

**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU DAN BAYI  
BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS KECAMATAN MANDOR**



**SKRIPSI**

Oleh :

**HERLINA**  
**NPM : 091510076**

**PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK  
2017**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU DAN BAYI  
BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS KECAMATAN MANDOR**

**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Melengkapi Sebagian Persyaratan  
Menjadi Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM)**

Oleh :

**HERLINA**  
**NPM : 091510076**

**PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS  
ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH PONTIANAK  
2017**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK IBU DAN BAYI  
BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS KECAMATAN MANDOR**

**SKRIPSI**

**Diajukan Untuk Melengkapi Sebagian Persyaratan Menjadi Sarjana  
Kesehatan Masyarakat (SKM)**

Oleh :

**HERLINA  
NPM : 091510076**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK  
2017**

## LEMBAR PENGESAHAN

Dipertahankan Di Depan Dewan Penguji Skripsi  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak  
Dan Diterima Untuk Memenuhi Sebagai Syarat Guna Memperoleh  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.K.M)

Pada Tanggal, 25 Februari 2017

Oleh :

Herlina

NPM. 091510076

Dewan Penguji :

1. M. Nasip Skm, M.Kes
2. Indah Budiastutik Skm, M.Kes
3. Andri Dwi Hernawan Skm, M.Kes  
Epid

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PONTIANAK**

Dekan

Dr.Linda Suwarni, M.Kes

NIDN.1125058301

# **SKRIPSI**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) Peminatan Epidemiologi**

**Oleh :**

**HERLINA**  
**NPM : 091510076**

Pontianak, 25 Maret 2017 Mengetahui,

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Mohammad Nasip, SKM,M.Kes**  
**NIDN. 4013115503**

**Indah Budiastutik, SKM,M.Kes**  
**NIDN.1102018001**

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Ya Tuhan, ketika aku salah, beri aku kekuatan untuk mau mengubah, ketika aku benar, permudahlah hidup dengan kebenaran itu. Perteguhan aku bahwa kekuasaan yang ditunjukkan dengan contoh perilaku akan jauh berdampak lebih mengesankan daripada otoritas jabatan

(Pauline H. Peters)

Kegagalan dapat dibagi menjadi dua sebab, yakni, orang yang berpikir tapi tidak pernah bertindak dan orang yang bertindak tapi tidak pernah berpikir.

( Reverend W.A.Nance)

Orang harus cukup tegar untuk memaafkan kesalahan, cukup pintar untuk belajar dari kesalahan, dan cukup kuat untuk mengoreksi kesalahan.

(John C. Maxwell)



### **BIODATA PENELITI**

1. Nama : Herlina
3. Tempat Tanggal Lahir : Simpang Pana, 21 Agustus 1977
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Agama : Kristen
6. Nama Orang Tua :
  - a. Bapak : Marlianus Kasman
  - B. Ibu : Ilopita
7. Alamat : Dusun Pana RT.003/RW.001

### **JENJANG PENDIDIKAN**

1. SD : Negeri 1 Kabupaten Landak tahun (1983-1989)
2. SMP : Negeri 3 Kabupaten Landak tahun (1989-1992)
3. SMA : SPK BETHESDA S'ERUKAM tahun (1997-1999)
4. S-1(SKM) : Fakultas Ilmu Kesehatan Peminatan Epidemiologi  
Universitas Muhammadiyah Pontianak  
Tahun (2010-2017)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat, rahmat dan pertolongan-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat peminatan Epidemiologi pada fakultas kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.

Saya menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak sejak awal masa perkuliahan sampai penyusunan skripsi ini, tidak mungkin saya berhasil untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu saya ingin mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

- 1) Bapak Helman Fachri, SE, MM, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- 2) Ibu DR. Linda Suwarni, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- 3) Bapak Muhammad Nasip, SKM, M.Kes, selaku dosen pembimbing pertama yang telah menyediakan banyak waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 4) Ibu Indah Budiastutik, SKM, M.Kes, selaku dosen pembimbing kedua yang telah menyediakan banyak waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
- 5) Bapak Andri Dwi Hernawan, SKM, M.kes, yang telah meluangkan waktu untuk menjadi dewan penguji skripsi yang saya buat dan memberikan banyak masukan untuk kesempurnaan skripsi ini.

- 6) Puskesmas kecamatan Mandor sebagai tempat penelitian yang telah banyak membantu dan menyediakan data yang dipergunakan dalam penelitian ini.
- 7) Kedua orang tua, kakak dan adik saya yang banyak membantu dan selalu mendukung saya selama saya menjalani perkuliahan.
- 8) Suami dan anak saya tercinta yang menjadi penyemangat saya untuk bisa menyelesaikan perkuliahan ini.
- 9) Seluruh sahabat khususnya kelas karyawan angkatan 2009 dan kelas peminatan epidemiologi yang telah menjadi teman terdekat dan saling membantu dan saling mendukung demi keberhasilan dan kesuksesan bersama. Kebersamaan kita selama ini sangatlah indah dan tak ternilai.

Tiada kata dan perbuatan yang bisa membalas kebaikan mereka semua, hanya ucapan terimakasih yang tulus yang bisa saya sampaikan. Dari lubuk hati yang paling dalam saya berdo'a semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu saya.

Pontianak, 25 Februari 2017

**HERLINA**  
**NPM : 091510076**

## ABSTRAK

FAKULTAS ILMU KESEHATAN SKRIPSI, 24 FEBRUARI 2017

HERLINA

### GAMBARAN BBLR DAN KARAKTERISTIK IBU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANDOR TAHUN 2016

XIV + 56 Halaman + 10 Tabel + 2 Gambar + 7 Lampiran

Berat Badan Lahir Rendah termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonatus, bayi, dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan. Kelahiran BBLR terus meningkat pertahunnya di negara maju seperti Amerika Serikat, sedangkan di Indonesia kelahiran BBLR justru diikuti oleh kematian bayi.

Tujuan penelitian ini Untuk mengetahui bagaimanakah gambaran BBLR dan karakteristik ibu di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak Tahun 2016.

Jenis penelitian adalah *deskriptif* dengan pendekatan *cross sectional*.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir di wilayah kerja Puskesmas Mandor dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram dalam kurun waktu januari-desember 2016. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* diperoleh jumlah sampel yaitu 35 sampel. Data dianalisis dengan menggunakan program SPSS for window.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan Gambaran karakteristik ibu yang melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016 adalah sebagian besar umur ibu tidak berisiko (70,9%), status gizi yang tidak berisiko (70,9%), pelayanan ANC yang lengkap (70,9%), memiliki pekerjaan (80,6%), penghasilan rendah (83,9%) dan tidak memiliki Riwayat Hiperemesis (80,6%).

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang diajukan adalah perlunya kerjasama dengan petugas kesehatan untuk menanggulangi kejadian BBLR dapat dengan meningkatkan kegiatan promosi kesehatan tentang gizi, KB, kesehatan reproduksi, meningkatkan pelayanan kehamilan dan meningkatkan peran keluarga dalam mendampingi ibu hamil.

Kata Kunci : BBLR, Primipara, Jarak Kelahiran, Status Gizi, ANC.

Pustaka : 29 (2003-2016)

## ABSTRACT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES SKRIPSI, AUGUST 2017

### DESCRIPTION OF CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION CASE ON LANSIA IN POSYANDU AND PUSKESMAS PAL LIMA DISTRICT

Xv + 57 Pages + 10 Tables + 2 Images + 7 Attachments

**Background:** In Indonesia, at the age of 25-44 years the prevalence of hypertension is 29%, at the age of 45-64 years by 51% and at age > 65 years by 65%. Compared to the age of 55-59 years, at the age of 60-64 years there was an increased risk of hypertension by 2.18 times, age 65-69 years 2.45 times and age > 70 years 2.97 times

**Objective:** To know the characteristic characteristic of hypertension cases in elderly in work area of Puskesmas Pal Lima, West Pontianak Subdistrict  
**Method:** This research type is observational descriptive with Cross Sectional approach. The sample size is 63 samples. Each variable studied was analyzed using univariate analysis.

**Results:** The results showed that age picture was elderly (55.6%), sex was male (57.1%), occupation was IRT (39.7%), obesity was normal (46.0%), Sport activity is not doing (54.0%), regularity of drinking medicine is irregular (50.8%), visit to elderly posyandu in elderly with hypertension in work area of Puskesmas Pal Lima, West Pontianak Subdistrict is inactive ( 57,1%), smoking behavior is smoking (52,4%) and stress in elderly is stress (57,1%).

