



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI PUSKESMAS
KLANGENAN KABUPATEN CIREBON
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**PUJIARTI
NPM: 1006821306**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH DI PUSKESMAS
KLANGENAN KABUPATEN CIREBON
TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**PUJIARTI
NPM: 1006821306**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Pujiarti
NPM : 1006821306
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di Puskesmas Klagenan Kabupaten Cirebon tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dadan Erwandi, S.Ps.,i Msi

Penguji I : Dr. dr. Zulkifli Djunaidi, MAppSc

Penguji II : Diding Sarifudin, SKM. M.K.M

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Pujiarti
NPM : 1006821306
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon Tahun 2011

Apabila suatu saat nanti, terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sangsi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.


Depok, Juli 2012

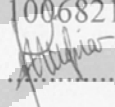


Pujiarti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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



Nama : Pujiarti
NPM : 1006821306
Tanda Tangan : 
Tanggal : 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur, penulis panjatkan ke hadirat Illahi Robbi, Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis dengan tiada terputus, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini pada waktunya. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Peminatan Kebidanan Komunitas pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan, dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak, sulit bagi penulis untuk dapat menyelesaikan skripsi ini sesuai dengan harapan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dadan Erwandi, S.Psi., M.Si selaku dosen Pembimbing Akademik, yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya dengan penuh kesabaran menuntun dan memberikan arahan pada penulis dengan segala kekurangannya, hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan
2. Bapak Dr. dr. Zulkifli Djunaidi, atas kesediaannya meluangkan waktu untuk menjadi penguji.
3. Bapak Diding Sarifudin, SKM. M.K.M, atas kesediaannya meluangkan waktu untuk menjadi penguji.
4. Ibu dr.Hj.Endang Susilowati MM, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang telah memberikan ijin penelitian di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
5. Ibu drg.Hj. Retno Widowati, selaku Kepala Puskesmas Klagenan beserta seluruh staf atas kerjasamanya yang telah memberikan kesempatan dan memfasilitasi sebagai tempat penelitian ini
6. Kedua orang tuaku tercinta, adik-adik, keponakan dan seluruh keluarga besar yang telah memberikan kasih sayang, semangat, bantuan dan dorongan, hanya Tuhan yang bisa membalasnya.

7. Suamiku tercinta Abdul Rokhman Ranumiharja, yang telah memberikan kesempatan, pengertian, pengorbanan, semangat dan selalu membesarkan hati yang tak mungkin tergantikan dengan apapun.
8. Anak-anakku tercinta, Ajie Firdaus Pradana, Arie Fauzia Dwi Rahmi, Avie Firda Fajriaty, yang selalu memberikan dukungan, semoga cita-cita kalian tercapai.
9. Teman-teman satu angkatan dan seperjuangan Peminatan Kebidanan Komunitas angkatan 2010 atas bantuan dan kerjasamanya selama mengikuti pendidikan, terutama Ati, mba Nofy, Rika, Rani, mba Sri
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang banyak membantu penulis dalam pembuatan skripsi ini.

Semoga segala bantuan yang telah diberikan, dapat dijadikan sebagai amal yang diterima oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan dari penulisan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan Rahmat-Nya kepada kita semua. Amien.

Depok, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Pujiarti
NPM : 1006821306
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Klenganan Kabupaten Cirebon Tahun 2011

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih mediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : Juli 2012

Yang Menyatakan



(Pujiarti)

Nama : Pujiarti
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul : Faktor –Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon tahun 2011

ABSTRAK

Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) adalah kejadian pada bayi baru lahir sebagai dampak dari keseluruhan proses sebelum kehamilan dan selama kehamilan, adalah salah satu faktor penyebab kematian perinatal. Mengenali faktor penyebab kejadian BBLR menjadi upaya pengelola pelayanan kesehatan untuk mengurangi angka kejadian BBLR.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan metode *cross sectional*, dan menggunakan kuesioner dalam proses pengambilan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian BBLR di Puskesmas Klangeran pada tahun 2011 adalah, anemia pada ibu, lingkaran atas ibu (LILA) kurang dari 23,5 cm, kehamilan kembar dan usia kehamilan kurang dari 9 bulan

Kata Kunci : BBLR, anemia, LILA

Name : Pujiarti
Study Program : Bachelor of Public Health Of Midwifery Community
Title : Factors Associated with Incidence of LBW in Klangeran
Community Health Center Cirebon in 2011

ABSTRACT

Incidence of Low Birth Weight Babies (LBW) is one of the events in newborn as a result of the whole process before conception and during pregnancy, one of contributed factors caused perinatal mortality. Recognize factors that caused of LBW incidence is an effort from the manager of health services to reduce the incidence of LBW

The study is a quantitative study, using cross sectional method, and use the questionnaire in the process of data retrieval. Results showed that factors influenced the incidence of LBW in the Klangeran health center in 2011 was anemia, Upper Arms Circumference was less than 23.5 cm, multiple pregnancy and gestational age of less than 9 months

Key Words: Low Birth Weight, Anemia, Upper Arms Circumference

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Identitas

Nama Lengkap : Pujiarti
Tempat Tanggal Lahir : Cirebon, 19 April 1973
Alamat : Desa Jemas Kidul Rt 03/ Rw 03 Kec.
Klangenan Kabupaten Cirebon
Agama : Islam
Email : pujiarti33@yahoo.co.id

Riwayat Pendidikan :

SDN Kalitengah 3 : Tahun 1979-1985
SMPN 3 Cirebon : Tahun 1985-1988
SPK DEPKES Cirebon : Tahun 1988-1991
PPB DEPKES Cirebon : Tahun 1991-1992
AKBID Poltekkes Tasikmalaya : Tahun 2004-2006

Riwayat Pekerjaan :

1992-1998 Bidan di Desa Limpas Kecamatan Anjatan Kabupaten Indramayu
1999-2002 Bidan di Desa Jemas Lor Kecamatan Klangenan Kabupaten Cirebon
2002-2010 Bidan di Desa Jemas Kidul Kecamatan Klangenan Kabupaten Cirebon

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
RIWAYAT HIDUP PENULIS	ix
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian.....	4
1.2.1 Rumusan Masalah	4
1.2.2 Pertanyaan Penelitian	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	6
1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan	6
1.4.3 Bagi Penulis.....	6
1.5 Ruang Lingkup	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pengertian BBLR	8
2.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir	9
2.2.1 Berat Badan	8
2.2.2 Umur Kehamilan atau Gestasi	9
2.2.3 Umur Kehamilan dan Berat Badan	9
2.3 Klasifikasi BBLR	9
2.4 Etiologi	10
2.4.1 Plasenta	10
2.4.2 Malnutrisi	10
2.4.3 Infeksi.....	11
2.4.4 Faktor Genetik.....	11
2.5 Faktor Resiko.....	11
2.6 Gambaran Klinik BBLR.....	13
2.6.1 BBLR dengan Prematur.....	13
2.6.2 BBLR dengan Kecil Masa Kehamilan	13
2.7 Masalah – masalah Klinis	14
3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	16

3.1 Kerangka Teori	16
3.2 Kerangka Konsep	17
3.3 Definisi Operasional	18
4. METODE PENELITIAN	21
4.1 Desain Penelitian	21
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	21
4.3 Populasi dan Sampel	21
4.3.1 Populasi.....	21
4.3.2 Sampel.....	21
4.3.3 Besar Sampel.....	21
4.3.4 Kriteria Inklusi.....	22
4.3.5 Kriteria Eksklusi.....	22
4.4 Cara Pengumpulan Data	23
4.4.1 Sumber Data.....	23
4.4.2 Instrumen.....	23
4.4.3 Cara Pengumpulan Data.....	23
4.5 Pengolahan Data	23
4.5.1 Data Coding	24
4.5.2 Data Entering	25
4.5.3 Data Cleaning.....	25
4.6 Analisis Data	25
4.6.1 Analisis Univariat.....	25
4.6.2 Analisis Bivariat	25
4.7 Penyajian data.....	26
5. HASIL PENELITIAN	28
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	28
5.1.1 Geografi.....	29
5.1.2 Pelayanan Kesehatan Dasar	29
5.1.3 Pelayanan Kesehatan Rujukan.....	30
5.1.4 Data Demografi.....	30
5.1.4.1 Jumlah penduduk	30
5.1.4.2 Angka kelahiran	30
5.1.4.3 Angka kematian	30
5.1.4.4Angka kejadian BBLR.....	31
5.2 Hasil Analisis	31
5.2.1 Berat Badan Lahir.....	32
5.2.2 Umur	32
5.2.3 Pendidikan	33
5.2.4 Sosial Ekonomi.....	34
5.2.5 Paritas	34
5.2.6 Jumlah Bayi dalam Kandungan.....	35
5.2.7 Anemia	36
5.2.8 Status Gizi	36
5.2.9 Frekuensi Pemeriksaan.....	36
5.2.10 Konsumsi Tablet Fe.....	37
5.3 Analisis Bivariat.....	37

5.3.1 Hubungan Antara Umur Ibu dengan BBLR.....	38
5.3.2 Hubungan Antara Pendidikan dengan BBLR.....	38
5.3.3 Hubungan Antara Sosial Ekonomi dengan BBLR	39
5.3.4 Hubungan Antara Paritas dengan BBLR	39
5.3.5 Hubungan Antara Anemia dengan BBLR.....	40
5.3.6 Hubungan Antara Status Gizi dengan BBLR	41
5.3.7 Hubungan Antara Frekuensi Pemeriksaan dengan BBLR	41
5.3.8 Hubungan Antara Konsumsi Tablet Fe dengan BBLR	42
5.3.9 Hubungan Antara Kehamilan Ganda dengan BBLR	42
5.3.10 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan BBLR.....	43
5.3.11 Hubungan Antara Usia Kehamilan dengan BBLR	43
6. PEMBAHASAN	49
6.1 Keterbatasan Penelitian	49
6.2 Pembahasan Hasil penelitian	50
6.2.1 Umur Ibu	50
6.2.2 Pendidikan	51
6.2.3 Sosial Ekonomi	51
6.2.4 Paritas	52
6.2.5 Anemia	53
6.2.6 Status Gizi	53
6.2.7 Frekuensi Pemeriksaan	54
6.2.8 Konsumsi Tablet Fe	54
6.2.9 Kehamilan Ganda	55
6.2.10 Jenis Kelamin Bayi	55
6.2.11 Usia Kehamilan	56
7. KESIMPULAN DAN SARAN	57
7.1 Kesimpulan	57
7.1.1 Karakteristik	57
7.1.2 Faktor – Faktor yang Berhubungan	58
7.1.3 Faktor – Faktor yang Tidak Berhubungan	58
7.2 Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN	

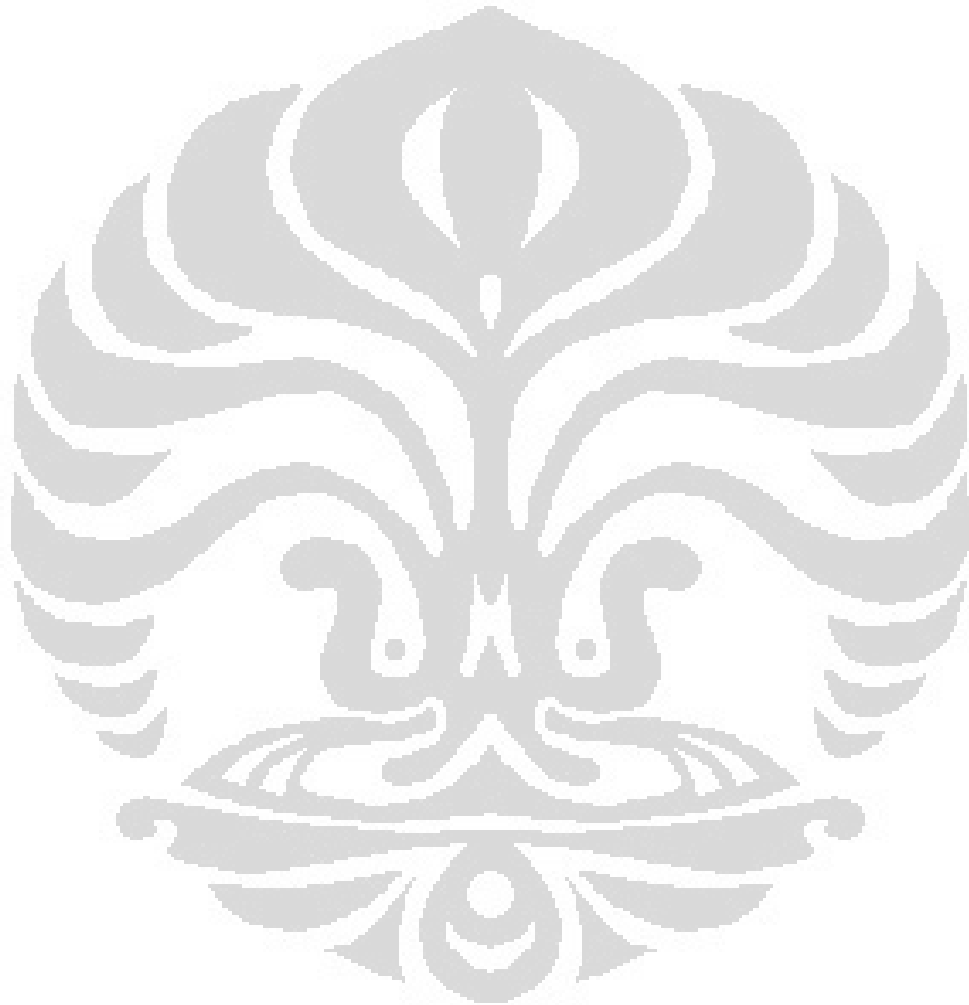
DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Cirebon tahun 2005 – 2011....3
Tabel 4.1	Daftar Pengkodean untuk Masing – Masing Variabel.....24
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....31
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....32
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....32
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Sosial Ekonomi Keluarga di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....33
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Paritas di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....34
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Bayi dalam Kandungan di puskesmas Klangeran Tahun 2011.....34
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Kadar Hemoglobin Pada Saat Hamil di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....35
Tabel 5.8	Distribusi responden Berdasarkan Status Gizi di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....35
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan di Puskesmas Klangeran Tahun 2011.....36
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Konsumsi Tablet Fe di Puskesmas Klangeran.....36
Tabel 5.11	Distribusi Responden Menurut Umur Ibu dan BBLR.....37
Tabel 5.12	Distribusi Responden Menurut Pendidikan dan BBLR.....38
Tabel 5.13	Distribusi Responden Menurut Sosial Ekonomi dan BBLR.....38
Tabel 5.14	Distribusi Responden Menurut Paritas dan BBLR39
Tabel 5.15	Distribusi Responden Menurut Anemia dan BBLR39
Tabel 5.16	Distribusi Responden Menurut Status Gizi dan BBLR40
Tabel 5.17	Distribusi Responden Menurut Frekuensi Pemeriksaan dan BBLR.....41
Tabel 5.18	Distribusi Responden Menurut Konsumsi Tablet Fe dan BBLR.....41
Tabel 5.19	Distribusi Responden Menurut Jumlah Bayi dalam Kandungan dan BBLR42
Tabel 5.20	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Bayi dan BBLR42
Tabel 5.21	Distribusi Responden Menurut Usia Kehamilan dan BBLR43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian



DAFTAR SINGKATAN

ANC	: <i>Ante Natal Care</i>
APBN	: Anggaran Pembiayaan dan Belanja Negara
APBD	: Anggaran Pembiayaan dan Belanja Daerah
CPNS	: Calon Pegawai Negeri Sipil
Dati I/II	: Daerah Tingkat I/II
Depnaker	: Departemen Tenaga Kerja
Depkes	: Departemen Kesehatan
DJJ	: Denyut Jantung Janin
Fe	: <i>Ferrosus</i>
GFK	: Gudang Farmasi Kabupaten
KB	: Keluarga Berencana
KepMenKes	: Keputusan Menteri Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
LB3	: Laporan Bulanan 3
Nakes	: Tenaga Kesehatan
P4K	: Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PBF	: Pedagang Besar Farmasi
POD	: Pos Obat Desa
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PJP	: Pembangunan Jangka Panjang
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
POAC/E	: <i>Planning, Organizing, Actuating, Controlling/ Evaluating</i>
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
PTT	: Pegawai Tidak Tetap
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RS	: Rumah Sakit
SIMPUS	: Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SPAG	: Sekolah Pembantu Ahli Gizi
SPK	: Standar Pelayanan Kebidanan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas
SubDin BinKesMas	: Sub Dinas Bina Kesehatan Masyarakat
TKS	: Tenaga kerja Sukarela
TPG	: Tenaga Pelaksana Gizi
TT	: <i>Tetanus Toxoid</i>
TTD	: Tablet Tambah Darah
UPGI	: Usaha Perbaikan Gizi Inststitusi
UPGK	: Usaha Perbaikan Gizi Keluarga
UPMD	: Unit Pelaksana Medik Dasar
WUS	: Wanita Usia Subur

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tingkat kesejahteraan suatu bangsa dapat dilihat dari Index Pembangunan Manusia (IPM), yaitu suatu indikator komposit yang terdiri dari derajat kesehatan,, tingkat pendidikan dan kemampuan ekonomi keluarga. Indikator yang digunakan dalam bidang kesehatan adalah angka harapan hidup; dalam bidang pendidikan adalah angka melek huruf pada orang dewasa yang dikombinasikan dengan angka masuk SD, SMP, dan SMA; serta untuk kemampuan ekonomi indikator yang dipergunakan adalah Produk Domestik Bruto

Dalam laporan UNDP tahun 1998 IPM Indonesia 0,679 yang menempati peringkat 96 dari 174 negara, lebih rendah bila dibandingkan dengan Negara-negara ASEAN seperti Singapura, Brunei Darussalam, Thailand dan Malaysia yang berada pada urutan ke 28, 35, 59, dan 60. Bahkan dari data tahun 2003 ternyata IPM Indonesia turun pada peringkat 112 (Hapsara, 2004)

Angka Kematian Bayi sebagai salah satu indikator yang turut dinilai dalam memperhitungkan derajat kesehatan telah mengalami penurunan secara bermakna selama dekade 60-80an, memasuki dekade 90an ada indikasi terjadinya stagnasi. Menurut kompilasi angka kematian bayi dari berbagai survey nasional (Susenas, Supas, SDKI dan SP), AKB Indonesia belum pernah melampaui angka 45 per 1000 kelahiran hidup. SDKI 1997 memperkirakan 46 per 1000 kelahiran hidup, SP 2000 memberikan angka , dan Susenas 2001 menunjukkan angka sekitar 50 per 1000 kelahiran hidup (Rachmat R. Hapsara).

