu	Perkembangan
N Valid	112	112	112	112	112	112	112	112
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

BBLR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BBLR	56	50.0	50.0	50.0
	Non BBLR	56	50.0	50.0	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	55	49.1	49.1	49.1
	Laki-Laki	57	50.9	50.9	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Pend.Ibu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah (SMP kebawah)	61	54.5	54.5	54.5
	Tinggi (SMA keatas)	51	45.5	45.5	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Pend.Ayah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah (SMP ke bawah)	58	51.8	51.8	51.8
	Tinggi (SMA ke atas)	54	48.2	48.2	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Berkerja	2	1.8	1.8	1.8
Bekerja	110	98.2	98.2	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Peng.OrTu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < Rp.1.297.000,-	56	50.0	50.0	50.0
> Rp.1.297.000,-	56	50.0	50.0	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Perkembangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Normal	31	27.7	27.7	27.7
Normal	81	72.3	72.3	100.0
Total	112	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

UMUR

N	Valid	112
	Missing	0
Mean		2.3571
Std. Error of Mean		.06573
Std. Deviation		.69564

UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 tahun	14	12.5	12.5	12.5
2 tahun	44	39.3	39.3	51.8
3 tahun	54	48.2	48.2	100.0
Total	112	100.0	100.0	

HASIL UJI BIVARIATE

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
BBLR * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
UMUR * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
JK * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
Pend.Ibu * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
Pend.Ayah * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
Pekerjaan * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%
Peng.OrTu * Perkembangan	112	100.0%	0	.0%	112	100.0%

Peng.OrTu * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
Peng.OrTu < Rp.1.297.000,-	Count	26	30	56	
	% within Peng.OrTu	46.4%	53.6%	100.0%	
Peng.OrTu > Rp.1.297.000,-	Count	5	51	56	
	% within Peng.OrTu	8.9%	91.1%	100.0%	
Total	Count	31	81	112	
	% within Peng.OrTu	27.7%	72.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.670 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.841	1	.000		
Likelihood Ratio	21.090	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	19.495	1	.000		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.419	.079	4.841	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.419	.079	4.841	.000 ^c
N of Valid Cases	112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Peng.OrTu (< Rp.1.297.000,- / > Rp.1.297.000,-)	8.840	3.069	25.465
For cohort Perkembangan = Tidak Normal	5.200	2.151	12.568
For cohort Perkembangan = Normal	.588	.455	.761
N of Valid Cases	112		

Pekerjaan * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
Pekerjaan	Tidak Berkerja	Count	0	2	2
		% within Pekerjaan	.0%	100.0%	100.0%
	Berkerja	Count	31	79	110
		% within Pekerjaan	28.2%	71.8%	100.0%
Total		Count	31	81	112
		% within Pekerjaan	27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.779 ^a	1	.377		
Continuity Correction ^b	.007	1	.932		
Likelihood Ratio	1.310	1	.252		
Fisher's Exact Test				1.000	.521
Linear-by-Linear Association	.772	1	.379		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .55.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	-.083	.030	-.878	.382 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.083	.030	-.878	.382 ^c
N of Valid Cases	112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Perkembangan = Normal	1.392	1.239	1.565
N of Valid Cases	112		

Pend.Ayah * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
Pend.Ayah	Rendah (SMP ke bawah)	Count	26	32	58
		% within Pend.Ayah	44.8%	55.2%	100.0%
	Tinggi (SMA ke atas)	Count	5	49	54
		% within Pend.Ayah	9.3%	90.7%	100.0%
Total		Count	31	81	112
		% within Pend.Ayah	27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17.673 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	15.941	1	.000		
Likelihood Ratio	19.035	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	17.516	1	.000		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.95.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.397	.079	4.540	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.397	.079	4.540	.000 ^c
N of Valid Cases		112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pend.Ayah (Rendah (SMP ke bawah) / Tinggi (SMA ke atas))	7.962	2.771	22.884
For cohort Perkembangan = Tidak Normal	4.841	2.003	11.700
For cohort Perkembangan = Normal	.608	.475	.778
N of Valid Cases		112	