**Suggestion:** Suggestion for society to Increase awareness and self awareness against hypertension and risk factors by checking blood pressure regularly and change healthy lifestyle such as routine beranirga, consumption of salty foods in less, control diet and reduce stress and increase motivation to do treatment Routine when the drug is exhausted

**Keywords** : Hypertension, Elderly Library  
29 (2003-2016)

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
BIODATA .....	vi
KATA PENGANTAR .....	viii
ABSTRAK.....	x
<i>ABSTRACT</i> .....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	Xv
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	
I.1    Latar Belakang .....	1
I.2    Rumusan Masalah .....	7
I.3    Tujuan Penelitian .....	8
I.4    Manfaat Penelitan .....	9
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA</b>	
II.1    Berat Bayi Lahir .....	11
II.2    Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) .....	13
II.3    Permasalahan BBLR .....	15
II.4    Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR .....	17
II.5    Karakteristik Ibu .....	20
II.6    Kerangka Teori.....	29

<b>BAB III</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL</b>	
III.1	Kerangka Konsep.....	32
III.2	Variabel Penelitian.....	32
III.3	Defenisi Oprasional.....	33
<b>BAB IV</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
IV.1	Desain Penelitian .....	34
IV.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	34
IV.3	Populasi dan Sampel.....	35
IV.4	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	36
IV.5	Teknik Pengolahan dan Penyajian Data.....	37
IV.6	Teknik Analisis Data .....	38
<b>BAB V</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
V.1	Hasil.....	39
V.2	Pembahasan.....	46
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
VI.1	Kesimpulan.....	55
VI.2	Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA .....		57
LAMPIRAN		

## DAFTAR TABEL

		<b>Halaman</b>
Tabel III.1	Definisi Operasional.....	33
Tabel V.1	Distribusi Frekuensi responden berdasarkan jumlah bayi di wilayah Puskesmas Mandor tahun 2016.....	40
Tabel V.2	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	43
Tabel V.3	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	43
Tabel V.4	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	44
Tabel V.5	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	44
Tabel V.6	Distribusi Rata-rata Umur Responden di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	45
Tabel V.7	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	45
Tabel V.8	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	46

Tabel V.9	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	46
Tabel V.10	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	47
Tabel V.11	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Penghasilan Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	47
Tabel V.12	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Hiperemesis yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.....	48

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar II.1 Kerangka Teori .....	26
Gambar III.1 Kerangka Konsep .....	27

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 2 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 3 : Rekapitulasi Data Responden
- Lampiran 4 : Analisis Data
- Lampiran 5 : Surat Izin Pengumpulan Data Dari Fakultas Ilmu Kesehatan
- Lampiran 6 : Surat Keterangan Penelitian dari Puskesmas
- Lampiran 7 : Dokumentasi



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **I.1. Latar Belakang**

Salah satu indikator yang memberikan gambaran pada keadaan kesehatan masyarakat adalah angka kematian bayi (AKB) dan juga angka kematian menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Di Indonesia morbiditas dan mortalitas bayi masih tinggi, dan Angka kematian bayi di Indonesia tahun 2012 yaitu 32 per 1.000 kelahiran bayi. (BKKBN, 2013).

Dari seluruh kematian bayi sekitar 2 –27% disebabkan karena kelahiran bayi berat lahir rendah (BBLR). BBLR adalah neonatus dengan berat badan lahir rendah pada saat kelahiran kurang dari 2.500 gram (sampai 2.499 gram). BBLR dibedakan menjadi 2 kategori yaitu BBLR premature usia kandungan kurang dari 37 minggu dan BBLR karena intra uterine growth retardation (IUGR). retardation (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang (Prawirohardjo, 2006)

Angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2.500 gram. Derajat kesehatan perlu ditingkatkan terus, hal ini dilakukan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas

sumber daya manusia adalah dengan meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks Pembangunan Manusia merupakan indeks komposit dari aspek pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Indikator Indeks Pembangunan Manusia di sector kesehatan adalah umur harapan hidup (Dinas Kesehatan Kabupaten Landak, 2015). Umur harapan hidup merupakan kontribusi dari Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA) dan Angka Kematian Ibu (AKI).

Angka Kematian Bayi Baru Lahir di Indonesia saat ini masih masih jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015 sesuai dengan kesepakatan sasaran pembangunan millennium. Hasil survey Demografi Kesehatan Indonesia (2002-2003), jadi Angka Kematian Bayi Baru Lahir (AKBBL) di Indonesia mencapai 35 per 1000 kelahiran hidup atau dua kali lebih besar dari target *World Health Organization* (WHO) sebesar 15 per 1000 kelahiran hidup.

Pada tahun 2013, sekitar 22 juta bayi dilahirkan didunia, dimana 16% diantaranya lahir dengan berat badan lahir rendah (UNICEF,2014). Prevalensi global BBLR di dunia adalah 15,5% yang mana 20 juta bayi dengan BBLR lahir setiap tahunnya dan 96,5% terjadi di negara berkembang dengan sosio ekonomi rendah (WHO,2012). Kejadian BBLR turut berkontribusi sebesar 60%-80% terhadap kematian neonatal, sehingga dapat memberi pengaruh secara tidak langsung terhadap angka kematian bayi (WHO, 2012).

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (2015) Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Kalimantan Barat sebesar 46 per 1000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan angka Nasional yaitu 34 per kelahiran hidup. Penyebab langsung kematian bayi adalah karena komplikasi pada

bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), asfiksia dan infeksi. Penyebab tidak langsung AKB adalah faktor lingkungan, perilaku, genetik dan pelayanan kesehatan sendiri (Retnasih, 2005).

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Landak Tahun 2015 adalah 7 Per 1000 kelahiran hidup. Angka ini masih diatas target dalam indikator kinerja program Dinas Kesehatan Kabupaten Landak sebesar 3 per 1000 kelahiran hidup. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Landak tahun 2014 jumlah kematian bayi di Kabupaten Landak sebanyak 39 Kasus. Jumlah ini meningkat pada tahun 2015 menjadi 45 kasus. Salah satu penyebabnya adalah kejadian BBLR sebesar 23% (Dinas Kesehatan Kabupaten Landak, 2015).

Berat badan merupakan salah satu indikator kesehatan Bayi Baru Lahir (BBL). Rerata berat badan normal (usia gestasi 37 s.d 41 minggu) adalah 3200 gram. Secara umum, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) lebih besar resikonya untuk mengalami masalah atau komplikasi pada saat lahir (Proverawati dan Sulistyorini, 2010).

BBLR adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir rendah adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 jam setelah lahir. *World Health Organization* (WHO) sejak tahun 1961 menyatakan bahwa semua bayi baru lahir yang berat badannya kurang atau sama dengan 2500 gram disebut *low birth weight infant* (bayi berat lahir rendah). Menurut WHO BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Secara statistik, angka kesakitan dan kematian pada neonatus di negara berkembang

adalah tinggi, dengan penyebab utama adalah berkaitan dengan BBLR (WHO dalam Puspitasari, 2011).

Berat Badan Lahir Rendah termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas, dan disabilitas neonatus, bayi, dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan. Kelahiran BBLR terus meningkat pertahunnya di negara maju seperti Amerika Serikat, sedangkan di Indonesia kelahiran BBLR justru diikuti oleh kematian bayi (Puspitasari, 2011).

Ada beberapa faktor resiko yang mempengaruhi BBLR ditinjau dari faktor ibu, kehamilan, dan faktor janin. Faktor ibu meliputi gizi saat hamil kurang, umur ibu (<20 tahun dan > 35 tahun), jarak kehamilan terlalu dekat, dan penyakit menahun. Faktor kehamilan seperti hidramnion dan kehamilan ganda. Faktor janin yang mempengaruhi BBLR seperti cacat bawaan dan infeksi dalam rahim. Faktor-faktor resiko lainnya yang mempengaruhi kejadian BBLR antara lain paritas, status ekonomi, pendidikan, dan pekerjaan ibu (Proverawati dan Sulistyorini, 2010).

Menurut data *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 2009), angka kelahiran BBLR di dunia mencapai 14%. Negara-negara berkembang menduduki angka kelahiran BBLR hingga 15%, sedangkan negara-negara industri maju mempunyai angka kejadian BBLR 7%. Berdasarkan hasil penelitian *Demographic and Health Survey* (DHS) 2002-2003 dan dianalisa kembali oleh UNICEF HQ (*Head quarters*) Juni 2004, prevalensi kelahiran BBLR di Indonesia mencapai 9%.

Prevalensi BBLR menurut WHO (2010) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-3,8% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosial ekonomi rendah. Secara

statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat badan lahir lebih dari 2500 gram. Hal ini dapat terjadi dan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti ibu mempunyai penyakit yang langsung berhubungan dengan kehamilan, dan usia ibu (Sartika, 2012).

Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 secara nasional angka BBLR sekitar 10,2%. Angka ini lebih rendah dari hasil riset kesehatan dasar tahun 2010 yaitu sebesar 11,1%. Sekitar 57% kematian bayi terjadi pada bayi umur dibawah 1 bulan dan utamanya disebabkan oleh gangguan perinatal dan bayi berat lahir rendah. Menurut perkiraan, setiap tahunnya sekitar 400.000 bayi lahir dengan berat badan rendah (Profil Kesehatan RI, 2015).

Berdasarkan hasil pengumpulan data kesehatan provinsi yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan, lima provinsi mempunyai presentase BBLR tertinggi adalah Sulawesi Tengah (16,9%), Papua Barat (16,2%), NTT (15,9%), Kalimantan Barat (15,2%), dan Kalimantan Tengah (14,9%). Sedangkan provinsi dengan presentase BBLR terendah adalah Sumatera Utara dengan 7,2%. Angka tersebut belum mencerminkan kondisi sebenarnya yang ada di masyarakat karena belum semua berat badan bayi yang dilahirkan dapat dipantau oleh petugas kesehatan, khususnya yang ditolong oleh dukun atau tenaga non-kesehatan lainnya (Riskesdas, 2013).

Proporsi BBLR di Provinsi Kalimantan Barat masih menempati peringkat ke empat secara nasional, yaitu sebesar 15,2% atau turun sebesar

1,4% dari hasil riskesdas tahun 2007 namun naik satu peringkat dibandingkan dengan tahun 2007 (Riskesdas, 2013). Menurut data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat pada tahun 2013 proporsi BBLR sebesar 2,48% dan tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 2,1% bayi dengan BBLR yang kemudian mengalami peningkatan menjadi 2,3% pada tahun 2015 (Kemenkes RI, 2016).

Proporsi BBLR di kabupaten Landak masih cukup tinggi, Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Landak dalam 4 tahun terakhir adalah 2,0% pada tahun 2012 dan meningkat menjadi 2,16% pada tahun 2013, pada tahun 2014 meningkat kembali menjadi 2,20%, pada tahun 2015 meningkat menjadi 2,25%. Jumlah BBLR dimulai dari proporsi 5 puskesmas terbanyak dari 16 puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Landak pada tahun 2015 yaitu Puskesmas Karangas 30,7% (44 kasus), Puskesmas Mandor 23,0% (38 kasus), Puskesmas Pahauman 18,8% (27 kasus), Puskesmas Menjalin 10,4% (15 kasus), dan Puskesmas Senakin 9,0% (13 kasus).

Berdasarkan data profil Puskesmas Mandor kasus BBLR tahun 2013 sebanyak 6,66% (28 kasus), tahun 2014 meningkat menjadi 7,85% (33 kasus), dan meningkat kembali pada tahun 2015 menjadi 9,04% (38 kasus), Kasus BBLR di Puskesmas Mandor ini cenderung meningkat setiap tahunnya, bahkan dengan kasus kematian bayi akibat BBLR terbanyak di Kabupaten Landak tahun 2013 yaitu 44,4% (4 kasus)

Berdasarkan hasil penelitian Widiarsih (2014) di RSUD dr. Soedarso Pontianak diketahui bahwa ada hubungan antara usia ibu dan kadar hemoglobin dengan kejadian BBLR. Hasil penelitian Julhana (2014) di wilayah Puskesmas singkawang tengah di kota singkawang menyebutkan

bahwa ada hubungan antara perawatan antenatal dengan kejadian BBLR 4 kali lebih beresiko sebesar 13,88 kali untuk melahirkan bayi BBLR dengan OR sebesar 13,88 yaitu ibu dengan perawatan antenatal kurang dari BBLR di bandingkan dengan ibu yang melakukan perawatan antenatal lebih atau sama dengan 4 kali selama hamilnya.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Mandor tercatat pada tahun 2013 terdapat 28 kejadian berat badan bayi lahir rendah, kasus ini merupakan kasus kedua terbanyak apabila di bandingkan dengan puskesmas lain yang ada di wilayah kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Landak. Pada tahun 2014 meningkat menjadi 33 kasus, dan pada tahun 2015 meningkat kembali menjadi 36 kasus dan hingga bulan desember 2016 tercatat ada 35 kasus BBLR yang ada di wilayah Kerja Puskesmas Mandor (Profil Puskesmas Mandor, 2015 dan data . Puskesmas Mandor 2016).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti merasa tertarik untuk meneliti tentang “bagaimanakah gambaran BBLR dan karakteristik ibu di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak Tahun 2016?”.

## **I.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “bagaimanakah gambaran BBLR dan karakteristik ibu di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak Tahun 2016?”.

## **I.3. Tujuan**

### **I.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui “bagaimanakah gambaran karakteristik ibu dan bayi berat lahir rendah di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten

Landak Tahun 2016?”.

### I.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui distribusi dan frekuensi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016.
2. Untuk mengetahui Proporsi BBLR berdasarkan lokasi di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016.
3. Untuk mengetahui karakteristik ibu yang melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016.

## I.4. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Peneliti

Penelitian ini disusun sebagai syarat memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat selain untuk meningkatkan pengetahuan dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya dalam upaya penurunan angka kematian bayi sebagai salah satu indikator keberhasilan pelaksanaan program pembangunan.

### 2. Bagi UPTD Puskesmas Mandor

Sebagai bahan masukan bagi pihak UPTD Puskesmas Mandor khususnya Pengelola Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan sebagai pertimbangan dalam merencanakan program kesehatan ibu dan anak agar mempunyai sasaran yang tepat sehingga kejadian BBLR dapat dicegah sedini mungkin.

### 3. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kejadian BBLR agar masyarakat luas tahu dan mampu melakukan upaya-upaya pencegahan terhadap munculnya kasus BBLR.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **II.1. Berat Bayi Lahir**

Berat badan merupakan ukuran antropometrik yang terpenting, dipakai pada setiap kesempatan memeriksa kesehatan anak pada semua kelompok umur. Berat badan merupakan hasil peningkatan/penurunan antara lain tulang, otot, lemak, cairan tubuh, dll. Berat badan dipakai sebagai indikator terbaik pada saat ini untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak.

Kualitas bayi baru lahir juga dapat diketahui melalui pengukuran berat badan bayi setelah dilahirkan. Pengukuran berat badan bayi lahir dapat dilakukan dengan menggunakan timbangan yang relatif murah, mudah dan tidak memerlukan banyak waktu. Berat badan bayi lahir dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu berat badan lahir rendah (BBLR) dan berat badan lahir normal (BBLN).

Faktor – faktor yang mempengaruhi pertumbuhan janin antara lain yaitu: faktor janin diantaranya kelainan janin, faktor etnik dan ras diantaranya disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan, serta faktor kelainan kongenital yang berat pada bayi sehingga seringkali mengalami retardasi pertumbuhan sehingga berat badan lahirnya rendah. Selain itu faktor maternal juga mempengaruhi pertumbuhan janin, faktor tersebut diantaranya konstitusi ibu yaitu jenis kehamilan ganda ataupun

tunggal, serta keadaan lingkungan ibu. Faktor plasenta juga mempengaruhi pertumbuhan janin yaitu besar dan berat plasenta, tempat melekat plasenta pada uterus, tempat insersi tali pusat, kelainan plasenta. Kelainan plasenta terjadi karena tidak berfungsinya plasenta dengan baik sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi oksigen dalam plasenta. Lepasnya sebagian plasenta dari perlekatannya dan posisi tali pusat yang tidak sesuai dengan lokasi pembuluh darah yang ada di plasenta dapat mengakibatkan terjadinya gangguan aliran darah plasenta ke bayi. Beberapa faktor yang mempengaruhi ukuran bayi waktu lahir

yaitu :

1. Jangka waktu kehamilan

Bayi postmatur lebih panjang, berat dan lebih terisi daripada mereka yang lahir pada umur lengkap. Bayi yang sedikit prematur kurang lemaknya dan karenanya tampak agak lemah dan kurus.

2. Gizi ibu

Terdapat hubungan yang jelas antara gizi ibu selama bulan-bulan terakhir kehamilan dan ukuran bayi pada saat lahir. Semakin buruk gizi ibu semakin kurang berat dan panjang bayinya.

3. Keadaan ekonomi keluarga

Keadaan sosial ekonomi mempengaruhi kualitas dan kuantitas gizi ibu selama bulan-bulan terakhir kehamilan dan ukuran bayi pada saat lahir. Semakin buruk gizi ibu semakin kurang berat dan panjang bayinya.