Menurut SDKI 2007 Angka kematian bayi di Indonesia tercatat 34 per 1000 kelahiran hidup, namun ada beberapa daerah yang memiliki angka kematian bayi di atas angka tersebut, salah satunya adalah provinsi Jawa Barat, dengan 39 per 1000 kelahiran hidup, merupakan peringkat kedua AKB tertinggi di pulau Jawa setelah provinsi Banten

Di Kabupaten Cirebon sendiri AKB pada tahun 2010 sebesar 19,93 per 1000 kelahiran hidup (sensus penduduk BPS, 2010), sedangkan menurut laporan yang dilaporkan oleh puskesmas setiap bulan ke dinas kesehatan Kabupaten

Cirebon tercatat ada 230 kematian bayi dari 44.313 kelahiran hidup pada tahun 2010. Angka ini apabila dilihat dari AKB tahun lalu mengalami penurunan, yaitu tercatat ada 329 kematian bayi dari 42.802 kelahiran hidup (Profil Dinas Kesehatan, 2010)

Dari 230 kematian bayi yang dilaporkan, penyebab kematian yang terjadi antara lain disebabkan oleh Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 98 kasus (42,6 %), Asfiksi 66 kasus (28,7 %), Infeksi 19 kasus (8,26 %), Pneumonia 16 kasus (6,9 %), Diare 11 kasus (4,78 %), dan penyebab lain 20 kasus (8,69 %). Sehingga penyebab kasus kematian bayi terbanyak adalah disebabkan oleh BBLR.

Dalam SDKI 2007 ada beberapa faktor karakteristik demografi yang mempengaruhi kematian bayi, yaitu bahwa angka kematian bayi lebih tinggi pada

1. Bayi laki-laki
2. Umur ibu saat melahirkan kurang dari 20 tahun atau lebih dari 40 tahun
3. Urutan kelahiran anak lebih dari atau sama dengan 4
4. Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun
5. **Berat waktu lahir kecil atau sangat kecil**
6. Penolong persalinan bukan tenaga kesehatan

BBLR yaitu kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang umur kehamilan. Pada umumnya BBLR yang disebabkan oleh faktor ibu adalah disebabkan oleh hipertensi dan penyakit ginjal kronik, perokok, penderita diabetes melitus yang berat, toksemia, hipoksia ibu (tinggal di daerah pegunungan, hemoglobinopati, penyakit paru kronik), gizi buruk, *drug abuse*, dan peminum alkohol. Apabila disebabkan oleh faktor uterus dan plasenta yaitu dikarenakan oleh adanya kelainan pada pembuluh darah plasenta, insersi tali pusat yang tidak normal, uterus bikornis, infark plasenta, tranfusi dari kembar yang satu ke kembar yang lain, dank arena sebagian plasenta lepas. Sedangkan apabila disebabkan oleh faktor janin yaitu adanya janin ganda, kelainan kromosom, cacat bawaan, dan infeksi dalam kandungan. Ada pula penyebab lain misalnya keadaan sosial ekonomi rendah maupun karena penyebab yang tidak diketahui . (Wiknyosastro.H, 1997)

Berat badan lahir rendah merupakan salah satu faktor penyumbang untuk terjadinya kematian bayi, terutama kematian pada masa perinatal (0-7 hari).

Angka kematian pada bayi BBLR lebih dari 2 kali pada angka kematian bayi cukup bulan (Wiknjastro.H, 1997)

Penelitian menunjukkan antara 42,5 % sampai dengan 56 % kematian perinatal terdiri dari bayi dengan BBLR. Bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram mempunyai resiko 5-9 kali lebih tinggi dibandingkan bayi yang lahir dengan berat 2500-2999 gram dan 7,13 kali lebih tinggi dari bayi dengan berat lahir 3000-3999 gram (Saraswati, 1998)

Selama kurun waktu 6 tahun terakhir, BBLR menempati peringkat pertama sebagai penyebab kematian bayi di Kabupaten Cirebon

Tabel.1.1
Penyebab Kematian Bayi di Kabupaten Cirebon tahun 2005-2011

Penyebab kematian	Tahun						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BBLR	172	187	138	119	108	98	83
Asfiksi	130	109	92	67	78	66	63
Infeksi	67	32	13	18	0	19	7
Kelainan sal.cerna	0	0	0	0	6	2	3
Pnemonia	0	0	0	0	13	16	14
Ikterus	0	0	0	0	0	5	2
Diare	0	0	16	0	12	11	8
Masalah laktasi	0	0	0	0	0	0	2
Kelainan kongenital	0	0	40	41	30	0	17
Tetanus Neonatorum	5	4	1	2	4	0	1
Penyebab lain	147	158	113	85	78	13	22
Total	521	488	413	332	329	230	222

Jumlah lahir hidup	38.995	42.185	41.684	43.434	42.802	44.313	43.831
--------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Sumber : Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Anak Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tahun 2005 - 2011

1.2 Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian

1.2.1 Rumusan Masalah

Ukuran bayi saat lahir mempunyai hubungan yang kuat dengan resiko kematian bayi, terutama pada kelangsungan hidup pertama. Untuk semua anak yang lahir selama periode lima tahun sebelum pencacahan SDKI 2007, hasil secara subyektif yang ditanyakan kepada responden tentang berat bayi saat lahir menunjukkan bahwa kematian pada bayi berat lahir kecil atau sangat kecil adalah empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan bayi dengan berat lahir dengan ukuran rata-rata atau lebih besar (49 berbanding 11 kematian per 1000 kelahiran hidup). (SDKI 2007)

Menurut SDKI 2002-2003 angka kematian bayi di Indonesia, sejumlah 57 persen dari angka kematian bayi terjadi pada umur dibawah 1 bulan. Penyebab tersebut antara lain karena gangguan perinatal dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan prematur merupakan penyebab kematian neonatal yang tinggi yaitu sebesar 30,3%. Neonatal dengan BBLR beresiko mengalami kematian 6,5 kali lebih besar daripada bayi yang lahir dengan berat badan normal. Disamping itu BBLR memiliki risiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan bayi dengan berat badan normal ketika dilahirkan, khususnya kematian pada masa perinatal

Di wilayah Puskesmas Klangean sendiri, dari sejumlah 6 kematian neonatal pada tahun 2011, 3 orang bayi diantaranya meninggal karenan BBLR (50%). Ini berarti lebih tinggi dibandingkan penyebab kematian karena BBLR di tingkat kabupaten sebesar 42,6 % dan . Oleh karena itu peneliti berusaha untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan kejadian BBLR di puskesmas Klangean pada tahun 2011, agar pada masa yang akan datang kematian oleh sebab BBLR dapat dihindari

1.2.2 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah :

1. Bagaimana gambaran BBLR di Puskesmas Klangean pada tahun 2011
2. Bagaimana gambaran faktor-faktor pelayanan ANC pada ibu hamil (frekuensi pemeriksaan, pemberian tablet Fe)

3. Bagaimana gambaran resiko pada kehamilan sekarang (kehamilan ganda, anemia, status gizi kurang)
4. Bagaimana gambaran faktor-faktor karakteristik ibu hamil (umur, pendidikan)
5. Bagaimana gambaran resiko pada sebelum kehamilan (paritas)
6. Bagaimana hubungan antara faktor-faktor pelayanan ANC pada ibu hamil (frekuensi pemeriksaan, pemberian tablet Fe) dengan BBLR
7. Bagaimana hubungan antara resiko pada kehamilan sekarang (kehamilan ganda, anemia, status gizi kurang) dengan BBLR
8. Bagaimana hubungan antara faktor-faktor karakteristik ibu (umur, pendidikan) dengan BBLR
9. Bagaimana hubungan antara resiko pada sebelum kehamilan (paritas) dengan BBLR
10. Bagaimana prediksi ibu hamil untuk melahirkan BBLR dilihat dari faktor-faktor penyebab

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendapatkan informasi mengenai faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya BBLR dan mencari berapa besar kemungkinan jumlah kelahiran dengan BBLR di Puskesmas Klangeran

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran BBLR di Puskesmas Klangeran tahun 2011
2. Diketuainya gambaran faktor-faktor karakteristik ibu (umur, pendidikan)
3. Diketuainya gambaran resiko pada sebelum kehamilan (paritas)
4. Diketuainya gambaran resiko pada kehamilan sekarang (kehamilan ganda, anemia, status gizi kurang, usia kehamilan)
5. Diketuainya gambaran faktor-faktor pelayanan ANC pada ibu hamil (frekuensi pemeriksaan, pemberian tablet Fe)
6. Diketuainya hubungan antara faktor-faktor pelayanan ANC pada ibu hamil (frekuensi pemeriksaan, pemberian tablet Fe) dengan BBLR

7. Diketuainya hubungan antara resiko pada kehamilan sekarang (kehamilan ganda, anemia, status gizi kurang, usia kehamilan) dengan BBLR
8. Diketuainya hubungan antara faktor-faktor karakteristik ibu (umur, pendidikan, sosial ekonomi) dengan BBLR
9. Diketuainya hubungan antara resiko pada sebelum kehamilan (paritas) dengan BBLR
10. Diketuainya prediksi ibu hamil untuk melahirkan BBLR dilihat dari faktor-faktor penyebab

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai informasi atau masukan mengenai BBLR dan faktor-faktor yang menjadi penyebabnya, sehingga untuk selanjutnya dapat dijadikan sebagai langkah awal dalam membuat rencana tindak lanjut yang diperlukan sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan bayi baru lahir yang pada akhirnya akan dapat menurunkan angka kematian bayi di Kabupaten Cirebon

1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan

Dapat dijadikan sebagai pembelajaran oleh tenaga kesehatan lain sehingga lebih teliti dan lebih waspada dalam memberikan pelayanan terhadap masyarakat terutama yang memiliki resiko yang telah diketahui sebelumnya

1.4.3 Bagi Masyarakat

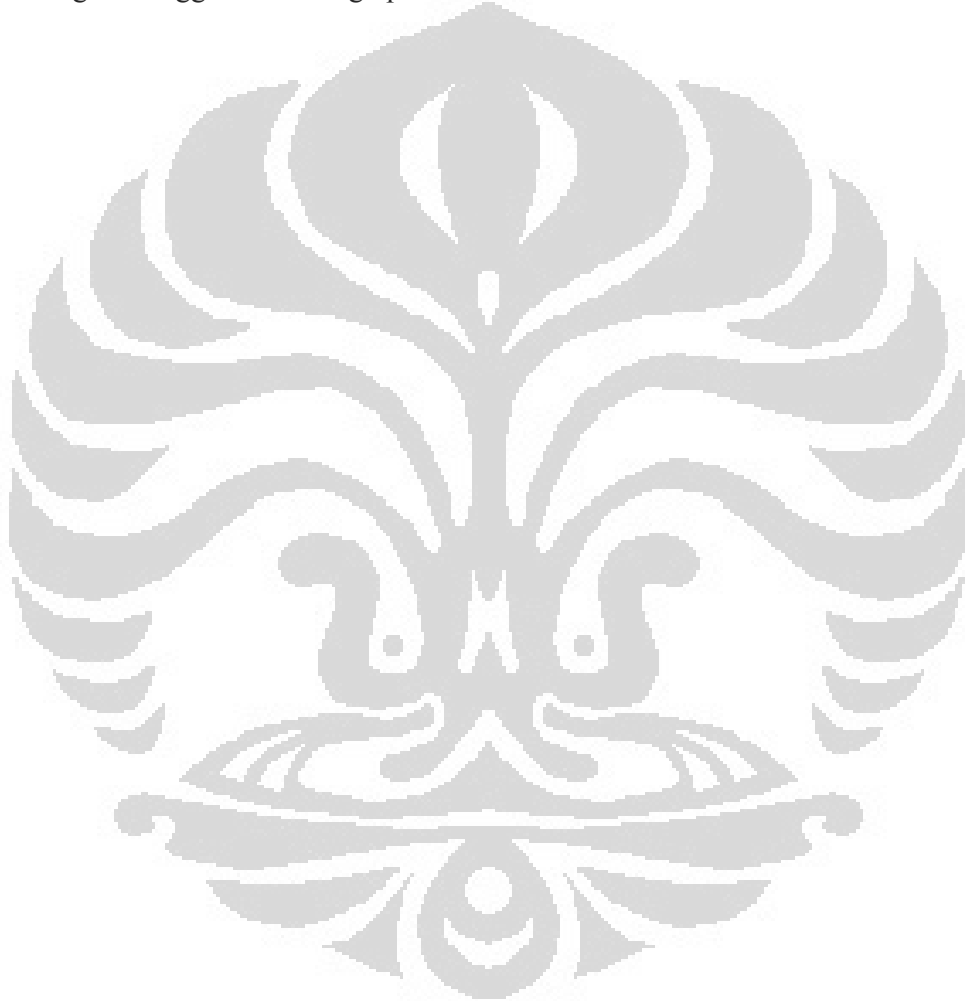
Memberikan pengetahuan mengenai penyebab BBLR sehingga ikut berperan serta dalam upaya penanganan pada persalinan dengan resiko BBLR

1.4.4 Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan penulis mengenai penyebab BBLR sehingga dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat secara lebih baik dalam upaya pencegahan dan penanganan BBLR

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya BBLR di Puskesmas Klangeran. Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Klangeran dengan menggunakan data primer melalui wawancara langsung dengan responden, ditambah data sekunder dari catatan kohort ibu hamil di Puskesmas Klangeran selama periode Januari sampai dengan Desember 2011, dengan menggunakan design penelitian *Cross Sectional*



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian BBLR

Bayi berat lahir rendah adalah bayi baru lahir dengan berat kurang dari 2500 gram dengan mengabaikan penyebab dan tanpa memperhatikan umur kehamilan. Gruenwald dalam Fanaroff menyatakan dalam hasil penelitiannya bahwa ternyata sepertiga bayi berat lahir rendah sebenarnya adalah bayi-bayi yang aterm. Diterimanya konsep bahwa berat badan lahir rendah tidak sinonim dengan prematuritas menunjukkan kemajuan yang berarti dalam pemahaman pertumbuhan janin (Pittard III, 1993)

2.2 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Sejak tahun 1961 WHO Ekspert Committee on Maternal and Child Health telah mengganti istilah bayi prematur dengan istilah bayi berat lahir rendah. *“Infants born weighing 2,500 grams or less were now to be considered “low birthweight”*. (Institute of Medicine, hal-22) .Hal ini dilakukan karena tidak semua bayi dengan berat kurang dari 2500 gram pada waktu lahir adalah bayi prematur. Bayi baru lahir dapat diklasifikasikan menurut berat badan waktu lahir dan usia kehamilannya, penentuan ini digunakan untuk mempermudah antisipasi terhadap masalah-masalah yang mungkin timbul (Klaus and Fanaroff et al, 1998)