Pend.Ibu * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
Pend.Ibu	Rendah (SMP kebawah)	Count	26	35	61
		% within Pend.Ibu	42.6%	57.4%	100.0%
	Tinggi (SMA keatas)	Count	5	46	51
		% within Pend.Ibu	9.8%	90.2%	100.0%
Total	Count		31	81	112
	% within Pend.Ibu		27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.946 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.351	1	.000		
Likelihood Ratio	16.188	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.812	1	.000		
N of Valid Cases ^b		112			

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.12.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
Pend.Ibu	Rendah (SMP kebawah)	Count	26	35	61
		% within Pend.Ibu	42.6%	57.4%	100.0%
	Tinggi (SMA keatas)	Count	5	46	51
		% within Pend.Ibu	9.8%	90.2%	100.0%
Total		Count	31	81	112
		% within Pend.Ibu	27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14.946 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	13.351	1	.000		
Likelihood Ratio	16.188	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.812	1	.000		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.12.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.365	.079	4.116	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.365	.079	4.116	.000 ^c
N of Valid Cases		112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pend.Ibu (Rendah (SMP kebawah) / Tinggi (SMA keatas))	6.834	2.384	19.593
For cohort Perkembangan = Tidak Normal	4.348	1.800	10.501
For cohort Perkembangan = Normal	.636	.503	.804
N of Valid Cases	112		

JK * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
JK	Perempuan	Count	17	38	55
		% within JK	30.9%	69.1%	100.0%
	Laki-Laki	Count	14	43	57
		% within JK	24.6%	75.4%	100.0%
Total	Count		31	81	112
	% within JK		27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.563 ^a	1	.453		
Continuity Correction ^b	.291	1	.590		
Likelihood Ratio	.564	1	.453		
Fisher's Exact Test				.528	.295
Linear-by-Linear Association	.558	1	.455		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.22.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.071	.094	.746	.457 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.071	.094	.746	.457 ^c
N of Valid Cases		112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for JK (Perempuan / Laki-Laki)	1.374	.598	3.155
For cohort Perkembangan = Tidak Normal	1.258	.689	2.299
For cohort Perkembangan = Normal	.916	.727	1.153
N of Valid Cases		112	

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	UMUR	2.3571	112	.69564	.06573
	Perkembangan	1.7232	112	.44942	.04247

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	UMUR & Perkembangan	112	-.027	.779

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	UMUR - Perkembangan	.63393	.83823	.07920	.47698	.79088	8.004	111	.000

BBLR * Perkembangan

Crosstab

			Perkembangan		Total
			Tidak Normal	Normal	
BBLR	BBLR	Count	26	30	56
		% within BBLR	46.4%	53.6%	100.0%
	Non BBLR	Count	5	51	56
		% within BBLR	8.9%	91.1%	100.0%
Total	Count		31	81	112
	% within BBLR		27.7%	72.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19.670 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.841	1	.000		
Likelihood Ratio	21.090	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	19.495	1	.000		
N of Valid Cases ^b	112				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.50.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.419	.079	4.841	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.419	.079	4.841	.000 ^c
N of Valid Cases		112			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for BBLR (BBLR / Non BBLR)	8.840	3.069	25.465
For cohort Perkembangan = Tidak Normal	5.200	2.151	12.568
For cohort Perkembangan = Normal	.588	.455	.761
N of Valid Cases	112		

**HASIL UJI MULTIVARIATE
Model Awal**

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event ^a	56	50.0%
	Censored	56	50.0%
	Total	112	100.0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	.0%
	Cases with negative time	0	.0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	.0%
	Total	0	.0%
Total		112	100.0%