4. Urutan kelahiran

Rata – rata bayi yang lahir pertama beratnya kurang dan lebih pendek daripada bayi yang lahir berikutnya dalam keluarga yang sama

#### 5. Ukuran keluarga

Anak – anak yang lahir selanjutnya dalam keluarga besar, terutama bila jarak kelahirannya dekat dengan kelahiran kakaknya, cenderung lebih kecil dari saudaranya yang lebih tua. Hal ini sebagian disebabkan oleh kondisi kesehatan umum ibunya.

#### 6. Kegiatan janin

Aktivitas janin yang berlebihan dapat menyebabkan berat bayi dibawah rata – rata untuk panjang badannya. Ini akan memberi gambaran kurus pada bayi.

## **II.2. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)**

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bila berat badannya kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram).Bayi yang dilahirkan dengan BBLR umumnya kurang mampu meredam tekanan lingkungan yang baru sehingga dapat mengakibatkan pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan, bahkan dapat mengganggu kelangsungan hidupnya (Prawirohardjo, 2006).

Berat badan lahir berhubungan erat dengan kematian neonatal.Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat badan lahir < 2500 gram.Semua bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah dikelompokkan bayi resiko tinggi. Bayi berat lahir rendah dikelompokkan sebagai berikut:

1. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1000 gram
2. Bayi berat badan lahir sangat rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan < 1500 gram
3. Bayi berat badan lahir cukup rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500-2499 gram.

Dahulu berat badan lahir dianggap dapat memberikan taksiran usia kehamilan dengan tepat, sehingga bayi yang lahir dengan berat 2500 gram atau lebih dianggap cukup matang. Pertumbuhan rata-rata bayi di dalam rahim tidak sama, karena pertumbuhan bayi di dalam rahim dipengaruhi oleh berbagai faktor. Oleh karena itu dilakukan penggolongan dengan menggabungkan berat badan lahir dan usia kehamilan sebagai berikut:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK), yaitu bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intra uteri dengan berat badan terletak di bawah persentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intra uterin
- b. Bayi sesuai untuk masa kehamilan (SMK), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan terletak antara persentil ke 10 dan ke 90 dalam grafik pertumbuhan intra uterin
- c. Bayi besar untuk masa kehamilan (BMK), yaitu bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar untuk masa kehamilan dengan berat badan terletak di atas persentil ke 90 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.

### **II.3. Permasalahan BBLR**

Banyaknya permasalahan yang terjadi pada BBLR membutuhkan perhatian dan perawatan yang intensif sehingga komplikasi yang dapat mengakibatkan kematian dapat dicegah. Perawatan BBLR selain melibatkan

petugas kesehatan (bidan dan perawat), keterlibatan peran serta keluarga terutama ibu dan pengasuh pengganti (suami, nenek) sangat menentukan pertumbuhan dan perkembangan BBLR selanjutnya. Pemberian promosi kesehatan oleh petugas kepada keluarga dapat mengurangi komplikasi dan permasalahan yang terjadi pada BBLR adalah sebagai berikut:

### **2.3.1. Hipotermi**

Hipotermi terjadi akibat sedikitnya jaringan lemak di bawah kulit, tubuh yang relatif lebih luas dibandingkan dengan berat badan, jaringan lemak coklat yang belum cukup sehingga produksi panas berkurang serta belum berfungsinya pusat pengaturan suhu.

### **2.3.2. Gangguan pernapasan**

Gangguan pernapasan pada BBLR disebabkan oleh perkembangan imatur pada sistem pernapasan dan belum matangnya jumlah surfaktan pada paru-paru, otot pernapasan yang masih lemah dan tulang iga yang mudah melengkung. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dapat mengalami gangguan pernapasan oleh karena bayi menelan air ketuban dan masuk ke dalam paru-paru dan mengganggu pernapasan.

### **2.3.3. Gangguan sistem pencernaan**

Sistem pencernaan pada BBLR belum dapat mencerna makanan dengan baik sehingga penyerapan makanan menjadi kurang sempurna. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mudah terjadi kembung, hal ini disebabkan aktifitas otot belum sempurna sehingga pengosongan lambung berkurang.

### **2.3.4. Gangguan ginjal**

Ginjal pada BBLR belum berfungsi secara sempurna baik secara anatomis maupun fisiologis. Hal ini mengakibatkan terjadinya gangguan eliminasi dalam membuang sisa metabolisme dan air.

### **2.3.5. Gangguan imunologik**

Sistem kekebalan BBLR belum matang, sehingga mudah terkena infeksi. Bayi Berat Lahir Rendah juga dapat terkena infeksi silang yang ditularkan oleh petugas maupun keluarga yang memberikan perawatan pada BBLR seperti tindakan tidak melakukan cuci tangan sebelum memberikan perawatan atau memegang bayi.

### **2.3.6. Perdarahan intraventrikuler**

Perdarahan pada BBLR dapat terjadi intraventrikuler seperti *cepal hematoma* dan *caput succedaneum*. Hal ini karena pembekuan darah yang menurun. Upaya untuk mengurangi risiko perdarahan intraventrikuler pada bayi baru lahir, pemerintah membuat kebijakan pelayanan bayi baru lahir bahwa setiap bayi baru lahir wajib diberikan injeksi vitamin K dengan dosis 1 mg sebagai tindakan pencegahan (Proverawati, 2010).

## **II.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya BBLR**

Penyebab terjadinya BBLR secara umum bersifat multifaktorial, sehingga kadang mengalami kesulitan untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun, penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Berikut adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan bayi BBLR menurut

### **II.4.1. Faktor Ibu :**

- a. Penyakit

- a) Mengalami komplikasi kehamilan seperti: anemia sel berat, perdarahan antepartum, hipertensi, preeklampsia berat, eklampsia, infeksi selama kehamilan (infeksi kandung kemih dan ginjal).
  - b) Menderita penyakit seperti malaria, infeksi menular seksual,  
HIV/AIDS, malaria, *TORCH*.
- b. Ibu
- a) Angka kejadian prematuritas tertinggi adalah kehamilan pada usia <20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
  - b) Kehamilan ganda (multi gravida)
  - c) Jarak kelahiran yang terlalu dekat atau pendek (kurang dari 1 tahun).
  - d) Mempunyai riwayat BBLR sebelumnya.
- c. Keadaan Sosial ekonomi
- a) Kejadian tertinggi terdapat pada golongan sosial ekonomi rendah
  - b) Mengerjakan aktifitas fisik beberapa jam tanpa istirahat.
  - c) Keadaan gizi kurang baik
  - d) Pengawasan antenatal yang kurang
  - e) Kejadian prematuritas pada bayi yang lahir dari perkawinan yang tidak sah.
- d. Sebab lain
- a) Ibu perokok
  - b) Ibu peminum alkohol
  - c) Ibu pecandu obat narkotika

d) Ibu pengguna obat antimetabolik.

#### II.4.2. Faktor Janin

- a. Kelainan kromosom (*trisomy autosomal*)
- b. Infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan)
- c. *Disautonomia familial*
- d. Radiasi
- e. Kehamilan ganda/kembar (gemeli)
  - a. *Aplasia pancreas*

#### II.4.3. Aplasia Plasenta

- a. Berat plasenta berkurang atau berongga atau keduanya(hidramnion)
- b. Luas permukaan berkurang
- c. *Plasentitis vilus* (bakteri, virus dan parasit)
- d. *Infark*
- e. Tumor (karioangioma, molahidatiosa)
- f. Plasenta yang lepas
- g. Sindrom plasenta yang lepas
- h. Sindrom tranfusi bayi kembar (sindrom parabiotik)

#### II. 4.4. Faktor Lingkungan

- a. Bertempat tinggal di dataran tinggi
- b. Terkena radiasi
- c. Terpapar racun

## II.5. Karakteristik Ibu

### II.5.1. Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Usia seorang wanita pada saat hamil sebaiknya tidak terlalu muda dan tidakterlalu tua. Umur yang kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, berisiko tinggi untuk melahirkan. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil harus siap fisik, emosi, psikologi, sosial dan ekonomi (Ruswana, 2006).

Kehamilan yang terjadi pada sebelum remaja berkembang secara penuh, juga dapat memberikan risiko bermakna pada bayi termasuk cedera pada saat persalinan, berat badan lahir rendah, dan kemungkinan bertahan hidup yang lebih rendah untuk bayi tersebut. Wanita hamil kurang dari 20 tahun dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Penyulit pada kehamilan remaja (<20 tahun) lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara 20-30 tahun. Keadaan tersebut akan makin menyulitkan bila ditambah dengan tekanan (stress) psikologi, sosial, ekonomi, sehingga memudahkan terjadinya keguguran (Manuaba, 2007).