2.2.1 Berat Badan

1. Bayi berat lahir amat sangat rendah, adalah bayi yang lahir dengan berat badan _____ kurang dari 1000 gram
2. Bayi berat lahir sangat rendah, adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara 1000 sampai dengan 1500 gram
3. Bayi berat lahir rendah, adalah bayi yang lahir dengan berat badan antara 1500 sampai dengan 2500 gram (Susanti, 2011)

2.2.2 Umur Kehamilan atau Gestasi

1. Bayi prematur, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan kurang dari 37 minggu
2. Bayi cukup bulan, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan antara 37 sampai dengan 42 minggu
3. Bayi lebih bulan, yaitu bayi yang lahir pada umur kehamilan lebih dari 42 minggu (Susanti, 2011)

2.2.3 Umur Kehamilan dan Berat Badan

1. Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK) atau *Small for Gestational Age (SGA)*, yaitu bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intra uteri dengan berat badan terletak di bawah 10 persentil dalam grafik pertumbuhan intra uterin
2. Bayi yang Sesuai untuk Masa Kehamilan (SMK) atau *Appropriate for Gestational Age (AGA)*, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan antara persentil ke-10 dan ke-90 dalam grafik pertumbuhan intra uterin
3. Bayi Besar untuk Masa Kehamilan (BMK) atau *Large for Gestational Age (LGA)*, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar untuk masa kehamilannya terletak diatas persentil ke-90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin

2.3 Klasifikasi BBLR

Hubungan antara umur kehamilan dengan berat badan bayi saat lahir mencerminkan keadaan pertumbuhannya selama dalam kandungan, penentuan ini memudahkan perawatan selanjutnya yang dapat diberikan untuk mengantisipasi morbiditas yang diikuti dengan penanganan segera setelah lahir (Klaus and Fanaroff et al. 1998)

Semakin rendah umur kehamilan dan semakin kecil berat bayi yang dilahirkan, maka semakin tinggi morbiditas dan mortalitasnya, berdasarkan timbulnya masalah menurut derajat prematuritas maka penggolongan bayi prematur ini dapat dibagi menjadi 3 kelompok (Usher dalam Wiknjosastro 1997) :

1. Bayi yang sangat prematur (*extremely premature*)

Yaitu bayi yang lahir pada usia kehamilan 24 – 30 minggu. Bayi-bayi yang lahir pada masa ini mungkin dapat hidup dengan perawatan yang intensif dan menggunakan alat-alat yang canggih

2. Bayi prematur sedang (*moderately premature*)

Yaitu bayi yang lahir pada usia kehamilan 31 – 36 minggu. Pada golongan ini kesanggupan hidup bayi jauh lebih baik dan gejala sisa yang dihadapi di kemudian hari lebih ringan asalkan dirawat secara intensif

3. *Borderline premature*

Yaitu bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 – 38 minggu, biasanya berat badan bayi mendekati normal, tetapi kemudian sering timbul masalah seperti yang dialami oleh bayi bayi prematur misalnya sindroma pernafasan, hiperbilirubinemia, daya isap yang lemah, dan lainnya, sehingga memerlukan pengawasan lebih seksama

2.4 Etiologi

Menurut Klaus dan Fanaroff et al (1998), penyebab langsung yang dapat mempengaruhi pertumbuhan janin di dalam kandungan yang berpengaruh terhadap berat badan bayi saat lahir adalah :

2.4.1 Plasenta

Fungsi plasenta diumpamakan sebagai gudang persediaan makanan yang vital untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan respirasi bagi janin yang disalurkan melalui tali pusat. Pada pertumbuhan janin dalam kandungan yang normal pertambahan berat plasenta sejalan dengan pertambahan berat janin. Disfungsi plasenta yang terjadi dapat mengganggu pertumbuhan janin

2.4.2 Malnutrisi

Dua variabel yang mempengaruhi pertumbuhan janin adalah berat badan ibu sebelum hamil dan pertambahan berat badan ibu selama hamil. Ibu yang memiliki berat badan kurang seringkali melahirkan bayi yang berukuran lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang memiliki berat badan normal atau lebih. Dan pertambahan berat badan pada saat hamil pada wanita yang tidak menderita obesitas memiliki hubungan yang bermakna dengan berat bayi saat lahir.

Kebutuhan nutrisi janin mulai meningkat saat kehamilan memasuki trimester ketiga, sehingga ibu hamil yang memiliki simpanan nutrisi yang lebih (obesitas) biasanya jarang memiliki bayi yang berukuran lebih kecil, walaupun penambahan berat badannya selama hamil tidak terlalu banyak

2.4.3 Infeksi

Infeksi-infeksi virus tertentu berhubungan dengan retardasi pertumbuhan janin, namun demikian hubungannya dengan infeksi tidak menunjukkan sebab dan akibat secara jelas. Bayi-bayi yang menderita infeksi rubella kongenital dan CMV umumnya terjadi retardasi pertumbuhan janin, sedangkan toksoplasma berhubungan dengan persalinan prematur

2.4.4 Faktor-faktor genetik

Diperkirakan 40 % dari variasi berat lahir berhubungan dengan pengaruh genetik ibu dan janin, seorang ibu yang dilahirkan dengan berat badan rendah memiliki kecenderungan untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, hal ini berlaku untuk semua ras.

2.5 Faktor Resiko

Adalah faktor resiko yang memiliki hubungan dengan peningkatan kejadian BBLR (Institute of Medicine, 1985)

1. Karakteristik Demografi

- a. Umur (kurang dari 17 tahun atau lebih dari 34 tahun)
- b. Ras (terutama kulit hitam)
- c. Status sosial ekonomi kurang
- d. Status perkawinan tidak jelas
- e. Tingkat pendidikan rendah

2. Risiko medis sebelum hamil

- a. Paritas (0 atau lebih dari 4)
- b. Berat badan kurang
- c. Kelainan / pembedahan genitourinari
- d. Penyakit tertentu (diabetes, hipertensi kronis)

- e. Tidak memiliki kekebalan terhadap penyakit tertentu misalnya rubella
 - f. Riwayat obstetri yang lalu pernah melahirkan BBLR atau abortus spontan
 - g. Faktor genetik (ibu dilahirkan dengan BBLR)
3. Faktor Resiko Medis pada Saat Hamil
- a. Kehamilan ganda
 - b. Kenaikan berat badan rendah
 - c. Jarak kehamilan pendek
 - d. Hipotensi
 - e. Hipertensi/ preeklamsi/ eklamsi
 - f. Infeksi tertentu (bacteriuri, rubella, citomegalovirus)
 - g. Perdarahan pada trimester pertama dan kedua
 - h. Masalah plasenta (plasenta previa, abrupsi plasenta)
 - i. Hiperemesis
 - j. Oligohidramnion/polihidramnion
 - k. Anemia/ abnormal hemoglobin
 - l. Isoimunisasi
 - m. Kelainan janinservik tidak kompeten
 - n. Ruptur membran plasenta
4. Resiko Perilaku dan Lingkungan
- a. Merokok
 - b. Status gizi buruk (KEK)
 - c. Kecanduan alkohol atau bahan berbahaya lain
 - d. Paparan dietilestilbestrol dan bahan beracun lain
 - e. Tinggal di dataran tinggi
5. Resiko Pelayanan Kesehatan
- a. Frekuensi pemeriksaan kehamilan (tidak atau kurang adekuat)
 - b. Prematuritas yang disengaja (induksi atau operasi sesar untuk tujuan pengobatan)
6. Resiko Lain
- a. Stres fisik dan psikososial
 - b. Uterus yang iritabel (mudah terangsang)
 - c. Kejadian yang memicu kontraksi uterus

- d. Perubahan servik yang terjadi sebelum permulaan persalinan
- e. Infeksi tertentu misalnya Mikoplasma dan Klamidia trachomatis
- f. Ekspansi volume plasma yang tidak adekuat
- g. Kekurangan hormon progesteron

2.6 Gambaran Klinik BBLR

2.6.1 BBLR dengan Prematur

Gambaran bayi berat lahir rendah karena prematur, tampak luar dan tingkah lakunya tergantung dari tuanya umur kehamilan. Karakteristiknya adalah berat lahir sama dengan atau kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari atau sama dengan 45 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, dan umur kehamilan kurang dari 37 minggu. Tanda-tanda yang terlihat lainnya adalah :

1. Kepala relatif lebih besar dari badan
2. Kulit tipis, transparan, banyak lanugo, lemak subkutan jarang
3. Tangis lemah dan jarang, pernapasan tidak teratur dan sering timbul apneu
4. Otot-otot masih hipotonik, paha abduksi, lutut dan pergelangan kaki fleksi, kepala mengarah ke satu sisi
5. Refleks tonik leher lemah
6. Refleks Moro positif
7. Gerakan otot jarang
8. Daya isap lemah
9. Nadi berkisar antara 100-140 kali per menit
10. Frekuensi pernapasan 40-50 kali per menit

2.6.2 BBLR dengan KMK

Mayoritas bayi-bayi kecil masa kehamilan (KMK) dilahirkan dengan usia kehamilan yang aterm atau mendekati aterm, walaupun etiologi berbeda-beda, tetapi memiliki penampilan fisik yang sama. Kepala relatif lebih besar daripada tubuh dan ekstremitas yang tumbuh lambat, sehingga nampak kurus, seringkali disertai hernia diafragmatika, defisiensi jaringan subkutan, dan memiliki kuku-kuku yang panjang. Memiliki penampilan wajah seperti “orang tua keriput”

2.7 Masalah – Masalah Klinis

Masalah – masalah yang sering timbul pada BBLR (Klaus dan Fanaroff, 1998)

1. Asfiksia

Terjadi karena janin tidak mendapat dukungan plasenta yang adekuat, sehingga masukan glukosa, karbohidrat, dan oksigen dari ibu menjadi terbatas. Bayi baru lahir mengalami penurunan nilai APGAR

2. Kesukaran respirasi

Kesukaran respirasi terjadi karena cenderung mengalami aspirasi cairan mekonium yang disebabkan asfiksia antenatal dan gawat janin sekunder. Keparahan yang ditimbulkan sangat berkaitan dengan jumlah mekonium dan kekentalannya.

3. Sirkulasi janin persisten

Pola sirkulasi janin persisten paling sering terjadi pada bayi-bayi yang terutama mengalami asfiksia perinatal dan aspirasi mekonium berat. Aliran darah kardiopulmonal neonatus masih tetap serupa dengan pola sirkulasi janin, sehingga hanya memiliki kurang lebih 10 % gabungan output jantung menuju paru, yang menyebabkan oksigenasi jaringan tidak adekuat

4. Hipoglikemi

Hipoglikemi terjadi disebabkan oleh persediaan glikogen yang rendah dan cepat habis dan karena tingginya metabolisme bayi kecil masa kehamilan

5. Kesulitan termoregulasi

Kesulitan termoregulasi terjadi karena masih tipisnya lapisan lemak, persediaan karbohidrat yang sedikit, dan metabolisme yang belum normal. Suhu inkubator yang sesuai diperlukan untuk mempertahankan suhu kulit antara 36° C dan 36,5° C

6. Polisitemia

Polisitemia diperkirakan terjadi karena hipoksia intra uterin yang menyebabkan peningkatan nilai hematokrit vena sentral

7. Kelainan kongenital

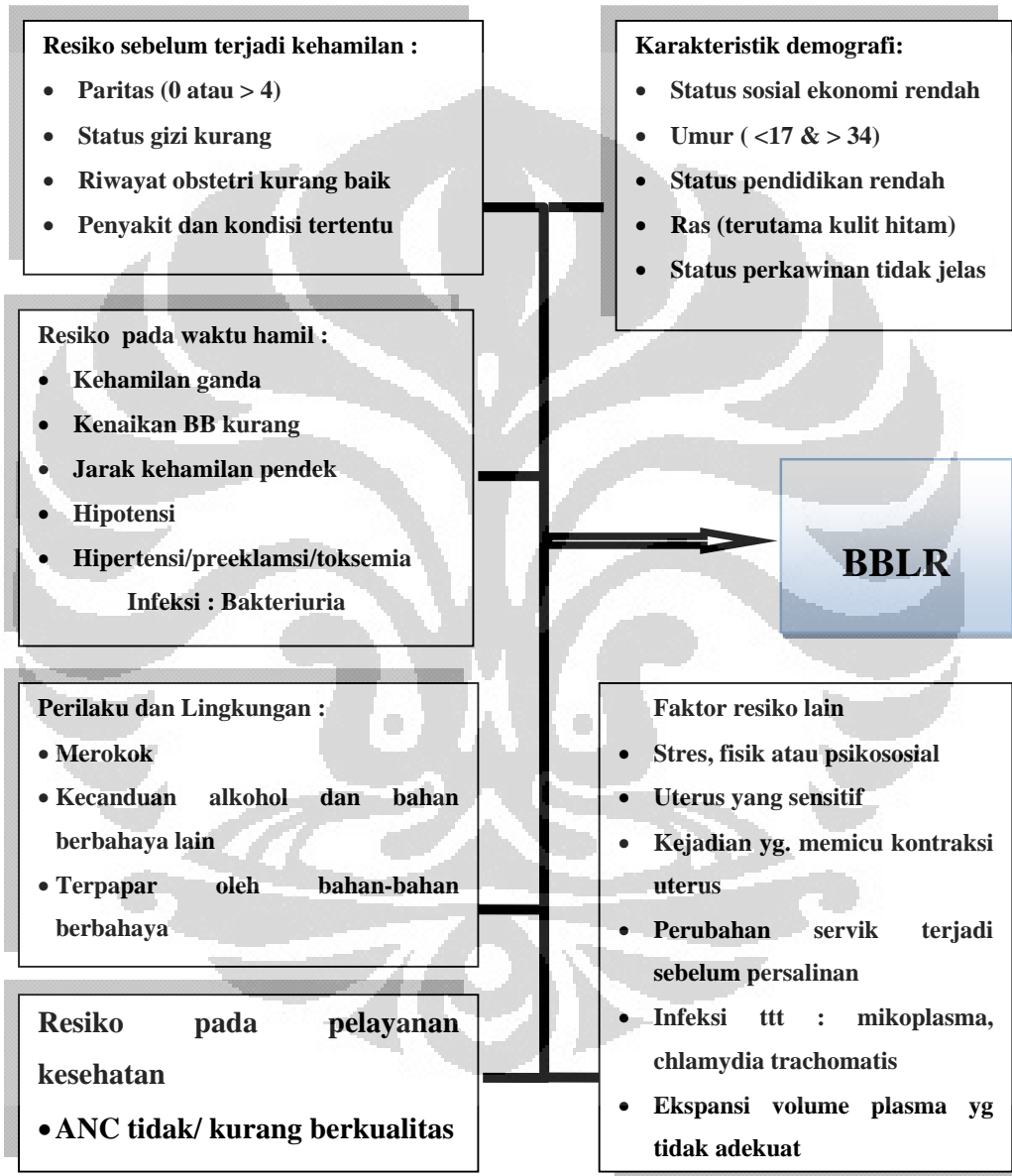
Menurut laporan Usher et al dalam Klaus dan Fanaroff, memperlihatkan bahwa 6 % dari populasi yang diteliti, bayi kecil masa kehamilan, menderita penyakit jantung kongenital

8. Penurunan status kekebalan

Karena IgG ibu ditransfer secara aktif melalui plasenta kepada janin pada trimester terakhir kehamilan, sehingga bayi-bayi yang lahir sebelum waktunya, mengalami penurunan kadar serum IgG. Demikian pula terjadi pada bayi-bayi dengan fungsi plasenta yang buruk yang menyebabkan pertumbuhan intra uterin terganggu, juga menyebabkan rendahnya kadar serum IgG. Hal-hal tersebut menyebabkan peningkatan resiko infeksi postnatal meningkat

BAB 3
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP dan DEFINISI
OPERASIONAL