a. Dependent Variable: Perkembangan

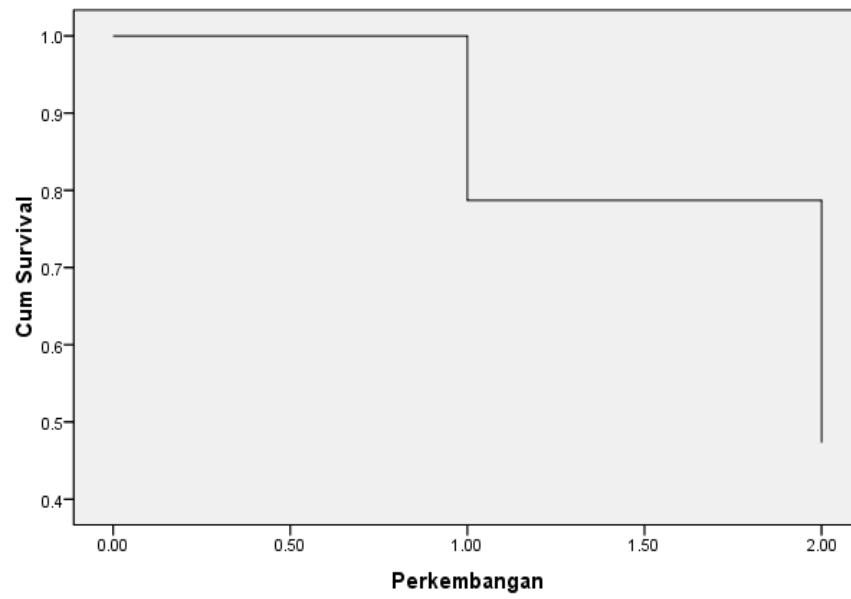
Survival Table

Time	Baseline Cum Hazard	At mean of covariates		
		Survival	SE	Cum Hazard
1	9.320	.787	.032	.239
2	29.129	.473	.040	.748

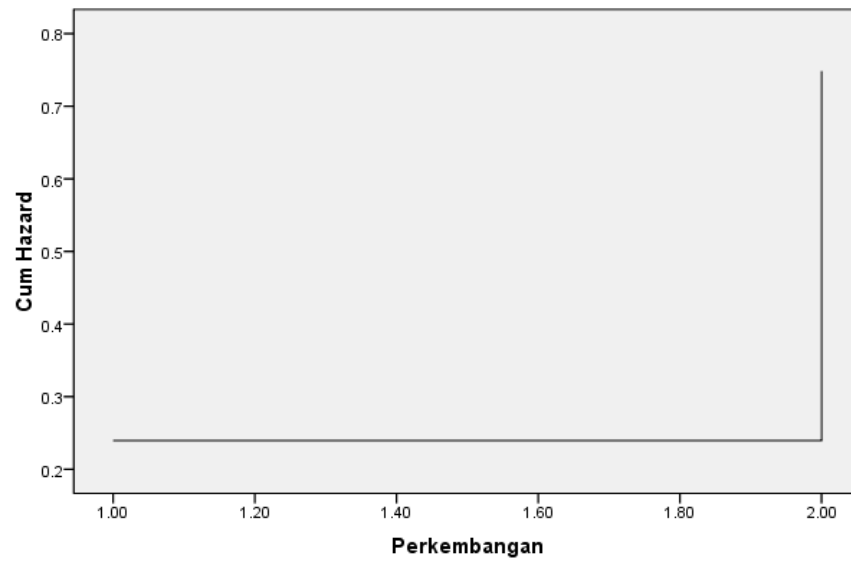
Covariate Means

	Mean
UMUR	2.357
JK	1.509
Pend.Ibu	1.455
Pend.Ayah	1.482
Pekerjaan	1.982
Peng.OrTu	1.500

Survival Function at mean of covariates



Hazard Function at mean of covariates



Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients^{a,b}

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
489.056	19.868	6	.003	19.973	6	.003	19.973	6	.003

a. Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 509.029

b. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
UMUR	.082	.191	.184	1	.668	1.085	.747	1.578
JK	-.111	.275	.162	1	.688	.895	.522	1.535
Pend.Ibu	-.646	.302	4.569	1	.033	.524	.290	.948
Pend.Ayah	-.386	.296	1.696	1	.193	.680	.380	1.215
Pekerjaan	-.502	.758	.439	1	.507	.605	.137	2.674
Peng.OrTu	-.786	.306	6.622	1	.010	.455	.250	.829

Correlation Matrix of Regression Coefficients

	UMUR	JK	Pend.Ibu	Pend.Ayah	Pekerjaan
JK	-.075				
Pend.Ibu	-.126	.170			
Pend.Ayah	-.010	-.026	-.151		
Pekerjaan	-.021	.087	.262	.025	
Peng.OrTu	.044	-.148	-.043	-.281	-.170