Manuaba (2007), menambahkan bahwa kehamilan remaja dengan usia di bawah 20 tahun mempunyai risiko:

1. Sering mengalami anemia
2. Gangguan tumbuh kembang janin.

3. Keguguran, prematuritas, atau BBLR.
4. Gangguan persalinan.
5. Preeklamsi.
6. Perdarahan antepartum.

#### II.5.2. Pendidikan

Pendidikan merupakan usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Depdiknas RI, 2003). Jalur pendidikan terdiri atas pendidikan formal, non formal dan informal yang dapat saling melengkapi dan memperkaya jenjang. Pendidikan formal terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Menurut Undang-Undang No. 20 pasal 17 tahun 2003, jalur pendidikan formal terdiri dari:

- a. Pendidikan Dasar (SD, MI, SMP, MTs, SMA, MA dan SMK)
- b. Pendidikan Tinggi (Diploma, Sarjana, Magister, Spesialis dan Doktor).

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Ketidaktahuan seseorang dapat disebabkan karena pendidikan yang rendah, tingkat pendidikan yang terlalu rendah akan membuat seseorang sulit menerima dan

mencerna pesan atau informasi pendidikan yang disampaikan (Nursalam, 2003 *dalam* Wawan, 2010).

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk bersikap dan berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

### II.5.3. Paritas

#### a. Pengertian

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seseorang wanita (BKKBN, 2006). Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008).

#### b. Klasifikasi paritas

Paritas terdiri atas 3 kelompok yaitu: (1) Golongan primipara adalah golongan ibu dengan 0-1 paritas, (2) Golongan multipara adalah golongan ibu dengan paritas 2-6 dan (3) Golongan grande multipara adalah golongan ibu dengan paritas >6. Kehamilan yang paling optimal adalah kehamilan kedua sampai keempat. Kehamilan pertama dan setelah kehamilan keempat mempunyai risiko yang tinggi.

Grande multi para adalah istilah yang digunakan untuk wanita dengan kehamilan kelima atau lebih. Kehamilan pada kelompok ini sering disertai penyulit, seperti kelainan letak, perdarahan ante partus, perdarahan post partum dan lain-lain (Martaadisoebrata, 2005 *dalam* Wahyuni, 2009). Grande multipara kemunduran daya lentur (elastisitas) jaringan yang

sudah berulang kali diregangkan oleh kehamilan membatasi kemampuan berkerut untuk menghentikan perdarahan sesudah persalinan. Disamping itu banyak pula dijumpai tidak cukupnya tenaga untuk mengeluarkan janin yang disebut dengan merits uteri. Keadaan ini akan lebih buruk lagi pada kasus dengan jarak kehamilan yang singkat.

Resiko terjadinya BBLR lebih sering terjadi pada paritas di atas lima karena pada saat ini sudah terjadi kemunduran fungsi pada alat-alat reproduksi.

Menurut Anwar (2005) yang melakukan penelitian tentang hubungan kualitas pemeriksaan antenatal dengan kematian perinatal di Kabupaten Banyumas menyatakan bahwa bayi yang dilahirkan dari ibu paritas  $> 5$  kali mempunyai odds ratio 4,44 kali dibandingkan dengan bayi yang dilahirkan dari ibu paritas ke 2-4 (Anwar, 2005).

Hal ini berkaitan dengan belum pulihnya organ reproduksi dalam menerima terjadinya kehamilan. Apabila jumlah paritas kecil maka otot uterus masih kuat, kekuatan mengejan belum berkurang, kejadian komplikasi persalinan maupun partus lama yang dapat membahayakan ibu maupun bayinya akan semakin kecil (Wahid, 2000).

#### II.5.4. Jarak antara kelahiran

Jarak antara kelahiran adalah jarak antara kelahiran anak yang terakhir dengan anak yang tepat di atasnya. Jarak kelahiran dapat menyebabkan hasil kehamilan yang kurang baik. Jarak kelahiran yang pendek akan mempengaruhi daya tahan dan kondisi ibu yang

selanjutnya akan mempengaruhi hasil reproduksi (Winkjosastro, 2002).

Resiko terhadap kematian ibu dan anak meningkat jika jarak antara dua kehamilan <2 tahun atau >4 tahun. Jarak kehamilan yang aman ialah antara 2-4 tahun. Jarak antara dua kehamilan yang <2 tahun berarti tubuh ibu belum kembali ke keadaan normal akibat kehamilan sebelumnya sehingga tubuh ibu akan memikul beban yang lebih berat. Jarak kelahiran anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik, kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena adanya kemungkinan pertumbuhan janin yang kurang baik, mengalami persalinan yang lama atau perdarahan. Sebaliknya jika jarak kehamilan antara dua kehamilan >4 tahun, disamping usia ibu yang sudah bertambah juga mengakibatkan persalinan berlangsung seperti kehamilan dan persalinan pertama (Depkes RI, 2001).

Berdasarkan penelitian Sistiarani (2008) tentang faktor maternal dan kualitas pelayanan antenatal yang berisiko terhadap kejadian BBLR di RSUD Banyumas menunjukkan bahwa jarak kehamilan < 27 bulan secara statistik meningkatkan risiko BBLR.

#### II.5.5. Status Gizi

Bila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan risiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, perdarahan, berat badan ibu bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi. Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama,

persalinan sebelum waktunya (prematuur), perdarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan bayi berat lahir rendah (BBLR).

Status gizi ibu hamil antara lain dapat dilihat dari :

1. Kenaikan Berat Badan (BB) Sebagai ukuran sekaligus pengawasan bagi kecukupan gizi ibu hamil bisa dilihat dari kenaikan berat badannya (Sitorus, 1999:41). Penambahan berat badan ibu semasa kehamilan menggambarkan laju pertumbuhan janin dalam kandungan. Depkes RI (2000:7), menganjurkan kenaikan normal bagi ibu hamil sebesar 7-12 Kg.
2. Lingkar Lengan Atas (LILA) Antropometri yang paling sering digunakan untuk menilai status gizi yaitu LILA (Lingkar Lengan Atas) mengetahui resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) Wanita Usia Subur (WUS).

#### II.5.5. Perawatan Ante Natal

Perawatan antenatal (*antenatal care*) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga profesional kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal seperti ditetapkan dalam buku pedoman pelayanan antenatal bagi petugas Puskesmas. Dalam penerapan

operasionalnya dikenal standar pelayanan 5T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, imunisasi Tetanus Toksoid, dan pemberian Tablet Zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan (Kemenkes RI, 2008).

Perawatan antenatal adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

Secara khusus pengawasan antenatal bertujuan untuk:

1. Mengetahui dan mengawasi sedini mungkin penyulit yang terdapat pada saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
2. Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
3. Memberikan nasehat dan petunjuk berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. Berdasarkan kebijakan program Departemen Kesehatan, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu :
  1. Kunjungan pertama (K1), kontak ibu hamil yang pertama dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kehamilan segera setelah haid terlambat 1 bulan (trimester I).
  2. Kunjungan ulang minimal 1 kali pada kehamilan 4 – 6 bulan (trimester II).

3. Kunjungan berikutnya minimal 2 kali pada kehamilan 7 – 9 bulan (trimester III) dan mendapat pelayanan (K4) dengan standar minimal 5T – 7T.
  - a. Timbang berat badan
  - b. Pengukuran tekanan darah
  - c. Pengukuran tinggi fundus uteri
  - d. Pemberian imunisasi TT (Tetanus Toksoid) lengkap
  - e. Pemberian tablet besi, minimal 90 tablet selama kehamilan
  - f. Tes terhadap penyakit menular seksual
  - g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.,

Jadwal melakukan *antenatal care* sebanyak 12 – 13 kali selama hamil. Di negara berkembang pemeriksaan antenatal dilakukan sebanyak 4 kali sudah cukup sebagai kasus tercatat. Keuntungan *antenatal care* sangat besar karena dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi hamil sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan ke rumah sakit. Dengan jalan demikian diharapkan angka kematian ibu dan perinatal yang sebagian besar terjadi pada saat pertolongan pertama dapat diturunkan secara bermakna.

#### II.5.6. Riwayat Penyakit

Penyakit menahun ibu seperti gangguan pembuluh darah, perokok, penyakit kronis (TBC dan malaria) Faktor risiko lain pada ibu hamil adalah riwayat penyakit yang diderita ibu. Adapun penyakit yang diderita ibu yang berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinannya adalah penyakit yang bersifat kronis seperti

hipertensi, cacat congenital, jantung dan asma, anemia, TB paru dan malaria (Rochjati, 2003).

#### II.5.7. Faktor Sosial ekonomi/pekerjaan

Pekerjaan terkait pada status sosial ekonomi dan aktifitas fisik ibu hamil. Dengan keterbatasan status sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap keterbatasan dalam mendapatkan pelayanan antenatal yang adekuat, pemenuhan gizi, sementara itu ibu hamil yang bekerja cenderung cepat lelah sebab aktifitas fisiknya meningkat karena memiliki tambahan pekerjaan/kegiatan di luar rumah (Depkes RI, 2003).