3.1 Kerangka teori

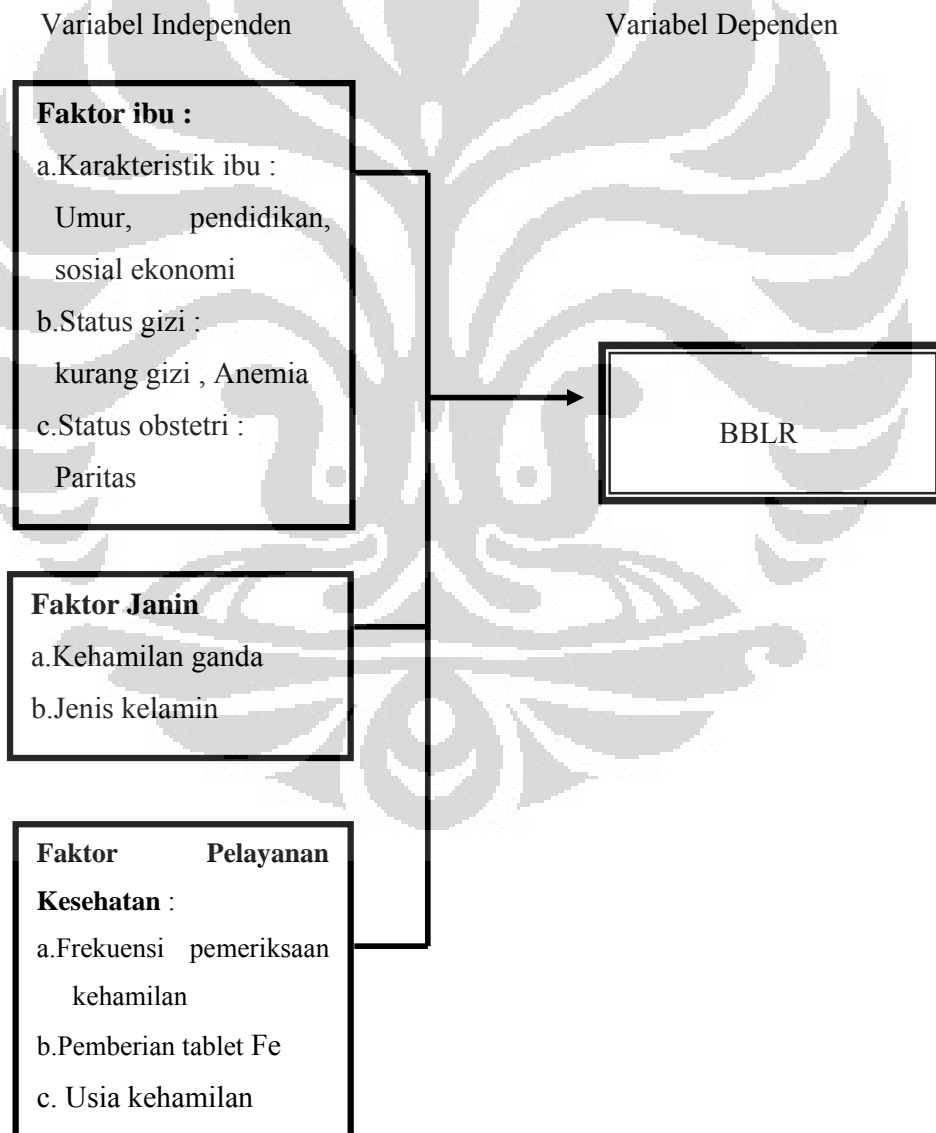


Teori Institute of Medicine (1985)

3.2 Kerangka konsep

Dari kerangka teori diatas penulis mengambil beberapa variabel yang dapat diakses dari wawancara dengan responden dan dari catatan kohor ibu hamil, dengan pertimbangan bahwa untuk faktor perilaku dan lingkungan kurang dapat diteliti di daerah dikarenakan penulis mempercayai bahwa perilaku merokok dan kecanduan serta paparan bahan berbahaya sangat jarang dijumpai. Sedangkan untuk faktor-faktor penyakit membutuhkan kajian yang lebih dalam dari sisi medis.

Variabel yang akan diteliti adalah antara lain :



3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Berat Bayi saat Lahir	Hasil penimbangan berat badan bayi saat kelahiran yang diukur dengan timbangan dalam satuan gram, dan diukur oleh tenaga kesehatan.	Kuesioner	0 = BBLR jika bayi yang dilahirkan beratnya \leq 2500 gram 1 = BBLN, jika bayi yang dilahirkan beratnya $>$ 2500 gram	Ordinal
2	Umur ibu	Jumlah tahun atau lama waktu yang dimiliki oleh responden sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir saat hamil anak terakhir	Kuesioner	0 = Umur berisiko, jika kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun 1 = Umur tidak berisiko, jika 20 sampai dengan 35 tahun	Ordinal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh responden	Kuesioner	0 = Pendidikan rendah, jika pendidikan \leq SLTP 1 = pendidikan	Ordinal

		yang dibuktikan dengan ijazah		cukup, jika pendidikan > SLTP	
4	Penghasilan keluarga	Jumlah penghasilan yang didapatkan oleh keluarga setiap bulan	Kuesioner	0 = penghasilan kurang, jika kurang dari Rp 1.000.000,- 1 = penghasilan cukup, jika lebih dari atau sama dengan Rp 1.000.000,-	Ordinal
5	Status Gizi	Keadaan gizi ibu saat hamil. Indikator yang dipakai adalah Lingkar lengan atas ibu hamil pada saat pemeriksaan kehamilan	Wawancara, buku KIA / Kohor Ibu	0 = kurang gizi, jika LILA kurang dari 23,5 cm 1 = bumil normal, jika LILA lebih dari atau sama dengan 23,5 cm	Ordinal
6	Anemi	Kadar Hemoglobin ibu kurang dari 11 gram %	Wawancara / buku Kia / Kohor ibu	0 = Anemia, jika kadar Hb < 11 gr % 1 = Tidak Anemia, jika kadar Hb ≥ 11 gr %	Ordinal
7	Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh	Kuesioner	0 = grande multi para, jika paritas > 4	Ordinal

		responden baik yang lahir hidup maupun mati sampai pada saat penelitian.		1 = multi para, jika paritas 1- 4	
8	Kehamilan Ganda	Kehamilan dengan dua janin atau lebih	Kuesioner	0 = kembar, jika jumlah bayi lebih dari 1 1 = tunggal, jika jumlah bayi 1	Ordinal
9	Jenis Kelamin	Jenis seksual bayi dilihat dari penampilan fisik saat lahir kelamin bayi	Kuesioner	0 = jika perempuan 1 = jika laki-laki	Ordinal
10	Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan	Jumlah kunjungan ibu hamil ke tempat pelayanan kesehatan untuk memeriksa kehamilan	Kuesioner /Kohort ibu	0 = kurang, jika jumlah pemeriksaan kehamilan < 4 kali 1 = cukup, jika jumlah pemeriksaan kehamilan ≥ 4 dengan rincian 1 kali trimester pertama, 1 kali trimester kedua,	Ordinal

				dan 2 kali trimester ketiga	
11	Konsumsi Tablet Fe	Jumlah tablet Fe yang diminum ibu selama kehamilan	Kuesioner	0 = konsumsi kurang, jika minum tablet Fe < 90 tablet 1 = konsumsi cukup, jika minum tablet Fe \geq 90 tablet	Ordinal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian merupakan penelitian noneksperimental, dengan jenis penelitian kuantitatif. Menggunakan desain penelitian *cross sectional*, dimana data mengenai variabel independen dan variabel dependen, yaitu berat badan bayi saat lahir dan faktor-faktor penyebabnya dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan. Data responden tidak diikuti selama jangka waktu tertentu.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon Propinsi Jawa Barat selama periode bulan Juni tahun 2012

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi di Puskesmas Klangeran yang dilahirkan pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2011 yaitu sebanyak 595 bayi

4.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah bayi yang lahir pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2011 yang lahir hidup dan ibunya pada waktu hamil tercatat dalam kohor ibu di Puskesmas Klangeran. Pengambilan sampel dilakukan secara simpel random sampling

4.3.3 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan dihitung menurut rumus uji hipotesis beda dua proporsi (Iwan Ariawan,1998)

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

n = besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z derajat kepercayaan 1,96 pada alpha 0,05

$Z_{1-\beta}$ = Kekuatan uji 95 %

P_1 = Proporsi BBLR pada ibu hamil dengan Hb kurang dari 11 gr % (0,3)

P_2 = Proporsi BBLR ibu hamil dengan Hb lebih dari 11 gr % (0,11)

(Rosikin, 2004)

P = $(0,3 + 0,11) / 2 = 0,205$

Sehingga didapatkan jumlah sampel yang diperlukan adalah 93 orang

4.3.3 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi bagi penelitian ini adalah :

1. Ibu yang melahirkan pada periode bulan Januari sampai bulan Desember tahun 2011
2. Bayi yang dilahirkan dalam keadaan lahir hidup
3. Nama ibu tercatat dalam kohor ibu hamil Puskesmas Klangeran
4. Berat badan bayi pada waktu lahir ditimbang
5. Bersedia menjadi responden

4.3.4 Kriteria Eksklusi

1. Ibu yang melahirkan sebelum dan sesudah periode bulan Januari sampai Desember tahun 2011
2. Bayi lahir mati
3. Nama ibu tidak tercatat dalam kohor ibu hamil di Puskesmas Klangeran

Karena Puskesmas Klangeran terdiri dari 5 desa, maka sampel dibagi menurut wilayah desa di Puskesmas Klangeran, sesuai dengan jumlah bayi baru lahir di masing-masing desa

1.	Deasa Serang	=	$91 / 593 \times 93$	= 14 orang
2.	Desa Klangeran	=	$109 / 593 \times 93$	= 17 orang
3.	Desa Danawinangun	=	$175 / 593 \times 93$	= 27 orang
4.	Desa Jemas Kidul	=	$100 / 573 \times 93$	= 16 orang
5.	Desa Pekantingan	=	$118 / 593 \times 93$	= 19 orang
	Jumlah			= 93 orang

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Sumber Data

Data diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner yang telah dibuat sebelumnya kepada responden terpilih dari hasil pengambilan sampel. Apabila ada data yang kurang lengkap dari responden, misalnya untuk variabel hasil pengukuran berat badan bayi waktu lahir, ukuran lingkaran lengan ibu, dan kadar hemoglobin sewaktu hamil dikhawatirkan ada responden yang lupa, atau tidak memiliki buku KIA, maka data ditambahkan dari kohor ibu di puskesmas yang memiliki data yang dibutuhkan. Oleh karena itu sumber data berasal dari dua sumber, yaitu :

a. **Data Primer**

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung di lapangan

b. **Data Sekunder**

Data sekunder adalah data dari buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang didapatkan oleh responden pada saat melaksanakan kunjungan pemeriksaan kehamilan, atau kohor ibu di puskesmas, sebagai pelengkap data yang telah ada.

4.4.2 Instrumen

Instrumen untuk pengumpulan data adalah dengan kuesioner

4.4.3 Cara Pengumpulan Data

Untuk data primer, cara pengumpulan data yang digunakan adalah dengan pengisian kuesioner dan wawancara kepada responden terpilih. Dilakukan oleh penulis sendiri, dan dibantu oleh kader posyandu yang telah dilatih sebelumnya untuk pengisian kuesioner

4.5 Pengolahan Data

Data yang terkumpul diolah dengan menggunakan format rekapitulasi yang telah dibuat khusus untuk memudahkan dalam proses pengolahan statistik. Tahap-tahap yang harus dilalui adalah :

4.5.1 Data Coding

Data Coding adalah proses penyusunan data secara sistematis dan memberi kode pada masing-masing kelas sesuai dengan tujuan pengumpulan data agar mudah dibaca oleh komputer. Pemberian kode untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.1 sebagai berikut di bawah ini :

Tabel 4.1

Daftar Pengkodean untuk Masing-masing Variabel

Variabel	Pemberian Kode
Berat Badan Bayi	≤ 2500 gr diberi kode 0 >2500 gr diberi kode 1
Umur ibu	< 20 dan > 35 tahun diberi kode 0 20 – 35 tahun diberi kode 1
Paritas	0 dan ≥ 5 diberi kode 0 1 – 4 diberi kode 1
Pendidikan	SD dan SMP diberi kode 0 SMA, Akademi dan PT diberi kode 1
Status ibu bekerja	Bekerja diberi kode 0 Tidak bekerja diberi kode 1
Penghasilan per bulan	< 1 juta diberi kode 0 ≥ 1 juta diberi kode 1
Status Gizi	Lingkar lengan atas $< 23,5$ cm diberi kode 0 Lingkar lengan atas $\geq 23,5$ cm diberi kode 1
Kadar Hb	< 11 gr % diberi kode 0 ≥ 11 gr % diberi kode 1
Usia Kehamilan	< 9 bulan diberi kode 0 ≥ 9 bulan diberi kode 1
Jumlah bayi dalam kandungan	> 1 diberi kode 0 1 diberi kode 1
Jenis Kelamin	Perempuan diberi kode 0 Laki-laki diberi kode 1
Pemeriksaan kehamilan	< 4 kali diberi kode 0 ≥ 4 kali diberi kode 1
Konsumsi tablet Fe	< 90 tablet diberi kode 0 ≥ 90 tablet diberi kode 1

4.5.2 Data Entering

Entering data adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam komputer dengan menggunakan *software*

4.5.3 Data Cleaning

Sebelum melakukan analisis data perlu dilakukan proses pembersihan data untuk memastikan dan melihat kemungkinan adanya kesalahan, memerlukan ketelitian dan akurasi data

4.6 Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan teknik analisis kuantitatif, data yang digunakan dalam penelitian dianalisis dan diinterpretasikan lebih lanjut agar lebih mudah untuk dibaca atau direpresentasikan. Analisis yang dilakukan yaitu :

4.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat gambaran pada masing-masing variabel yang akan diteliti, meliputi variabel dependen yaitu BBLR, dan variabel independen yaitu faktor ibu, faktor bayi dan faktor pelayanan kesehatan

4.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji *chi square* dengan batas kemaknaan (p value) 0,05 pada tingkat kepercayaan 95 %. Rumus yang digunakan dalam uji statistik *chi square* adalah :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

X^2 = statistik uji *chi square*

O = frekuensi hasil observasi

E = frekuensi hasil yang diharapkan

df = (b-1)(k-1)

df = derajat kepercayaan

b = jumlah baris

k = jumlah kolom

Jika hasil perhitungan statistik menunjukkan nilai $p \geq 0,05$ maka dikatakan bahwa antara kedua variabel secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna, sedangkan apabila nilai $p < 0,05$ maka secara statistik terdapat hubungan yang bermakna

4.7 Penyajian Data

Penyajian data disampaikan dalam bentuk tampilan tabel disertai kesimpulan tekstular sesuai dengan hasil akhir analisis yang dilakukan



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Geografi

Puskesmas Klangeran merupakan salah satu dari dua puskesmas yang terletak di Kecamatan Klangeran, dengan kondisi wilayah dataran rendah, memiliki 5 wilayah desa binaan, yaitu Desa Serang, Desa Klangeran, Desa Danawinangun, Desa Jemaras Kidul dan Desa Pekantingan, dengan luas wilayah 880,45 Ha. Dengan wilayah daratan untuk pemukiman dan persawahan. Seluruh desa di wilayah binaan Puskesmas dapat dijangkau dengan kendaraan baik roda dua sampai roda empat. Jarak dengan rumah sakit pemerintah terdekat yaitu RS Arjawinangun \pm 6 km, dan dengan rumah sakit swasta terdekat yaitu RS Mitra Plumbon \pm 4 km

Puskesmas Klangeran merupakan salah satu Unit Pelayanan Teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang terletak di Km 14 jalan raya Cirebon – Bandung. Puskesmas Klangeran dikelilingi oleh beberapa Wilayah Kerja Puskesmas lain yaitu :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Jemaras
- b. Sebelah Timur berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Wangunharja dan Depok
- c. Sebelah Selatan berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Palimanan
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Palimanan

Wilayah kerja puskesmas Klangeran meliputi 5 Desa yaitu:

1. Desa Serang
2. Desa Klangeran
3. Desa Danawinangun
4. Desa Jemaras Kidul
5. Desa Pekantingan

5.1.2 Pelayanan Kesehatan Dasar

Pemanfaatan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan dapat dilihat dari jumlah kunjungan ke fasilitas kesehatan pemerintah yang ada di Puskesmas Klangeran yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Kunjungan di Puskesmas Klangeran sebanyak 54.623 orang atau rata-rata 4.552 orang per bulan. Kunjungan tersebut turun dibanding dengan tahun 2010 sebanyak 62.329 orang.