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests
of Model
Coefficients

-2 Log Likelihood
509.029

Model Akhir

Cox Regression

Case Processing Summary

		N	Percent
Cases available in analysis	Event ^a	56	50.0%
	Censored	56	50.0%
	Total	112	100.0%
Cases dropped	Cases with missing values	0	.0%
	Cases with negative time	0	.0%
	Censored cases before the earliest event in a stratum	0	.0%
	Total	0	.0%
Total		112	100.0%

a. Dependent Variable: Perkembangan

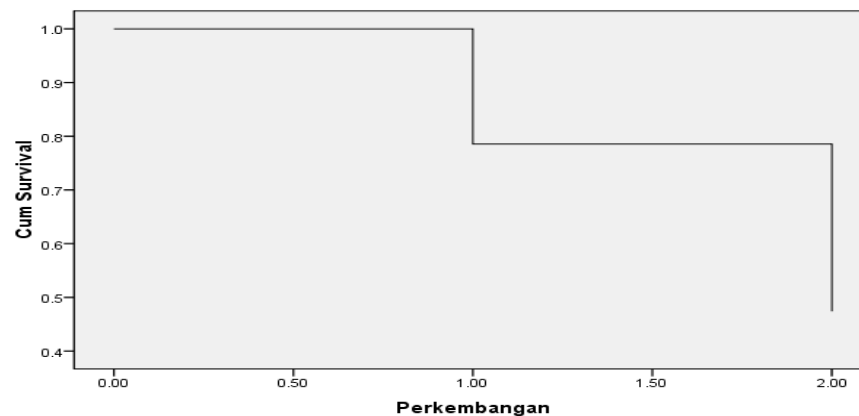
Survival Table

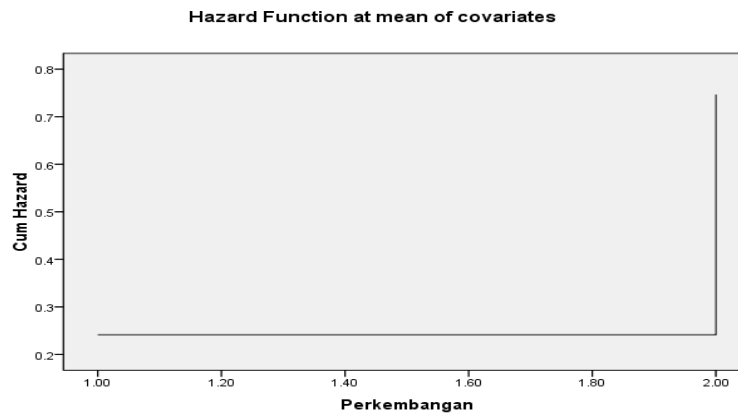
Time	Baseline Cum Hazard	At mean of covariates		
		Survival	SE	Cum Hazard
1	3.434	.786	.032	.241
2	10.628	.474	.040	.747

Covariate Means

	Mean
Pend.Ibu	1.455
Pend.Ayah	1.482
Peng.OrTu	1.500

Survival Function at mean of covariates





Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients^{a,b}

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
489.724	19.425	3	.000	19.305	3	.000	19.305	3	.000

a. Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 509.029

b. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
Pend.Ibu	-.573	.286	4.009	1	.045	.564	.322	.988
Pend.Ayah	-.386	.297	1.690	1	.194	.680	.380	1.216
Peng.OrTu	-.833	.299	7.752	1	.005	.435	.242	.782

Correlation Matrix of Regression Coefficients

	Pend.Ibu	Pend.Ayah
Pend.Ayah	-.164	
Peng.OrTu	.016	-.293

Block 0: Beginning Block

Omnibus Tests of Model Coefficients

-2 Log Likelihood
509.029



KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I. Yogyakarta Telp./Fax: (0274) 617601
http://www.poltekkesjogja.ac.id e-mail : poltekkes.depkes.yogya@gmail.com



Nomor : PP.07.01/3/3/ 718 /2016
Lamp. : 1 bendel
Perihal : PERMOHONAN IJIN PENELITIAN

Oktober 2016

Kepada Yth :
Kepala Puskesmas Dlingo II
Di -

BANTUL

Dengan hormat,
Sehubungan dengan tugas penyusunan SKRIPSI yang diwajibkan bagi mahasiswa Program Studi D-IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Jurusan Kebidanan Tahun Akademik 2016/2017 sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan ijin penelitian, kepada Bapak/Ibu untuk berkenan memberikan ijin kepada :

Nama : Eni Maryuni
NIM : P07124215091
Mahasiswa : Program Studi D-IV Kebidanan

Untuk melakukan Penelitian di : Puskesmas Dlingo II

Dengan Judul : HUBUNGAN BBLR DENGAN PERKEMBANGAN ANAK
USIA TODDLER DI PUSKESMAS DLINGO II.