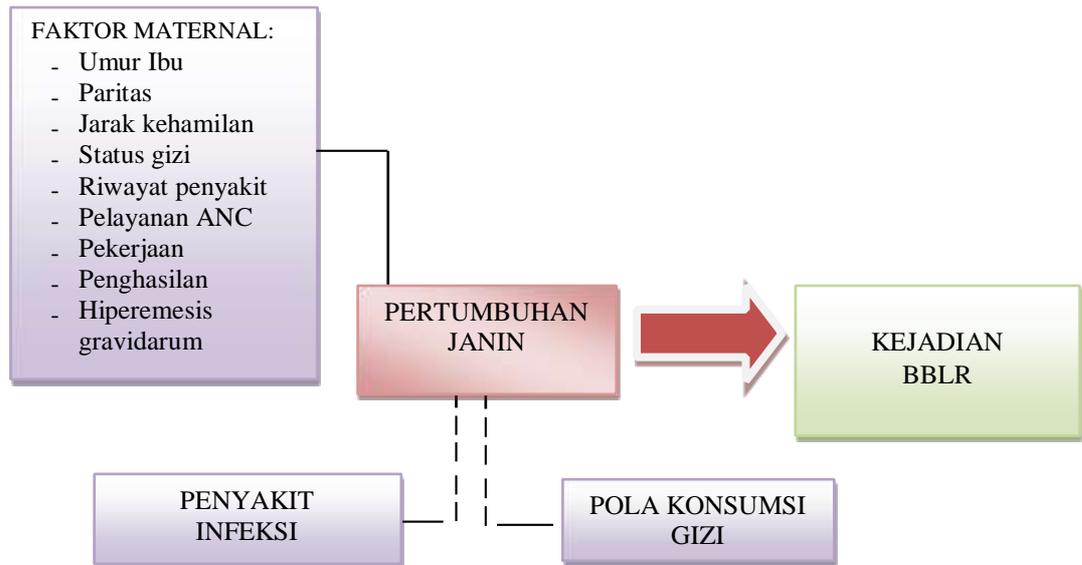
#### II.5.8. Hiperemesis Gravidarum

Kehamilan merupakan hal yang fisiologi. Namun kehamilan yang normal dapat berubah menjadi patologi. Salah satu asuhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk menapis adanya resiko ini yaitu melakukan pendeteksi dini adanya komplikasi/penyakit yang mungkin hamil muda. Tanda-tanda bahaya kehamilan adalah gejala yang menunjukkan bahwa ibu dan bayi dalam keadaan bahaya (Kusmiyati,2008). Pada ibu hamil, terutama pada trimester I sering timbul gejala mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) merupakan gejala yang wajar. Biasanya terjadi pada pagi hari (Morning sickness), tetapi dapat pula timbul pada saat siang dan malam. Perasaan mual terjadi karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG dalam serum. Gejala - gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu. Mual dan muntah ini terjadi 60% –

80% primigravida dan 40% - 60% multigravida. Satu dari seribu wanita hamil gejala-gejala ini menjadi lebih berat yang di sebut Hiperemesis Gravidarum (Prawirohardjo, 2007). Hiperemesis Gravidarum yang terus menerus dapat menyebabkan kekurangan makanan yang dapat mempengaruhi perkembangan janin, sehingga pengobatan perlu segera diberikan.

## **II. 6. Kerangka Teori**

Menurut Proverawati dan Sulistyorini (2010), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ukuran bayi waktu lahir adalah usia ibu pada saat hamil, jangka waktu kehamilan, kondisi gizi ibu hamil, keadaan social ekonomi keluarga, urutan kelahiran, ukuran keluarga dan aktifitas atau kegiatan janin didalam kandungan. Faktor janin yang mempengaruhi BBLR seperti cacat bawaan dan infeksi dalam rahim. Faktor-faktor resiko lainnya yang mempengaruhi kejadian BBLR antara lain paritas, status ekonomi, pendidikan, dan pekerjaan ibu dan lain-lain. Gambaran kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



*Gambar 2.1*

*Kerangka Teori Penelitian*

*Sumber: prowerawati dan sulistyorini (2010)*

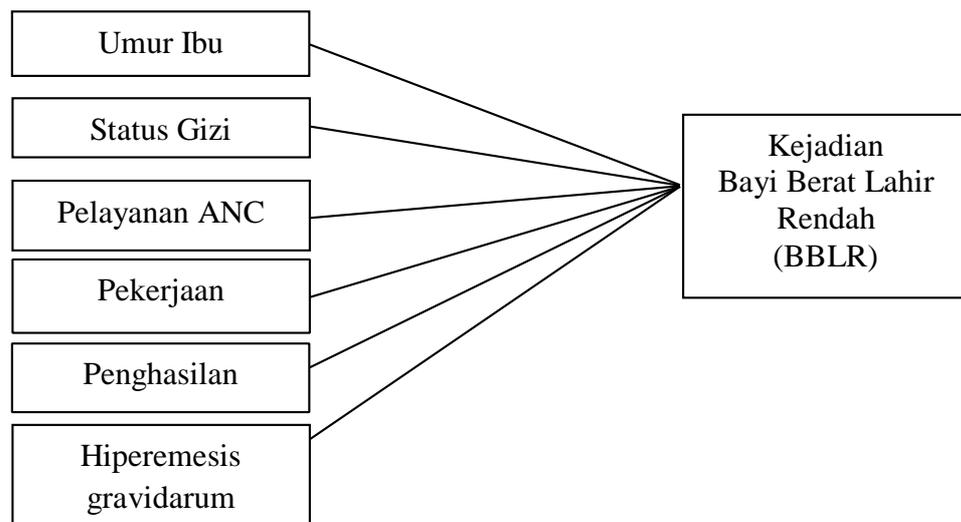
*Yang sudah dimodifikasi oleh penulis*

## BAB III

### KERANGKA KONSEPTUAL

#### III.1. Kerangka Konsep

Dari uraian pada bab sebelumnya diatas, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1  
Kerangka Konsep

#### III.2. Variabel Penelitian

Variabel Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Umur ibu, status Gizi , pelayanan ANC, Pekerjaan, Penghasilan dan hiperemesis gravidarum dan kejadian BBLR.

### III.3. Definisi Operasional

Tabel III.3.1.  
Definisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel bebas</b>						
1	Umur ibu	Umur ibu pada saat melahirkan	Menggunakan data sekunder dengan melihat pada data rekam medik/KIA	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Tidak beresiko jika usia 20-35 Th 2. Beresiko jika usia <20 dan >35 Th	Ordinal
2	Status Gizi	Kondisi gizi pada saat ibu hamil yang dinilai dengan ukuran LILA.	Menggunakan data sekunder dengan melihat pada data rekam medik/KIA	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Baik jika > 23,5cm 2. Buruk jika < 23,5cm	Ordinal
3	Pelaya-nan I Ante Nata Care	Frekuensi kunjungan ibu hamil ketenaga kesehatan sampai usia kehamilan 8 bulan dan 9 bulan paling sedikit 4 kali selama hamil dimana pada Trimester I minimal satu kali, Trimester II minimal satu kali dan Trimester III minimal dua kali	Menggunakan data sekunder dengan melihat pada data rekam medik/KIA	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Lengkap jika 4 Kali atau lebih. 2. Tidak Lengkap jika < 4 Kali	Ordinal
4	Pekerjaan	Aktivitas rutin Ibu dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari	Menggunakan data sekunder dengan melihat pada data rekam medik/KIA	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
5	Penghasilan	Jumlah penghasilan yang dihasilkan dalam satu keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam satu bulan	Wawancara	Kuisisioner	1.Rendah jika di bawah UMR kab.Landak. 2.Tinggi jika sama dengan atau diatas UMR kab. Landak	Nominal
6	Hiperemesis Gravidarum	Mual muntah di pagi hari yang dialami ibu sehingga mengalami dehidrasi.	Wawancara	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Ya, beresiko 2. Tidak, tidak beresiko	Nominal

7.	Berat Bayi Lahir	Hasil penimbangan berat badan bayi saat kelahiran yang diukur dengan timbangan dalam satuan gram, dan diukur oleh tenaga kesehatan.	Menggunakan data sekunder dengan melihat pada data rekam medik/KIA	Wawancara dan observasi buku KIA	1. Normal Jika berat Lahir $\geq$ 2500 gram 2. BBLR jika beratnya $<$ 2500 gram	Ordinal
----	------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **IV.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *Cross sectional* yang digunakan untuk memberikan gambaran variabel bebas dan variabel terikat. Jenis penelitian ini adalah *retrospektif* yaitu jenis penelitian yang berusaha untuk melihat kebelakang dari adanya suatu masalah, artinya mengumpulkan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi. Kemudian dari efek tersebut ditelusuri penyebabnya atau variable-variabel yang mempengaruhi akibat tersebut (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui adakah hubungan umur ibu, penyakit ibu selama hamil, paritas, jarak kelahiran, pelayanan ante natal care dan status gizi ibu hamil dengan kejadian berat bayi lahir rendah (BBLR) di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

#### **IV.2 Tempat/Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Mandor dan pengumpulan data dilakukan bulan Januari 2017. Puskesmas Mandor merupakan satu dari 14 Puskesmas di Kabupaten Landak Provinsi Kalimantan Barat.