Pelaksanaan bidang kesehatan meliputi :

1. Pendataan sasaran
2. Penyusunan target yang ditentukan
3. Pembuatan RTK
4. Pemantauan dan supervisi program
5. Pengumpulan dan penyajian data cakupan
6. Pembinaan peran petugas/programer
7. Pembinaan PSM bidang kesehatan
8. Kerjasama Lintas Sektoral

Adapun program-program kesehatan tahun 2011 yang dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- Upaya Kesehatan Wajib
 1. Promkes
 2. Kesling
 3. KIA/KB
 4. Gizi
 5. P2P/Imunisasi
 6. Pengobatan
- Upaya Kesehatan Pengembangan
 1. Upaya Kesehatan Sekolah
 2. Upaya Kesehatan Olah Raga
 3. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
 4. Upaya Kesehatan Kerja
 5. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut

6. Upaya Kesehatan Jiwa
7. Upaya Kesehatan Indra/Mata
8. Upaya Kesehatan Lansia
9. Upaya Kesehatan Tradisional
10. Pelayanan Farmasi

5.1.3 Pelayanan Kesehatan Rujukan

Pelayanan kesehatan rujukan di puskesmas merupakan sebagai upaya tindakan lanjutan setelah tidak dapat ditangani oleh sarana yang ada di Puskesmas.

5.1.4 Data Demografi

5.1.4.1 Jumlah penduduk

Jumlah penduduk pada tahun 2011 dapat dilihat dari jumlah penduduk masing – masing desa berikut ini :

1. Desa Serang	=	4.273 jiwa
2. Desa Klangeran	=	6.847 jiwa
3. Desa Danawinangun	=	9.106 jiwa
4. Desa Jemaras Kidul	=	5.468 jiwa
5. Desa Pekantingan	=	5.783 jiwa
Jumlah	=	31.477 jiwa

5.1.4.2 Angka kelahiran

Angka kelahiran pada masing – masing desa adalah sebagai berikut :

1. Desa Serang	=	91
2. Desa Klangeran	=	109
3. Desa Danawinangun	=	175
4. Desa Jemaras Kidul	=	100
5. Desa Pekantingan	=	118
Jumlah	=	593

5.1.4.3 Angka kematian

1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Merupakan data kematian bayi baru lahir umur 0-28 hari (neonatal) yang pada tahun ini terdapat kematian sebesar 6 bayi, dengan penyebab BBLR (3), Aspirasi (1), Asfiksi (1) dan trauma fisik (1).

2. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka kematian ibu (AKI) atau Maternal Mortalty Rate (MMR) menunjukkan angka kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan masa nifas yang ada diwilayah kerja Puskesmas Klangeran tidak ada.

3. Angka Kematian Kasar (AKK)

Angka kematian kasar atau Crude Death Rate (CDR)

- Serang	=	30
- Klangeran	=	45
- Danawinangun	=	57
- Jemaras Kidul	=	55
- Pekantingan	=	43
- Jumlah	=	230

5.1.4.4 Angka kejadian BBLR

Pada tahun 2011 terdapat kelahiran bayi dengan BBLR sebanyak 31 bayi. Dari angka tersebut 3 BBLR mengalami kematian(dari desa Danawinangun 2 dan desa Serang 1). Secara rinci kejadian BBLR perdesa adalah sebagai berikut :

• Desa Serang	=	4 bayi
• Desa Klangeran	=	9 bayi
• Desa Danawinangun	=	9 bayi
• Desa Jemaras Kidul	=	4 bayi
• Desa Pekantingan	=	5 bayi

5.2. Hasil Analisis Univariat

Hasil analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel untuk melihat gambaran dan jumlah (Hastono, 2007)

5.2.1 Berat Badan Bayi Lahir

Berikut ini adalah tabel yang ditunjukkan dari 93 responden. Berat badan bayi saat lahir diukur oleh tenaga kesehatan yang menolong persalinan. Berat

badan lahir kemudian dibagi menjadi 2 kategori, yaitu kategori BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu bayi yang memiliki berat lahir kurang dari atau sama dengan 2500 gr, dan kategori BBLN (Berat Bayi Lahir Normal) yaitu bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gr.

Dari hasil penelitian didapatkan berat badan bayi lahir terendah adalah 1200 gr, dan tertinggi 4200 gr dengan rata-rata berat badan 3041,94 gr

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan Lahir di Puskesmas Klangeran Tahun 2011

Berat bayi lahir	Jumlah	Persentase
≤ 2500	14	15,1
>2500	79	84,9
Total	93	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa 84,9 % responden melahirkan BBLN dan 15,1 % responden melahirkan BBLR

5.2.2 Umur

Umur responden terendah adalah 16 tahun dan tertinggi 40 tahun, sedangkan umur rata rata ibu saat hamil terakhir adalah 27,6. Pengelompokkan umur dibagi menjadi 2 kategori yaitu umur yang beresiko untuk melahirkan BBLR yaitu umur kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, sedangkan untuk umur yang tidak beresiko melahirkan bayi BBLR adalah umur 20 tahun sampai dengan 35 tahun. Distribusi responden berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel berikut di bawah ini

Tabel 5.2

Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Klangeran Tahun 2011

Umur	Jumlah	Persentase
< 20 dan > 35 tahun	24	25,8
20 – 35 tahun	69	74,2
Total	93	100

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa 74,2 % responden berumur antara 20 sampai 35 tahun, sedangkan sisanya sebesar 25,8 % responden adalah berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun

5.2.3 Pendidikan

Pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang berhasil ditamatkan oleh responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden dengan tingkat pendidikan SD, SMP dan SMA hampir merata kecuali dengan responden dengan tingkat pendidikan akademi dan perguruan tinggi hanya sebesar 3,2 %.

Untuk variabel pendidikan selanjutnya akan dikategorikan menjadi pendidikan rendah yaitu tingkat pendidikan SD dan SMP, dan tingkat pendidikan tinggi yaitu responden dengan pendidikan SMA dan Akademi / PT

Tabel 5.3

Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan
di Puskesmas Klangeran Tahun 2011

Pendidikan	Jumlah	Persentase
Rendah	61	65,6
Tinggi	32	34,4
Total	93	100

Berdasarkan pengelompokan kategori pendidikan rendah dan tinggi, maka responden dengan pendidikan rendah jumlahnya hampir dua pertiga dari jumlah responden

5.2.4 Sosial Ekonomi

Variabel sosial ekonomi diukur berdasarkan jumlah pendapatan yang diterima oleh responden setiap bulan. Untuk memudahkan responden saat menjawab pertanyaan berapa pendapatan yang diterima, maka responden diberikan pilihan jawaban

- Kurang dari Rp 500.000,-
- Rp 500.000 sampai < Rp 1.000.000
- Antara Rp 1000.000 – Rp 2000.000

d. Lebih dari Rp 2000.000

Selanjutnya saat memasukkan data, dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu sosial ekonomi rendah dengan kriteria pendapatan kurang dari Rp 1 juta rupiah, hal ini didasarkan atas asumsi angka pembulatan UMR di Kabupaten Cirebon pada tahun 2011 sebesar Rp 906.190,- dan sosial ekonomi menengah dengan pendapatan lebih dari Rp 1.000.000,- per bulan.

Tabel 5.4

Distribusi Responden Berdasarkan Sosial Ekonomi Keluarga
di Puskesmas Klangeran Tahun 2011

Sosial ekonomi	Jumlah	Persentase
Rendah	52	55,9
Menengah	41	44,1
Total	93	100

5.2.5 Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang telah dilahirkan ibu sebelum kehamilan anak yang terakhir. Dari hasil penelitian paritas ibu berkisar antara 0 sampai dengan 5. Selanjutnya paritas dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu kategori beresiko melahirkan BBLR, yaitu 0 dan lebih dari atau sama dengan 5, dan kategori yang tidak beresiko melahirkan BBLR, yaitu paritas 1 sampai dengan 4.

Distribusi responden berdasarkan paritas dapat dilihat pada tabel berikut di bawah ini

Tabel 5.5

Distribusi Responden Berdasarkan Paritas
di Puskesmas Klangeran tahun 2011

Paritas	Jumlah	Persentase
0 dan ≥ 5	44	47,3
1 – 4	49	52,7
Total	93	100

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa selisih persentase antara responden yang mempunyai paritas beresiko dengan responden yang tidak beresiko, jumlahnya hanya sedikit yaitu 4,5 %

5.2.6 Jumlah Bayi dalam Kandungan

Jumlah bayi dalam kandungan menunjukkan apakah kehamilan tersebut kembar atau tidak. Tabel berikut menunjukkan distribusi responden berdasarkan jumlah bayi dalam kandungan

Tabel 5.6

Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Bayi dalam Kandungan di Puskesmas Klangeran tahun 2011

Jumlah bayi	Jumlah	Persentase
> 1	4	2,2
1	91	97,8
Total	93	100

Dari tabel tersebut menunjukkan hanya 2,2 % dari 93 orang responden yang mengalami kehamilan kembar, sedangkan selebihnya adalah kehamilan tunggal.

5.2.7 Anemia

Anemia ditunjukkan dengan pemeriksaan kadar hemoglobin yang dilakukan pada responden selama hamil, karena pemeriksaan hemoglobin yang dilakukan pada responden di puskesmas Klangeran tidak semua responden dilakukan pemeriksaan pada trimester awal, kedua atau terakhir, sehingga peneliti mengambil hasil pemeriksaan hemoglobin dari hasil pemeriksaan pertama yang tertera pada buku KIA atau kohor ibu tanpa memperhitungkan pada trimester seberapa dilakukan pemeriksaan tersebut.

Responden dikategorikan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 11 gr % dan tidak anemia jika kadar hemoglobin lebih dari atau sama dengan 11 gr %

Tabel 5.7

Distribusi Responden Berdasarkan Kadar Hemoglobin Pada Saat Hamil di Puskesmas Klagenan Tahun 2011

Kadar Hb	Jumlah	Persentase
< 11 gr %	13	14,0
≥11 gr %	80	86,0
Total	93	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diambil kesimpulan bahwa sebesar 14 % responden mengalami anemia pada saat kehamilan terakhir

5.2.8 Status Gizi

Status gizi diukur dari lingkaran lengan atas (LILA). Ada 2 kategori yaitu ibu hamil dengan status gizi kurang apabila LILA kurang dari 23,5 cm dan kategori ibu hamil dengan status gizi baik apabila LILA \geq 23,5 cm

Tabel 5.8

Distribusi Responden Berdasarkan Status Gizi di Puskesmas Klagenan tahun 2011

LILA	Jumlah	Persentase
< 23,5 cm	24	25,8
≥ 23,5 cm	69	74,2
Total	93	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 93 responden, lebih dari seperempatnya memiliki LILA kurang dari 23,5 cm atau berarti dalam status gizi kurang

5.2.9 Frekuensi Pemeriksaan

Frekuensi pemeriksaan ibu hamil idealnya adalah minimal 4 kali selama hamil, dengan perincian 1 kali selama trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga. Untuk mengetahui bahwa pemeriksaan pertama kali dilakukan pada trimester pertama, maka pada kuesioner dicantumkan pemeriksaan kehamilan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan berapa bulan.

Apabila didapatkan pemeriksaan 4 kali atau lebih kemudian pemeriksaan pertama kali dilakukan pada usia kehamilan kurang dari atau pada kehamilan 3 bulan, maka responden dianggap memenuhi kriteria pemeriksaan lebih dari atau sama dengan 4 kali

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan di Puskesmas Klangeran tahun 2011

Pemeriksaan	Jumlah	Persentase
< 4 kali	20	21,5
≥ 4 kali	73	78,5
Total	93	100

5.2.10 Konsumsi tablet Fe

Konsumsi tablet Fe selama kehamilan yang dianjurkan adalah lebih dari atau sama dengan 90 tablet untuk mengatasi terjadinya anemia pada kehamilan. Berikut adalah tabel konsumsi tablet Fe yang dikategorikan menjadi 2, yaitu konsumsi kurang dari 90 tablet dan konsumsi lebih dari atau sama dengan 90 tablet selama kehamilan

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan Konsumsi Tablet Fe di Puskesmas Klangeran tahun 2011

Konsumsi tablet Fe	Jumlah	Persentase
< 90 tablet	48	51,6
≥ 90 tablet	45	48,4
Total	93	100

Dari tabel diatas dapat diambil kesimpulan bahwa responden yang mengkonsumsi tablet Fe kurang dari 90 tablet jumlahnya sedikit lebih banyak dari responden yang mengkonsumsi tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet

5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yang diteliti yaitu karakteristik ibu (umur, pendidikan, sosial

ekonomi, paritas), resiko pada kehamilan sekarang (anemia, status gizi kurang), pelayanan ANC pada ibu hamil (frekuensi pemeriksaan, pemberian tablet Fe) dan faktor bayi (kehamilan ganda, jenis kelamin) dengan variabel dependen BBLR. Analisis ini menggunakan analisis *chi square* (Hastono, 2007)

5.3.1 Hubungan Antara Umur Ibu dengan BBLR

Hubungan antara umur ibu dengan kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 5.11
Distribusi Responden Menurut Umur Ibu dan BBLR

Umur ibu	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
< 20 dan > 35	4	8,33	22	91,7	24	0,43 (0,09 – 2,09)	0,507
20 – 35	12	17,4	57	82,6	69		

Hasil analisis hubungan didapatkan bahwa ada 2 BBLR (8,33 %) yang lahir dari ibu dengan umur beresiko (< 20 tahun dan > 35 tahun), sedangkan pada umur tidak beresiko (20 – 30 tahun) terdapat 12 BBLR (17,39 %). Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,507$ maka disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara umur ibu yang beresiko dengan umur ibu yang tidak beresiko.

5.3.2 Hubungan Antara Pendidikan Ibu dengan BBLR

Hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian BBLR dapat digambarkan dalam tabel berikut di bawah ini

Tabel 5.12
Distribusi Responden Menurut Pendidikan Ibu dan BBLR

Pendidikan	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
Rendah	10	16,33	51	83,6	61	1,37 (0,39 – 4,78)	0,765
Tinggi	4	12,5	28	87,5	32		

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan kejadian BBLR adalah terdapat 10 BBLR (16,39 %) pada ibu dengan pendidikan rendah, dan 4 BBLR (12,5) pada ibu dengan pendidikan tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,765$ dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara pendidikan ibu dan BBLR.

5.3.3 Hubungan Antara Sosial Ekonomi dengan BBLR

Kejadian BBLR dan hubungannya dengan status sosial ibu dapat dilihat dalam tabel di bawah ini

Tabel 5.13
Distribusi Responden Menurut Sosial Ekonomi dan BBLR

Sosial ekonomi	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
Rendah	8	15,4	44	84,6	52	1,06 (0,337 – 3,34)	1
Menengah	6	14,6	35	85,4	41		

Hasil analisis antara sosial ekonomi dengan BBLR didapatkan ada 8 BBLR (15,4 %) pada keluarga dengan status sosial ekonomi rendah, dan ada 6 BBLR (14,6 %) pada keluarga dengan status sosial ekonomi lebih tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 1$ dan $OR = 1,06$. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi BBLR pada status ekonomi rendah dan tinggi, dan terdapat peluang 1,67 kali pada sosial ekonomi rendah untuk melahirkan BBLR

5.3.4 Hubungan Antara Paritas dengan BBLR

Tabel 5.14
Distribusi Responden Menurut Paritas dan BBLR

Paritas	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
0 dan > 5	3	6,82	41	93,18	44	0,25 (0,06 – 0,98)	0,07
1 – 4	11	22,45	38	77,55	49		

Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat 3 BBLR (6,82 %) yang dilahirkan dari ibu dengan paritas beresiko dan ada 11 BBLR (22,45 %) yang dilahirkan dari ibu bukan paritas beresiko, dan hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,07$ dengan demikian menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi antara kejadian BBLR dengan paritas ibu.