Demikian permohonan kami, atas perhatian serta kerjasamanya kami mengucapkan banyak terima kasih.



Ketua Jurusan Kebidanan

Dyah Noviawati Setya Arum, M.Keb.
NIR 19801102 200112 2002

Tembusan dikirim kepada Yth :
1. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)

Jln. Robert Wolter Monginsidi No. 1 Bantul 55711, Telp. 367533, Fax. (0274) 367796
Website: bappeda.bantulkab.go.id Webmail: bappeda@bantulkab.go.id

SURAT KETERANGAN/IZIN

Nomor : 070 / Reg / 4712 / D4 / 2016

Menunjuk Surat : Dari : Politeknik Kesehatan
Kemenkes Yogyakarta Nomor : PP.07.01/3/3/916/2016

Mengingat : Tanggal : 27 Desember 2016 Perihal : Surat Ijin Penelitian

a. Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul;

b. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perijinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;

c. Peraturan Bupati Bantul Nomor 17 Tahun 2011 tentang Ijin Kuliah Kerja Nyata (KKN) dan Praktek Lapangan (PL) Perguruan Tinggi di Kabupaten Bantul.

Diizinkan kepada

Nama : **ENI MARYUNI**

P. T / Alamat : **Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
Jl. Tatabumi No. Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta**

NIP/NIM/No. KTP : **3402115004760004**

Nomor Telp./HP : **081392967959**

Tema/Judul Kegiatan : **HUBUNGAN BBLR DENGAN PERKEMBANGAN ANAK USIA TODDLER (1-3 TAHUN) DI PUSKESMAS DLINGO II**

Lokasi : **Puskesmas Dlingo II**

Waktu : **27 Desember 2016 s/d 07 Januari 2017**

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi (menyampaikan maksud dan tujuan) dengan institusi Pemerintah Desa setempat serta dinas atau instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga ketertiban dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Pemegang izin wajib melaporkan pelaksanaan kegiatan bentuk *softcopy* (CD) dan *hardcopy* kepada Pemerintah Kabupaten Bantul c.q Bappeda Kabupaten Bantul setelah selesai melaksanakan kegiatan;
5. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas;
6. Memenuhi ketentuan, etika dan norma yang berlaku di lokasi kegiatan; dan
7. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah.

Dikeluarkan di : Bantul
Pada tanggal : 27 Desember 2016

A.n. Kepala,
Kepala Bidang Data Penelitian dan
Pengembangan, u.b. Kasubbid. DSP

Ir. Edi Purwanto, M.Eng
NIP: 196407101997031004

Tembusan disampaikan kepada Yth,

1. Bupati Kab. Bantul (sebagai laporan)
2. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Bantul
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul
4. Ka. Puskesmas Dlingo 2
5. Ketua Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
6. Yang Bersangkutan (Pemohon)



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS DLINGO II

PencitrejoTerongDlingoBantul 55783. ☎ 0857.2648.7776

E-mail: pusk.dlingo2@bantulkab.go.id Website: <http://puskesmas.bantulkab.go.id/dlingo2>

SURAT KETERANGAN/ IZIN
NOMOR : 070 / 076

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **dr. SIGIT HENDRO SULISTYO**
NIP : 19811126.200903.1.006
Pangkat/Gol : Penata / III c
Jabatan : Kepala Puskesmas Dlingo II

Menerangkan bahwa :

Nama : **ENI MARYUNI**
P.T / Alamat : Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
Jl. Tata Bumi No. Banyuraden, Gamping, Sleman
Yogyakarta

Bahwa mahasiswa atas nama tersebut di atas telah selesai melaksanakan penelitian dengan judul "**Hubungan antara BBLR dengan Perkembangan Anak Usia Toddler (1-3 Tahun) di Puskesmas Dlingo II**" di Puskesmas Dlingo II mulai Tanggal 27 Desember 2016 sd 07 Januari 2017.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dlingo, 19 Januari 2017
Kepala Puskesmas Dlingo II

dr. Sigit Hendro Sulistyo
Penata / III c
NIP: 19811126 200903 1 006