### **IV.3 Populasi dan Sampel**

#### **IV.3.1 Populasi**

Populasi adalah sekelompok subjek yang menjadi objek atau sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2010). Adapun yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bayi yang lahir di wilayah kerja Puskesmas Mandor dengan berat lahir < 2500 gram dalam kurun waktu bulan Januari hingga Bulan Desember 2016 yang berjumlah 31 bayi.

#### **IV.3.2 Sampel**

Sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Karena besaran populasi sudah diketahui sebelumnya, maka sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampling sebanyak 31 ibu yang melahirkan bayi BBLR tahun 2016. Karena menggunakan data sekunder, maka ada ibu yang tidak memiliki buku KIA sebanyak 4 orang jadi sampel yang diambil menjadi 31 sampel dari 35 populasi.

### **IV.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

Data yang digunakan berupa data sekunder yang didapat dari data rekam medic atau buku KIA ibu yang digunakan di Wilayah kerja Puskesmas Mandor.

Untuk mendapatkan data penelitian tentang gambaran BBLR dan karakteristik ibu di wilayah kerja Puskesmas Mandor kabupaten Landak, peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa lembar *checklist* dan lembar wawancara yang merupakan suatu daftar yang mengandung

faktor-faktor yang ingin diteliti, mencakup berat bayi lahir, umur ibu waktu melahirkan, paritas, jarak kelahiran, status gizi, riwayat penyakit, pelayanan antenatal care, status ekonomi/ pekerjaan, hiperemesis gravidarum dan lokasi ibu hamil.

## **IV.5 Pengolahan dan Analisa Data**

### **IV.6.1. Pengolahan Data**

Pengolahan data yang akan dilakukan pada prinsipnya melalui tahap-tahap sebagai berikut :

1. *Editing*: yaitu data yang dikumpulkan diperiksa kelengkapannya, apabila ada kesalahan dan kekurangan data maka melakukan pengecekan ulang dan dilakukan pengumpulan data kembali.
2. *Coding*: Yaitu memberikan tanda atau kode terhadap hasil checklist yang telah diisi dengan tujuan untuk mempermudah proses pengolahan data.
3. *Transferring*: Yaitu data – data yang telah di edit dan dikelompokkan dimasukkan kedalam master tabel secara berurutan sesuai dengan variabel penelitian yang akan diteliti.
4. *Tabulating*: Yaitu suatu proses dimana data yang telah diberikan kode dimasukkan ke dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

## IV.6. Analisa Data

### a. Analisa Univariat

Menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan presentase masingmasing variabel, dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Ket. P= Presentase  
f= Jumlah Frekuensi  
N=Jumlah Sampel

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **V.1 HASIL PENELITIAN V.1.1**

Gambaran umum lokasi

Puskesmas mandor merupakan salah satu puskesmas rawat inap dari 16 puskesmas yang ada di kabupaten landak yang memiliki wilayah jangkauan sebanyak 17 desa dan 57 dusun dengan luas wilayah 1.315 km<sup>2</sup>, dengan jumlah penduduk keseluruhan berjumlah 29.984 jiwa.

Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Mandor adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah timur berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas sebangki Kecamatan sebangki Kabupaten Landak.
- b. Sebelah barat berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Menjalin Kecamatan Menjalin Kabupaten Landak.
- c. Sebelah selatan berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Senakin kabupaten landak.
- d. Sebelah utara berbatasan dengan wilayah kerja Puskesmas Anjongan kabupaten Pontianak.

Distribusi BBLR berdasarkan lokasi di Puskesmas Mandor sebagai berikut:

Tabel V.1  
Distribusi Frekuensi responden berdasarkan jumlah bayi di wilayah  
Puskesmas Mandor tahun 2016

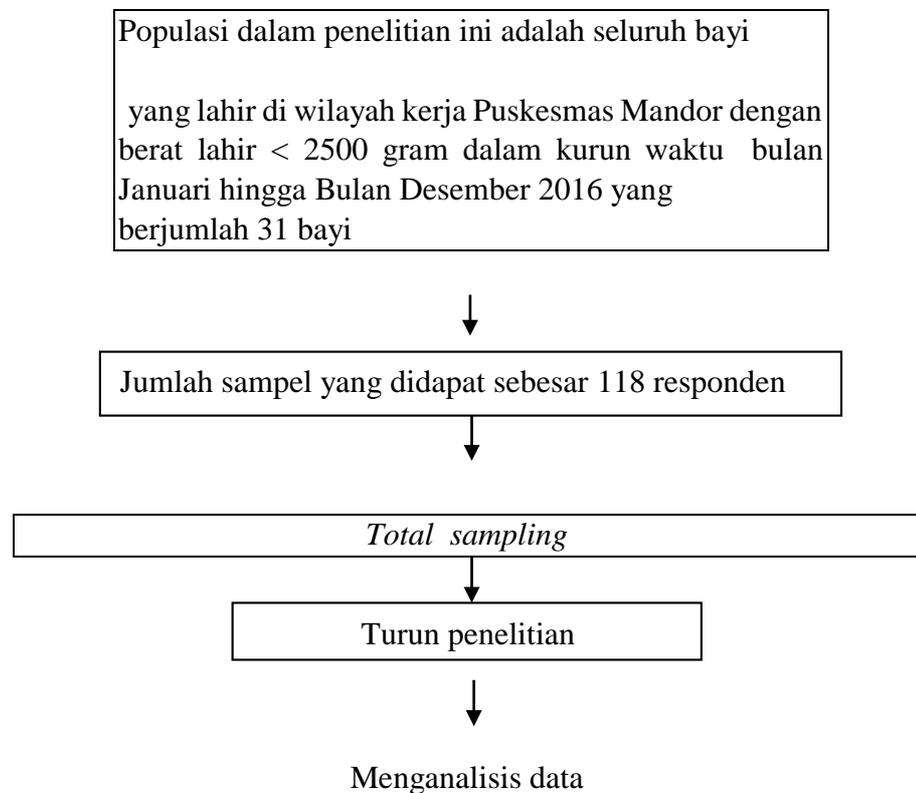
No	Lokasi	Frekuensi	%
1	Desa ngarak	3	8,57%
2	Desa kayu tanam	2	5,71%
3	Desa salatiga	1	2,85%
4	Desa simpang kasturi	4	11,42 %
5	Desa mandor	4	11,42 %
6	Desa kerohok	4	11,42 %
7	Desa kayu ara	1	2,85%
8	Desa pongok	3	8,57%
9	Desa sekilap	3	8,57%
10	Desa manggang	2	5,71%
11	Desa mengkuyit	2	5,71 %
12	Desa sumsum	2	5,71%
	Total	35	100 %

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel diatas dapat di ketahui bahwa kejadian BBLR tersebar di 12 desa di wilayah kerja Puskesmas Mandor, yang artinya ada 5 desa yang tidak ada kejadian BBLR tahun 2016, angka kejadian BBLR terbesar ada di 4 desa yaitu Desa Engkuyit, Desa Pongok, Desa Kerohok dan Desa Mandor yaitu masing-masing 4 (11,42%) kasus.

### V.1.2 Gambaran proses penelitian

Untuk lebih jelas, berikut bagan di bawah ini:



Tahap pertama penelitian, sebelum kegiatan penelitian dimulai, peneliti mengajukan surat ijin penelitian ke Puskesmas Mandor. Setelah surat ijin penelitian diperoleh, selanjutnya peneliti melakukan inventarisasi seluruh bayi yang lahir di wilayah kerja Puskesmas Mandor dengan berat lahir < 2500 gram dalam kurun waktu bulan Januari hingga Bulan Desember 2016

Penelitian Gambaran BBLR dan karakteristik ibu dilakukan pada bulan Februari 2017. Pengambilan data dari awal diambil dari data kohort persalinan ibu di bagian KIA puskesmas mandor.

Kemudian peneliti membuat kuisisioner penelitian yang di observasi melalui buku KIA ibu atau bertanya langsung bagi ibu yang tidak memiliki buku KIA.