5.3.5 Hubungan Antara Anemia dengan BBLR

Tabel 5.15
Distribusi Responden Menurut Anemia dan BBLR

Kadar Hb	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
< 11 gr %	6	46,2	7	53,8	13	7,7 (2,1 – 28,6)	0,004
≥ 11 gr %	8	10	72	90	80		

Hasil analisis menunjukkan terdapat 6 BBLR (46,2%) dari ibu hamil yang mengalami anemia, dan terdapat 8 BBLR (10 %) dari ibu hamil yang tidak mengalami anemia, hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,004$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan proporsi (ada hubungan yang signifikan) antara anemia dengan berat bayi saat lahir. Nilai OR diperoleh sebesar 7,7 berarti bahwa ibu hamil yang anemia mempunyai peluang sebesar 7,7 kali untuk memiliki BBLR

5.3.6 Hubungan Antara Status Gizi dengan BBLR

Tabel 5.16
Distribusi Responden Menurut LILA dan BBLR

Status Gizi	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
Kurang (Lila < 23,5cm)	7	29,17	17	70,8	24	3,64 (1,12 – 11,83)	0,04
Baik (Lila ≥ 23,5cm)	7	10,1	62	89,9	69		

Hasil analisis hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR menunjukkan ada 7 BBLR (29,17 %) yang lahir dari ibu dengan status gizi kurang dan 7 BBLR (10,1 %) yang lahir dari ibu dengan status gizi baik, hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,04$ dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR. Hasil analisis diperoleh pula nilai $OR = 3,64$ artinya ibu yang memiliki status gizi kurang (lingkar lengan atas $< 23,5$ cm) mempunyai peluang 3,64 kali untuk memiliki BBLR

5.1.5 Hubungan Antara Frekuensi Pemeriksaan dengan BBLR

Hubungan antara jumlah pemeriksaan kehamilan dengan angka kejadian BBLR dapat dilihat pada tabel berikut di bawah ini

Tabel 5.17

Distribusi Responden Menurut Frekuensi Pemeriksaan dan BBLR

Frekuensi pemeriksaan	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
< 4 kali	3	15	17	85	20	0,99 (0,24 – 3,97)	1
≥ 4 kali	11	15,1	62	84,9	73		

Presentase kejadian BBLR pada ibu dengan pemeriksaan ≥ 4 kali dan ibu dengan pemeriksaan < 4 kali hampir sama yaitu 15 %. Nilai $p = 1$ menunjukkan bahwa ibu yang memeriksakan kehamilan lebih dari 4 kali tidak mempunyai hubungan dengan kejadian BBLR dan tidak ada perbedaan proporsi kejadian BBLR baik pada ibu yang memeriksakan kehamilan kurang dari 4 kali atau pada ibu yang memeriksakan kehamilannya lebih dari 4 kali.

5.3.8 Hubungan Antara Konsumsi Tablet Fe dengan BBLR

Tabel 5.18

Distribusi Responden Menurut Konsumsi Tablet Fe dan BBLR

Konsumsi Fe	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
< 90 tablet	9	18,75	39	81,25	48	1,85 (0,57 – 6,0)	0,46
≥ 90 Tablet	5	11,1	40	88,89	45		

Ibu yang mengkonsumsi tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet melahirkan BBLR lebih sedikit (11,1 %) dibandingkan dengan ibu yang mengkonsumsi tablet Fe kurang dari 90 tablet (18,75 %). Namun menurut hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,46$, yang berarti bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi tablet Fe selama hamil dengan kejadian BBLR.

5.3.9 Hubungan Antara Kehamilan Ganda dengan BBLR

Hubungan antara kehamilan ganda (kembar) dengan kejadian BBLR dapat dilihat dalam kejadian berikut di bawah ini

Tabel 5.19

Distribusi Responden Menurut Kehamilan Ganda dan BBLR

Jumlah bayi	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
> 1	2	100	0	0	4	7,6 (4,47 – 12,84)	0,02
1	12	13,2	79	86,8	91		

Hasil analisis menunjukkan bahwa 100 % kehamilan ganda menghasilkan BBLR, sedangkan pada kehamilan tunggal hanya 13,19 %. Uji statistik didapatkan nilai $p = 0,021$ yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kehamilan ganda dengan kejadian BBLR, sedangkan nilai $OR = 7,58$ berarti bahwa pada kehamilan kembar kemungkinan memiliki BBLR 7,58 kali dibandingkan dengan kehamilan tunggal

5.3.10 Hubungan Antara Jenis Kelamin Bayi dengan BBLR

Jenis kelamin bayi diperkirakan mempengaruhi berat badan bayi saat lahir, tabel berikut di bawah ini memperlihatkan hubungan jenis kelamin bayi dengan kejadian BBLR

Tabel 5.20

Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin Bayi dan BBLR

Jenis kelamin	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	n	%			
Perempuan	5	11,9	37	88,1	42	0,63 (0,19 – 2,05)	0,632
Laki - laki	9	17,6	42	82,4	51		

Jumlah BBLR dengan jenis kelamin perempuan lebih sedikit (11,9 %) dibandingkan dengan BBLR dengan jenis kelamin laki-laki (17,6). Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin bayi dengan kejadian BBLR.

5.3.11 Hubungan Antara Usia Kehamilan dengan BBLR

Hubungan usia kehamilan dengan kejadian BBLR, dapat digambarkan dengan tabel di bawah ini.

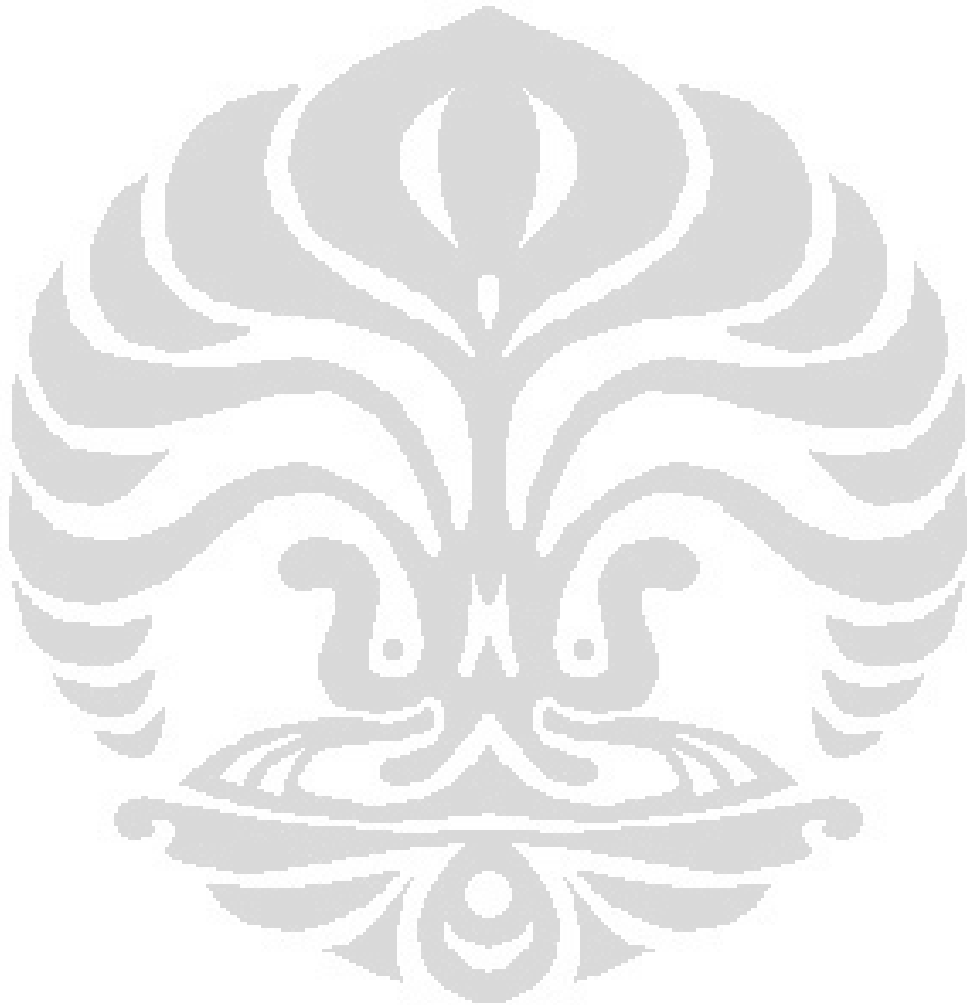
Tabel 5.21

Distribusi Responden Menurut Usia Kehamilan dan BBLR

Usia kehamilan	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	N	%			
< 9 bulan	7	77,8	4	22,2	9	38,5 (6,68 – 221,9)	0,0005
≥ 9 bulan	7	8,3	77	91,7	84		

Ibu hamil yang melahirkan pada usia kehamilan kurang dari 9 bulan melahirkan jauh lebih banyak BBLR (77,78 %) dibandingkan dengan ibu hamil yang melahirkan pada usia kehamilan lebih dari atau sama dengan 9 bulan. Hal tersebut didukung dengan hasil uji statistik yang diperoleh nilai $p = 0,0005$.

Demikian pula dengan nilai OR = 38,5 menunjukkan bahwa melahirkan pada usia kehamilan kurang dari 9 bulan meningkatkan peluang untuk memiliki BBLR sebesar 38,5 kali



5.3.2 Rekap Hasil Univariat

Variabel	Jumlah	Persentase
Berat bayi		
≤2500	14	15,1
>2500	79	84,9
Total	93	100
Umur		
< 20 dan > 35 tahun	24	25,8
20 – 35 tahun	69	74,2
Total	93	100
Pendidikan		
Rendah	61	65,6
Tinggi	32	34,4
Total	93	100
Sosial ekonomi		
Rendah	52	55,9
Tinggi	41	44,1
Total	93	100
Paritas		
0 dan ≥ 5	44	47,3
1 – 4	49	52,7
Total	93	100
Jumlah bayi		
> 1	2	2,2
1	91	97,8
Total	93	100
Kadar Hb		
< 11 gr %	13	14,0
≥11 gr %	80	86,0
Total	93	100

Status Gizi		
Lila < 23,5 cm	24	25,8
Lila ≥ 23,5 cm	69	74,2
Total	93	100
Frekuensi Pemeriksaan		
< 4 kali	20	21,5
≥ 4 kali	73	78,5
Total	93	100
Konsumsi tablet Fe		
< 90 tablet	48	51,6
≥ 90 tablet	45	48,4
Total	93	100

5.3.3 Rekap Hasil Uji Bivariat

Variabel	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	N	%	N	%			
Umur Ibu							
< 20 dan > 35	2	8,33	22	91,7	24	0,43 (0,09 – 2,09)	0,507
20 – 35	12	17,4	57	82,6	69		
Pendidikan							
Rendah	10	16,33	51	83,6	61	1,37 (0,39 – 4,78)	0,765
Tinggi	4	12,5	28	87,5	32		
Sosial ekonomi							
Rendah	8	15,4	44	84,6	52	1,06 (0,337 – 3,34)	1
Menengah	6	14,6	35	85,4	41		
Paritas							
0 dan ≥ 5	3	6,82	41	93,18	44	0,25 (0,06 – 0,98)	0,07
1 – 4	11	22,45	38	77,55	49		
Kadar Hb							
< 11 gr %	6	46,2	7	53,8	13	7,7 (2,1 – 28,6)	0,004*
≥ 11 gr %	8	10	72	90	80		
Status Gizi							
Kurang (Lila < 23,5cm)	7	29,17	17	70,8	24	3,64 (1,12 – 11,83)	0,04*
Baik (Lila ≥ 23,5cm)	7	10,1	62	89,9	69		
Frekuensi pemeriksaan							
< 4 kali	3	15	17	85	20	0,99 (0,24 – 3,97)	1
≥ 4 kali	11	15,1	62	84,9	73		
Konsumsi Fe							
< 90 tablet	9	18,75	39	81,25	48	1,85 (0,57 – 6,0)	0,46
≥ 90 Tablet	5	11,1	40	88,89	45		

Lanjutan							
Jumlah bayi	Berat bayi				Total	OR	P value
	≤ 2500		> 2500				
	n	%	N	%			
> 1	2	100	0	0	2	7,6 (4,47 – 12,84)	0,02*
1	12	13,2	79	86,8	91		
Usia kehamilan							
< 9 bulan	7	77,8	4	22,2	9	38,5 (6,68 – 221,9)	0,0005*
≥ 9 bulan	7	8,3	77	91,7	84		
Jenis kelamin							
Perempuan	5	11,9	37	88,1	42	0,63 (0,19 – 2,05)	0,632
Laki – laki	9	17,6	42	82,4	51		

Keterangan :

* Terdapat hubungan

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian dilakukan dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*, dimana pengukuran sebab (faktor-faktor yang ditemukan) dengan akibat dilakukan dalam satu waktu yang bersamaan (Azwar,1999), untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian BBLR

Menurut teori banyak faktor yang dapat menyebabkan kejadian BBLR, namun karena keterbatasan waktu, biaya dan sumber daya peneliti, maka peneliti hanya melakukan penelitian pada variabel yang terdapat pada kohor ibu ditambah dengan variabel pendidikan dan pendapatan. Meskipun pada variabel pendapatan responden bersifat sangat subyektif karena sebagian besar responden tidak terbuka terhadap pendapatan yang didapatkan setiap bulan

Sebagian besar responden diukur kadar Hb selama hamil hanya 1 kali pada awal kunjungan ke petugas puskesmas, dan pengukuran kadar Hb dilakukan dengan menggunakan metode sahli oleh petugas laboratorium di Puskesmas Klangeran, dikarenakan belum tersedia alat yang lebih akurat, maka kadar Hb untuk menentukan status anemia responden adalah kadar Hb pada waktu pemeriksaan pertama tanpa memperhitungkan trimester keberapa dilakukannya pemeriksaan tersebut

Pada saat pengumpulan data kuesioner, peneliti dibantu oleh beberapa orang kader posyandu yang dapat menyebabkan bias pada penelitian ini, namun untuk mengurangi terjadinya hal tersebut, peneliti telah melakukan pelatihan terlebih dahulu kepada kader yang membantu untuk melaksanakan kuesioner kepada sasaran responden agar terjadi persamaan persepsi mengenai pertanyaan yang akan diajukan kepada responden

6.2 Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1 Umur Ibu

Ibu hamil pada usia muda, memiliki beberapa resiko lain yang memberikan dampak terhadap kehamilannya. Kehamilan pertama yang biasanya terjadi pada ibu berumur muda lebih mungkin untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan kehamilan berikutnya. Kehamilan pada umur yang lebih muda berhubungan rendahnya status sosial, terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan dan status pernikahan (misalnya hamil di luar pernikahan). Beberapa studi menyimpulkan bahwa umur ibu bukanlah faktor resiko independen yang berhubungan dengan BBLR, dan peningkatan resiko kemungkinan disebabkan oleh faktor yang menyertai seperti sosial ekonomi yang rendah, status gizi kurang, dan terlambat mendapatkan pelayanan ANC.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan kejadian BBLR di puskesmas Klagenan pada tahun 2011, dan presentase ibu dengan BBLR lebih tinggi pada kelompok ibu dengan umur 20 – 35 tahun, hal ini bertentangan dengan teori yang telah diketengahkan bahwa menurut *Institute of Medicine* (1985) persentase ibu melahirkan BBLR pada usia beresiko, hal tersebut tidak memandang apakah ras ibu hitam atau putih.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Susanti (2008), yang melakukan penelitian di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok, yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor umur ibu dengan kejadian BBLR. Demikian juga dengan hasil penelitian Rahmawati (2000), yang menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan BBLR, namun apabila umur ibu < 20 tahun akan memiliki risiko 1,73 kali dibandingkan dengan ibu yang berumur 20 – 35 tahun

6.2.2 Pendidikan

Proses belajar atau pengalaman seseorang menentukan bentuk perilaku orang. Perilaku orang yang berpendidikan lebih tinggi umumnya berbeda dengan perilaku orang berpendidikan rendah. Blum (1974) dalam Azwar (1983) salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan adalah perilaku. Pendidikan yang dimaksudkan dalam penelitian ini dikategorikan menurut pendidikan terakhir

yang berhasil ditamatkan oleh responden yang dibagi menjadi 2 kategori, yaitu pendidikan rendah dimana apabila didapati responden dengan pendidikan minimal tamat SMP, sesuai dengan program wajib belajar yang dicanangkan oleh pemerintah (UU Republik Indonesia No 20 tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan Nasional), dan pendidikan cukup apabila responden berpendidikan terakhir minimal setingkat SMA. Menurut penelitian, pendidikan yang ditamatkan mempunyai pengaruh terhadap perilaku reproduksi, kelahiran, kematian, kesakitan, dan kepedulian terhadap kesehatan keluarga (SDKI, 2007)

Dalam penelitian ini walaupun tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan BBLR, namun didapatkan persentase yang lebih tinggi kejadian BBLR pada ibu dengan pendidikan rendah. Begitu juga dengan Meinawati (1992) dalam penelitiannya di provinsi Jawa Barat menyatakan bahwa walaupun pada uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian BBLR, namun proporsi kejadian BBLR pada ibu dengan pendidikan rendah lebih besar jika dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Begitu juga menurut Rusdaniah yang melakukan penelitian di Gorontalo pada tahun 2005, melihat bahwa proporsi ibu yang berpendidikan lebih rendah, melahirkan BBLR lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi, walaupun menurut uji statistik yang dilakukan tidak mendapati hubungan yang bermakna antara pendidikan ibu dengan kejadian BBLR

6.2.3 Sosial Ekonomi

Hasil analisis antara sosial ekonomi dengan BBLR didapatkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi kejadian BBLR dengan status sosial ekonomi ibu. Sosial ekonomi diukur dengan berbagai cara, misalnya kelas sosial, pendapatan atau pendidikan (*Institute of Medicine*, 1985) Parker dan Bennet dalam Azwar (1999) memakai indikator pendapatan, pendidikan, tempat tinggal, keadaan gizi, jumlah anak, dan sikap terhadap kesehatan untuk mendefinisikan status sosial ekonomi. Oleh karena itu dalam penelitian ini sosial ekonomi diukur dari pendapatan yang didapatkan oleh keluarga setiap bulan.

Kemiskinan telah dikenali sebagai faktor resiko yang cukup besar untuk terjadinya BBLR, hal ini dapat dilihat dari 50 % kelahiran prematur dan resiko untuk BBLR pada kelahiran normal 95 % lebih tinggi pada wanita dengan sosial ekonomi rendah (*Institut of Medicine*, 1985). Namun faktor sosial ekonomi yang diukur dalam penelitian tersebut mencakup 5 tingkat sosial ekonomi, mulai dari rentang tingkat sosial ekonomi paling tinggi, yaitu sosial ekonomi I (paling istimewa) hingga sosial ekonomi V (tanpa keistimewaan)

Faktor sosial ekonomi berhubungan dengan meningkatnya resiko untuk terjadinya BBLR dan persalinan prematur. Hal ini berkaitan setidaknya beberapa faktor berikut, misalnya kenaikan berat badan yang rendah selama hamil, tinggi badan yang kurang, komplikasi obstetri lain seperti hipertensi dan preeklamsi, kemungkinan infeksi, perokok, dan akses ke sumber pelayanan kesehatan serta penggunaan pelayanan kesehatan. Dampak dari status sosial ekonomi kemungkinan berasal dari gabungan dari beberapa faktor tersebut. Sebuah penelitian di Manado tahun 2002 menunjukkan adanya hubungan yang positif antara status sosial ekonomi ibu hamil dengan kadar serum ferritin darahnya (Fatmah, 2010)

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa faktor sosial ekonomi tidak memiliki hubungan secara langsung dengan kejadian BBLR, tetapi merupakan salah satu faktor yang berkaitan dengan faktor penyebab BBLR

6.2.4 Paritas

Paritas menurut Schlenker dan Sara Long (2007) dalam Susanti (2008) adalah jumlah kelahiran setelah gestasi 20 minggu tanpa memperhatikan apakah bayi hidup atau mati. Menurut Poedji Rochyati dalam Susanti (2008), paritas merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap hasil konsepsi yang dapat menyebabkan :

1. Kesehatan teganggu karena anemia dan kurang gizi
2. Kekendoran pada dinding perut rahim, sehingga perut menggantung

Hal tersebut di atas dapat menyebabkan salah satunya adalah kejadian BBLR.

Namun hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi antara kejadian BBLR dengan paritas ibu , hal ini sejalan

dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti dalam penelitiannya di Puskesmas Pancoran Mas - Depok tahun 2008. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosikin di Kota Cirebon pada tahun 2004.

6.2.5 Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin dalam darah, kurang dari kadar hemoglobin normal. Anemia umumnya terjadi di negara berkembang dan pada kelompok sosial ekonomi rendah. Pada wanita hamil *cut of point* kategori anemia adalah 11 gr % (WHO dalam Fatmah, 2010). Anemia pada ibu hamil menyebabkan tingginya resiko melahirkan bayi prematur dan BBLR (Gillespie, 1998 dalam Susanti, 2011).

Konsentrasi hemoglobin ibu hamil dapat mempengaruhi berat bayi saat lahir. Dengan demikian teori yang mendukung bahwa anemia merupakan salah satu faktor yang menyebabkan BBLR dalam penelitian ini dapat terbukti. Begitu juga menurut penelitian yang dilakukan oleh Rosikin pada tahun 2004 dengan hasil uji statistik 0,029 dan nilai OR 3,51.

Namun tidak demikian halnya dengan hasil penelitian Susanto (1992), yang melakukan penelitian tentang pengaruh kadar hemoglobin pada ibu hamil trimester tiga terhadap kejadian BBLR, prematuritas dan Intra Uterine Growth Retardation di Indramayu, mendapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kejadian BBLR dengan kadar hemoglobin ibu selama hamil

6.2.6 Status Gizi

Lingkar lengan atas (LILA) merupakan salah satu cara pengukuran antropometri yang mengukur lemak bawah kulit. Pengukuran dengan LILA dipilih karena mudah dan dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam. Hasil pengukuran LILA mencerminkan cadangan energi, sehingga dapat dijadikan sebagai pengukuran status gizi ibu hamil dengan kurang energi kronik (KEK). Ambang batas yang dipergunakan di Indonesia adalah 23,5 cm. (Hartriyanti dan Triyanti, 2010) apabila didapati ukuran Lila kurang dari angka tersebut, maka seorang ibu hamil dikatakan mengalami KEK.

Ibu hamil dengan status gizi kurang diperkirakan akan melahirkan BBLR (Supariasa et al, 2002). Menurut Kusharisuperni (2010) status gizi kurang saat kehamilan memberikan dampak kurang baik terhadap bayi yang akan dilahirkan, terutama terhadap berat badan bayi. Bayi akan lahir dengan berat badan rendah

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status gizi ibu dengan kejadian BBLR. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rosikin yang dilakukan di Kota Cirebon pada tahun 2004, yang menunjukkan bahwa ibu yang memiliki status gizi kurang berpeluang 2,9 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dibandingkan ibu dengan status gizi baik

Namun menurut Kartika (2001) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan proporsi BBLR pada ibu hamil dengan status gizi kurang dan status gizi baik

6.2.7 Frekuensi Pemeriksaan

Ibu yang memeriksakan kehamilan lebih dari 4 kali tidak mempunyai hubungan dengan kejadian BBLR dan tidak ada perbedaan proporsi kejadian BBLR baik pada ibu yang memeriksakan kehamilan kurang dari 4 kali atau pada ibu yang memeriksakan kehamilannya lebih dari 4 kali. Namun menurut penelitian Dwi Rohayanti yang melakukan penelitian di provinsi Jawa Barat pada tahun 2004, menyatakan bahwa terdapat perbedaan proporsi dengan nilai $p = 0,001$ dan nilai OR sebesar 3,5

6.2.8 Konsumsi Tablet Fe

Besi (Fe) merupakan mineral mikro yang sangat penting bagi manusia, yang fungsinya dalam tubuh adalah sebagai alat angkut oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh, sebagai alat angkut elektron di dalam sel, dan sebagai bagian terpadu berbagai reaksi enzim di dalam tubuh. Angka kecukupan besi pada wanita hamil trimester pertama adalah 13 mg , trimester kedua 22 mg, dan trimester ketiga 26 mg. Sumber zat besi hewani yang baik adalah daging, ayam, ikan dan telur. Sedangkan sumber dari tumbuhan adalah, sereal tumbuk, kacang-kacangan, sayur hijau dan beberapa jenis buah (Almatsier, 2010)

Oleh karena angka prevalensi anemia gizi besi yang cukup tinggi di Indonesia, yaitu sebesar 70 % menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun

1989 , walaupun mengalami penurunan hingga 40,1 % pada tahun 2001, maka sesuai standar pelayanan kebidanan, dianjurkan bagi ibu hamil untuk mengkonsumsi tablet Fe minimal 90 tablet selama kehamilan.

Menurut Meinarwati (1995), ibu yang mengkonsumsi tablet Fe lebih dari atau sama dengan 90 tablet melahirkan BBLR lebih sedikit dibandingkan dengan ibu yang mengkonsumsi tablet Fe kurang dari 90 tablet. Meinarwati juga menyatakan bahwa dari hasil survei cepat pada ibu hamil pada tahun 1995, ibu hamil yang menerima tablet Fe kurang dari 90 tablet mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan BBLR. Namun dalam penelitian ini , menurut hasil uji statistik tidak didapatkan hubungan yang signifikan antara konsumsi tablet Fe selama hamil dengan kejadian BBLR. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosikin (2005) dan Rusdaniah (2005) yang menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara konsumsi tablet Fe dengan kejadian BBLR.

6.2.9 Kehamilan Ganda

Berat bayi masing – masing dari kehamilan ganda lebih kecil dari rata-rata (Oxorne, H & Forte, W.R) Hasil analisis dalam penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara kehamilan ganda dengan BBLR. Begitu pula menurut penelitian Dwi Rohayanti (2004) menunjukkan hasil yang hampir sama yaitu nilai $p = 0,001$ dan nilai $OR = 9,3$

6.2.10 Jenis Kelamin Bayi

Menurut Atriyanto (2006) yang melakukan penelitian pengaruh kualitas pelayanan antenatal terhadap kejadian BBLR pada tahun 2006, mendapatkan hasil adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin bayi dengan kejadian BBLR, dimana hasilnya menunjukkan bahwa nilai $p = 0,019$ dan nilai $OR = 1,87$ dapat diartikan bahwa bayi berjenis kelamin perempuan lebih memiliki kecenderungan sebesar 1,87 kali untuk kejadian BBLR dibandingkan dengan bayi berjenis kelamin laki-laki.

Sedangkan hasil yang didapatkan dari penelitian ini adalah, bahwa jumlah BBLR dengan jenis kelamin perempuan lebih sedikit (11,9 %) dibandingkan

dengan BBLR dengan jenis kelamin laki-laki (17,6). Hasil uji statistik tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin bayi dengan kejadian BBLR, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dwi Rohayanti (2004) dan Rusdaniah (2005)

6.3.11 Usia Kehamilan dengan BBLR

Hubungan antara usia kehamilan dengan berat badan bayi pada saat lahir mencerminkan kecukupan pertumbuhan janin di dalam kandungan. Penentuan usia kehamilan yang lebih banyak dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah metode McDonald, yang menggunakan ukuran tinggi fundus uteri dalam sentimeter dari simfisis pubis. Akan tetapi tehnik ini memiliki keterbatasan karena tidak akurat jika janin mengalami retardasi atau terjadi kehamilan multipel. Tidak semua BBLR lahir karena usia kehamilan kurang dari 9 bulan, demikian pula tidak semua bayi yang lahir dengan berat badan normal dilahirkan dalam keadaan cukup bulan (Klaus & Fanaroff, 1998).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa Ibu hamil yang melahirkan pada usia kehamilan kurang dari 9 bulan melahirkan jauh lebih banyak BBLR dibandingkan dengan ibu hamil yang melahirkan pada usia kehamilan lebih dari atau sama dengan 9 bulan. Melahirkan pada usia kehamilan kurang dari 9 bulan atau lebih meningkatkan peluang untuk memiliki berat bayi normal sebesar hampir 39 kali. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arditha (2008) yang mendapati nilai $p = 0,000$ dan nilai $OR = 25,8$

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Karakteristik

Kesimpulan dari hasil penelitian terhadap faktor – faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR di Puskesmas Klagenan Kabupaten Cirebon pada tahun 2011, dari 93 ibu yang diambil sebagai sampel penelitian, mempunyai karakteristik sebagai berikut :

1. Terdapat 15,1 % ibu melahirkan BBLR
2. Karakteristik umur ibu yang beresiko tinggi (< 20 tahun dan > 35 tahun) sebesar 25,8 %, dan umur ibu yang tidak beresiko sebesar 74,2 %, sedangkan pendidikan ibu sebagian besar adalah SMP ke bawah (65,6 %). Keadaan sosial ekonomi rendah 55,9 %, dan menengah 44,1 %
3. Sebagian besar paritas ibu antara 1 – 4 yaitu sebesar 52,7 %
4. Resiko pada kehamilan sekarang yaitu kehamilan ganda sebesar 2,2 %, ibu dengan anemia sebesar 14,0 %, dan ibu dengan status gizi kurang sebesar 25,8 %
5. Ibu yang tidak melakukan pemeriksaan sesuai standar sebesar 21,5 % dan ibu yang mengkonsumsi tablet Fe kurang dari 90 tablet sebesar 51,6 %
6. Tidak ada hubungan antara frekuensi pemeriksaan dan pemberian tablet Fe dengan BBLR
7. Terdapat hubungan antara kehamilan ganda, ibu dengan anemia, ibu dengan status gizi kurang dengan BBLR
8. Tidak ada hubungan antara umur, pendidikan dan sosial ekonomi dengan BBLR
9. Terdapat hubungan antara ibu yang mengalami persalinan pada usia kurang dari 9 bulan dengan BBLR
10. Ibu hamil yang melahirkan bayi kurang dari usia kehamilan 9 bulan paling tinggi kemungkinannya untuk melahirkan bayi BBLR

7.1.2 Faktor - faktor yang berhubungan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Klangeran Kabupaten Cirebon, yang dilaksanakan pada periode bulan Juni 2012, peneliti mendapatkan kesimpulan bahwa faktor-faktor yang terdapat hubungan dengan BBLR di Puskesmas Klangeran adalah pada :

- Ibu dengan anemia
- Status gizi kurang
- Kehamilan ganda
- Usia kehamilan kurang dari 9 bulan

7.1.3 Faktor – faktor yang tidak berhubungan

- Umur ibu
- Pendidikan
- Sosial ekonomi
- Paritas ibu
- Frekuensi pemeriksaan kehamilan
- Konsumsi tablet Fe
- Jenis kelamin bayi

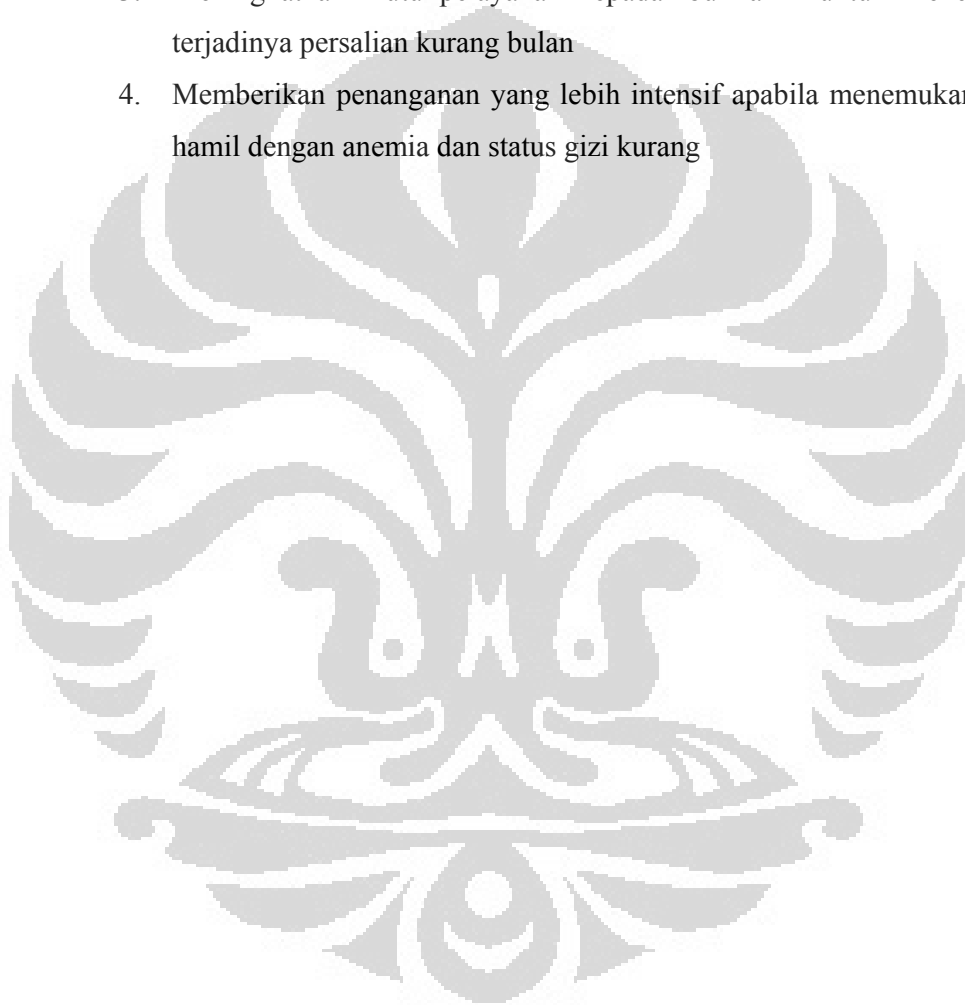
7.2. Saran

7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan

1. Menyediakan sarana penunjang pemeriksaan , misalnya alat untuk pemeriksaan kadar hemoglobin di Puskesmas yang sesuai standar, karena selama ini di Puskesmas Klangeran masih menggunakan metoda sahli untuk pemeriksaan kadar hemoglobin
2. Memenuhi persediaan tablet Fe sesuai dengan kebutuhan dari masing-masing Puskesmas, sehingga tidak ada lagi kekosongan stok tablet Fe
3. Menyediakan sarana penyuluhan bagi ibu hamil dan masyarakat, misalnya lembar balik, leaflet, atau media audio visual

7.2.2 Bagi Tenaga Kesehatan

1. Meningkatkan mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan untuk mendeteksi faktor resiko anemia, status gizi kurang dan kehamilan ganda
2. Melakukan pencegahan kejadian ibu dengan anemia, dengan melakukan penyuluhan mengenai kebutuhan gizi ibu hamil dan pemberian tablet Fe minimal 90 tablet kepada ibu hamil
3. Meningkatkan mutu pelayanan kepada ibu hamil untuk mencegah terjadinya persalian kurang bulan
4. Memberikan penanganan yang lebih intensif apabila menemukan ibu hamil dengan anemia dan status gizi kurang



DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I(1988). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Depok FKM UI
- Almatsier,S (2010). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta, Gramedia Pustaka Utama
- Arditha ,I (2008). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) pada Bayi Lahir di RSAB Harapan Kita, Jakarta Tahun 2007 (Analisis Data Rekam Medis RSAB Harapan Kita)* Depok, Skripsi : FKM UI
- Azwar, A (1999). *Pengantar Epidemiologi. (Rev.ed)*. Jakarta Binarupa Aksara
- Atriyanto,P.(2006) *Pengaruh Kualitas Pelayanan Antenatal (Berdasarkan Frekuensi Pelayanan, Jadwal Pelayanan dan Konseling) terhadap Kejadian BBLR di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002 – 2003)* Depok FKM UI Tesis
- BPS,(2008), *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta
- Budiarti, E (2003), *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Di Wilayah Puskesmas Kawunganten Kabupaten Cilacap Provinsi Jawa Tengah Tahun 2003*. Depok, Skripsi : FKM UI
- Depkes RI,1999. *Metodologi Penelitian Kesehatan : Penuntun Latihan Metode Penelitian*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (2010), *Laporan Tahunan*
- Fatmah et al (2010) *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta , PT RajaGrafindo Persada
- Hastono, S,P (2011)*Analisis Data Kesehatan*. Depok FKM UI
- Hapsara,H.R, 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia: Prinsip Dasar, Kebijakan, Perencanaan dan Kajian Masa depannya*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Institute Of Medicine (1985) *Preventing Low Birthweight*. Washington, National Academy Press
- Kartika, N (2001) *Faktor – factor yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR di RSUP Hasan Sadikin Bandung pada tahun 2000*. Depok FKM UI : Tesis

- Klaus ,M.H & Fanaroff, A.A, (1993). *Penatalaksanaan Neonatus Resiko Tinggi* (Dwikisworo Setyowireni, Endang Dwi Lestari, Dwi Amalia, Penerjemah). Jakarta : EGC
- Kodim,N, (2007), *BBLR dan Prematur, Kausa Utama Kematian Perinatal di Negara Berkembang : Yang Lama Dikenal Tapi Tak Kunjung Usai*. JurnalKesehatan Masyarakat Nasional Vol. 1 No. 4, Februari 2007
- Meinarwati (1995) *Kejadian BBLR dan Faktor – Faktor yang Mempengaruhi di Kabupaten Cianjur, Lebak,dan Tangerang pada Servei Cepat Kesehatan Ibu tahun 1995*. Depok FKM UI : Tesis
- Oxorn,H dan Forte,W.R.(2010) *Patologi dan Fisiologi Persalinan* (Dr. M. Hakimi, penerjemah) Yogyakarta, Yayasan Essentia Medika
- Pillitteri,A .(2002). *Buku Saku Perawatan Kesehatan Ibu dan Anak* (Yasmin Asih, Setiawan, Kusri S.Kadar dan Monica Ester, Penerjemah). Jakarta : EGC
- Rahmawati, T.M (2000), *Hubungan Karakteristik Ibu dan Pelayanan Antenatal Terhadap Kejadian Bayi dengan BBLR di Provinsi Jawa Barat (Analisis Lanjut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997)* , Depok, Skripsi : FKM UI
- Rohayanti, D (2004) *HUBungan Antara Faktor Bayi dan Faktor Ibu dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Provinsi Jawa Barat (Analisis data demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2002 – 2003*. Depok . FKM UI : Skripsi
- Rusdaniah (2005), *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Proporsi Kejadian BBLR Di Provinsi Gorontalo (Analisis Data Sekunder SDKI Tahun 2002 – 2003)* Depok , Skripsi : FKM UI
- Rosikin (2004). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian BBLR Di Puskesmas Cangkol Kota Cirebon Provinsi Jawa Barat Tahun 2004*.Depok, Skripsi : FKM UI
- Susanti, O.Y, 2011. *Studi Kasus Hubungan Antara Anemia dan Faktor – Faktor Lain dengan Kejadian BBLR di Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok*. Skripsi : FKM UI

- Susanto, H.S (1992) Pengaruh Kadar Hemoglobin pada Ibu Hamil Trimester III terhadap Kejadian BBLR, Prematuritas dan Intra Uterine growth Retardation di kecamatan Sliyeg dan Gabus Wetan Kabupaten Indramayu, Jawa Barat. Depok FKM UI : Tesis
- Supariasa, I D. N, 2001 *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC
- Timmreck, T.C, (2002). *Epidemiologi : Suatu Pengantar*. (edisi 2) (Munaya Fauziah, Apriningsih, Palupi Widyastuti, Mulia Sugiarti, Ratnawati, Penerjemah) Jakarta, EGC
- WHO, 2003. *Managing Newborn Problems* . Jenewa
- Yu, Victor Y.H, 1997. *Beberapa Masalah Perawatan Intensif Neonatus* . Jakarta
- (2005), *Undang – Undang Sistem Pendidikan Nasional*, Yogyakarta , Pustaka Pelajar
- (2011) Profil Puskesmas Klangeran Tahun 2011. Klangeran
- (2010) Laporan Tahunan Seksi Kesehatan Anak Tahun 2010

KUESIONER PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN BBLR DI PUSKESMAS KLANGENAN TAHUN 2011

Tanggal :

Nomer Responden : (diisi oleh petugas)

Nama : (boleh tidak diisi)

Alamat :(boleh tidak diisi)

Pilih salah satu jawaban yang tersedia dan isilah pertanyaan yang disediakan

I. Penyaringan Data

1. Kapan tanggal melahirkan anak yang terakhir ini ?/...../.....

2. Apakah bayi ditimbang pada saat lahir

a. Ya

b. Tidak

Bila jawaban Tidak, lanjut ke pertanyaan no 4

3. Berapakah berat badan bayi saat lahir ?gram

II. Faktor – faktor ibu

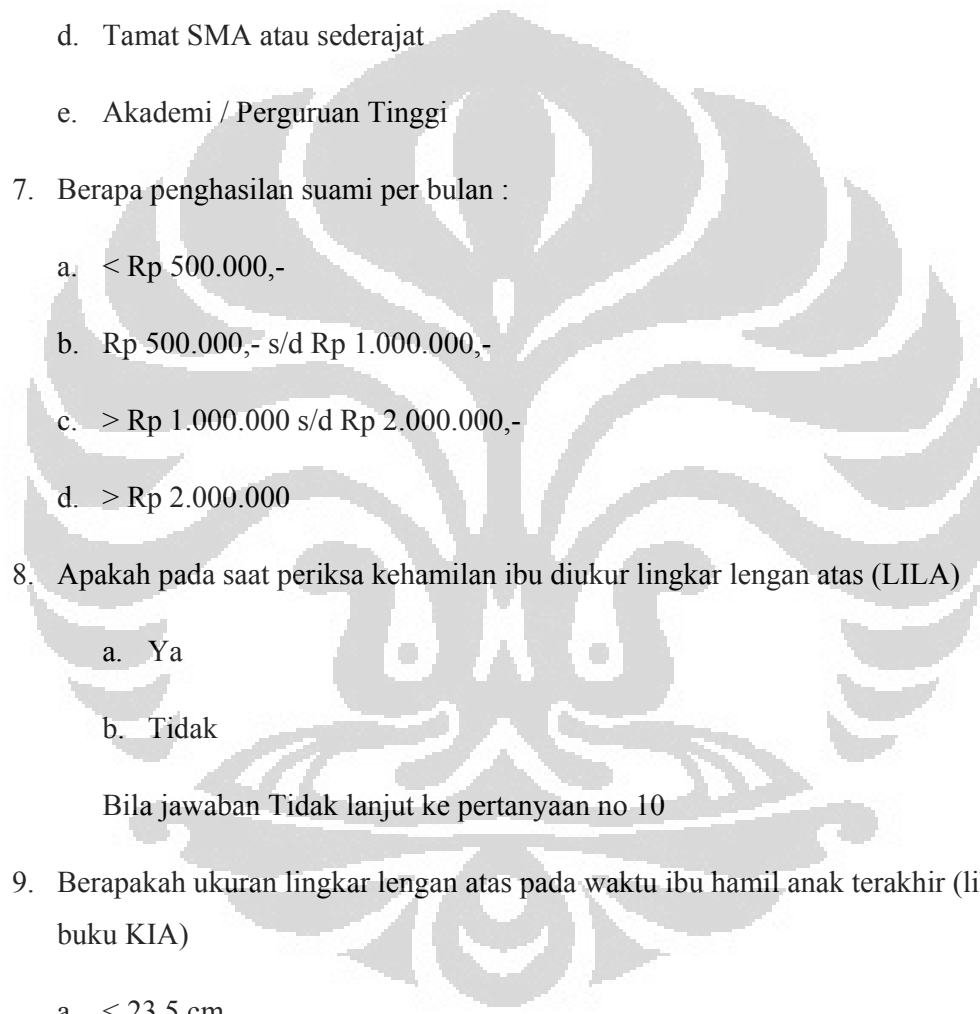
4. Berapakah usia ibu pada waktu melahirkan bayi terakhir ? tahun

5. Berapa jumlah anak, termasuk yang meninggal dan keguguran (apabila ada)

a. 0

b. 1 – 4

c. 5 atau lebih

- 
6. Apakah jenjang pendidikan sekolah ibu
 - a. Tidak sekolah / tidak tamat SD
 - b. Tamat SD atau sederajat
 - c. Tamat SMP atau sederajat
 - d. Tamat SMA atau sederajat
 - e. Akademi / Perguruan Tinggi
 7. Berapa penghasilan suami per bulan :
 - a. < Rp 500.000,-
 - b. Rp 500.000,- s/d Rp 1.000.000,-
 - c. > Rp 1.000.000 s/d Rp 2.000.000,-
 - d. > Rp 2.000.000
 8. Apakah pada saat periksa kehamilan ibu diukur lingkaran lengan atas (LILA)
 - a. Ya
 - b. Tidak

Bila jawaban Tidak lanjut ke pertanyaan no 10
 9. Berapakah ukuran lingkaran lengan atas pada waktu ibu hamil anak terakhir (lihat buku KIA)
 - a. < 23,5 cm
 - b. \geq 23,5 cm
 10. Apakah pada saat periksa kehamilan mendapat pemeriksaan kadar Hb
 - a. Ya
 - b. Tidak

Bila jawaban Tidak lanjut ke pertanyaan no 12

11. Berapakah kadar hemoglobin pada waktu pemeriksaan kehamilan (lihat buku KIA)
- Kurang dari 11 gr %
 - Lebih dari atau sama dengan 11 gr %

III. Faktor Bayi

12. Berapa usia kehamilan saat melahirkan anak terakhir
- 9 bulan (lebih dari atau sama dengan 38 minggu)
 - Kurang dari 9 bulan (kurang dari 38 minggu)
13. Berapa jumlah bayi yang dilahirkan saat persalinan terakhir
- Satu
 - Lebih dari satu
14. Apakah jenis kelamin bayi
- Laki-laki
 - Perempuan

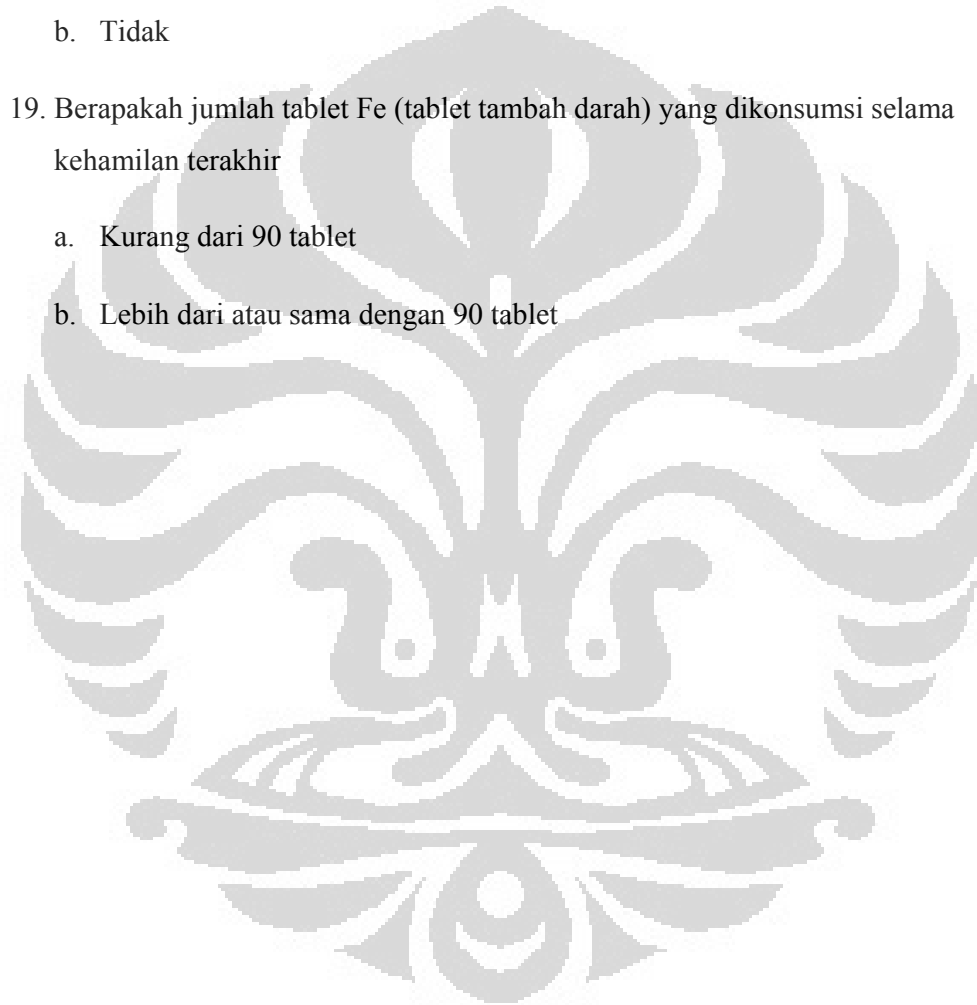
IV. Pelayanan Kesehatan

15. Apakah ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pada kehamilan terakhir
- Ya
 - Tidak

Bila jawaban Tidak lanjut ke pertanyaan no 20

16. Pada usia kehamilan berapa bulan dilakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali
- Sebelum umur kehamilan 3 bulan
 - Setelah umur kehamilan 3 bulan

17. Berapa kali melakukan pemeriksaan kehamilan selama kehamilan terakhir
- Kurang dari 4 kali
 - 4 kali atau lebih
18. Apakah pada kehamilan terakhir mengkonsumsi tablet Fe (tablet tambah darah)
- Ya
 - Tidak
19. Berapakah jumlah tablet Fe (tablet tambah darah) yang dikonsumsi selama kehamilan terakhir
- Kurang dari 90 tablet
 - Lebih dari atau sama dengan 90 tablet



Jumlah anggota keluarga

ANAK KE	KEADAAN PADA WAKTU LAHIR (ABORTUS, LAHIR MATI, LAHIR HIDUP) ⁶	JENIS KELAMIN	KEADAAN SEKARANG (HIDUP / MATI)	UMUR
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

WAWANCARA FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN BBLR

1. Anak yang terakhir adalah kehamilan yang ke berapa? Bagaimana perasaan ibu saat mengetahui kehamilan anak terakhir?
2. Bagaimana respon suami atau keluarga terhadap kehamilan anak terakhir?
3. Apa yang akan dilakukan oleh ibu atau suami apabila jenis kelamin bayi yang dilahirkan tidak sesuai dengan harapan?
4. Bagaimana pola makan ibu sehari-hari pada waktu hamil anak terakhir?
5. Bagaimana cara bidan melakukan pemeriksaan kepada ibu pada saat hamil anak terakhir?
6. Menurut ibu apa yang menyebabkan berat badan bayi lahir rendah?