Jumlah kasus BBLR sesuai data dari pemegang program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada periode Januari sampai Desember 2016 diperoleh sebanyak 35 kasus. Dari total 35 kasus BBLR tahun 2016 yang tersebar diseluruh wilayah kerja puskesmas Mandor dengan perincian 4 kasus di Desa simpang kasturi, kasus di Desa mengkunyit, 4 kasus di Desa mandor, 4 kasus di Desa kerohok, 3 kasus di Desa ngarak, 3 kasus di Desa kayu tanam, 3 kasus di Desa pongok, 3 kasus di sekilap, 2 kasus di Desa manggang, 2 kasus di Desa sumsum, 2 kasus di desa kayu ara dan 1 kasus di Desa salatiga.

Kemudian menyepakati waktu untuk melakukan pengukuran dan wawancara dengan responden, serta dilakukan pengukuran dan wawancara sesuai waktu yang disepakati. Wawancara dilakukan untuk mengetahui variabel Umur ibu, status Gizi , pelayanan ANC, Pekerjaan, Penghasilan dan hiperemesis gravidarum dan kejadian BBLR.

#### V.1.4 Karakteristik

##### 1. Umur

Umur di kategorikan menjadi 2 yaitu berisiko jika usia < 20 tahun dan > 35 tahun sedangkan yang tidak berisiko jika usia 20-35 tahun, untuk lebih jelas dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.2.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
Beresiko	9	29,1
Tidak beresiko	22	70,9
Total	31	100,0

Sumber Data Primer, 2017

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki usia tidak beresiko (70,9%) lebih banyak dibandingkan dengan usia beresiko (29,1%).

## 2. Pendidikan

Pendidikan di kategorikan menjadi 4 yaitu SD, SMP, SMA dan perguruan tinggi, untuk lebih jelas dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.3.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

<b>Pendidikan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
SD	3	9,7
SMP	15	48,4
SMA	11	35,5
PT	2	6,5
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki pendidikan SMP (48,4%) lebih banyak dibandingkan dengan pendidikan yang SMA (35,5%).

## 3. Pekerjaan

Pekerjaan di kategorikan menjadi 3 yaitu ibu rumah tangga (IRT), swasta dan petani, untuk lebih jelas dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.4.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
IRT	18	58,1
Swasta	2	6,4
Petani	11	35,5
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki pekerjaan yang IRT (58,1%) lebih banyak dibandingkan dengan Pekerjaan petani (35,5%).

#### 4. Suku

suku di kategorikan menjadi 3 yaitu dayak, melayu dan jawa untuk lebih jelas dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.5.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

<b>Suku</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Dayak	21	67,7
Melayu	6	19,4
Jawa	4	12,9
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki Suku dayak (67,7%) lebih banyak dibandingkan dengan suku melayu (19,4%)

### V.1.5 Analisis Univariat

#### 1. Umur

Tabel V.6  
Distribusi Rata-rata Umur Responden di wilayah kerja  
Puskesmas Mandor tahun 2016

Variabel	Mean	Median	SD	Min	Max
Umur	25,06	24,00	6,4	16	40

Berdasarkan hasil tabel data numerik diketahui distribusi nilai mean yaitu 25,06, median 24,00, standar deviasi (SD) yaitu 6,4 dengan skor terendah 16 dan tertinggi 40.

Umur di kategorikan menjadi 2 yaitu berisiko jika usia < 20 tahun dan > 35 tahun sedangkan yang tidak berisiko jika usia 20-35 tahun, untuk lebih jelas dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel V.7.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
Beresiko	9	29,1
Tidak beresiko	22	70,9
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki usia tidak beresiko (70,9%) lebih banyak dibandingkan dengan usia beresiko (29,1%).

#### 2. Status Gizi (LILA)

Status gizi di kategorikan menjadi 2 yaitu baik (jika LILA > 23,5 cm) dan buruk (Jika Lila < 23,5 cm). Berikut ini distribusi frekuensi status gizi:

Tabel V.8.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Status Gizi	Frekuensi	Persentase (%)
Berisiko	9	29,1
Tidak berisiko	22	70,9
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki status gizi yang tidak berisiko (70,9%) lebih banyak dibandingkan dengan status gizi berisiko (29,1%).

### 3. Pelayanan ANC

Tabel V.9.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016

Pelayanan ANC	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Lengkap	9	29,1
Lengkap	22	70,9
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

di atas dapat dilihat bahwa ibu yang melakukan pelayanan ANC yang lengkap (70,9%) lebih banyak dibandingkan dengan pelayanan ANC yang tidak lengkap (29,1%).

### 4. Pekerjaan

### 5.

Tabel V.10.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016

<b>Pekerjaan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak Bekerja	6	19,3
Bekerja	25	80,6
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki pekerjaan (80,6%) lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja (19,3%).

#### 6. Penghasilan

Tabel V.11.

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Penghasilan Ibu yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016

<b>Penghasilan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Rendah	26	83,9
Tinggi	5	16,1
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang memiliki penghasilan rendah (83,9%) lebih banyak dibandingkan dengan penghasilan tinggi (16,1%).

## 7. Riwayat Hiperemesis

Tabel V.12.  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Riwayat Hiperemesis yang Melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

<b>Riwayat Hiperemesis</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Ada	6	19,3
Tidak ada	25	80,6
Total	31	100,0

*Sumber Data Primer, 2017*

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa ibu yang tidak memiliki Riwayat Hiperemesis (80,6%) lebih banyak dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat hiperemesis (19,3%).

## V.2 Pembahasan

1. Gambaran Umur Ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar umur responden yang melahirkan bayi BBLR dalam kategori tidak berisiko (berumur 20-35 tahun), yaitu 18 responden (51,4%). Hal ini terkait dengan usia 20-35 tahun ibu banyak yang hamil sehingga banyak yang melahirkan bayi BBLR dan di dukung oleh faktor lain yaitu sebagian besar responden sebagai pekerja yaitu petani sejumlah 21 responden (60,0%) dikarenakan ibu yang bekerja menanggung beban ganda yaitu harus bekerja mencari nafkah, sekaligus bertanggung jawab terhadap pengelolaan rumah tangga.

Beban ganda inilah menjadi penyebab kelelahan yang mereka alami sehari-hari sehingga tidak memperhatikan kondisi kehamilannya. Hal ini sesuai dengan teori Depkes RI (2008), menyatakan kesulitan ekonomi keluarga memaksa ibu untuk

ikut mencari nafkah. Ibu juga harus mengikuti kegiatan sosial masyarakat. Akibatnya ibu mempunyai beban ganda yaitu mengerjakan pekerjaan rumah tangga, mencari penghasilan melaksanakan peran sosial. Akibatnya tubuh ibu mengalami kelelahan karena kurang waktu untuk beristirahat. Adapun upaya yang perlu dilakukan untuk dapat mencegah terjadinya BBLR karena faktor kelelahan ibu yang diakibatkan ibu yang memiliki beban ganda dapat dilakukan dengan cara meningkatkan peran suami dalam rumah tangga dalam hal mencari nafkah dan membantu mengurus rumah tangga sehingga meringankan beban istri yang sedang hamil.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan bayi BBLR sebagian kecil dalam katagori beresiko tinggi (berumur < 20 dan > 35 tahun) yaitu 17 responden (48,6%). Hal ini memang terjadi karena kehamilan pada usia < 20 tahun, ibu masih dalam masa pertumbuhan dan organ reproduksi ibu belum matang untuk menerima kehamilan sedangkan pada kehamilan > 35 tahun disebabkan karena fungsi organ reproduksi ibu sudah mulai menurun dan di dukung oleh faktor lain yaitu sebagian besar responden mempunyai paritas beresiko yaitu paritas primipara sebesar 19 responden (54,3%) dan paritas multipara sebesar 16 responden (45,7%) sehingga banyak yang melahirkan bayi BBLR. Hal ini sesuai dengan teori

Menurut Siyoto (2012), kehamilan di usia <20 tahun beresiko tinggi karena saat itu ibu masih dalam proses tumbuh, sehingga akan terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibu yang masih masa pertumbuhan, sehingga asupan gizi pada janin terganggu serta adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan, kondisi panggul belum berkembang secara optimal, kondisi sel telur belum begitu sempurna sehingga bayi yang dilahirkan mengalami BBLR. Kehamilan pada usia >35

tahun mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya kelahiran BBLR sehubungan dengan alat reproduksinya telah berdegenerasi dan terjadi gangguan keseimbangan hormonal (Turhayati, 2006). Adapun upaya yang dapat dilakukan untuk menanggulangi masalah BBLR yang dikarenakan usia ibu yang beresiko dapat dengan cara bekerjasama dengan petugas kesehatan untuk meningkatkan kegiatan penyuluhan kesehatan tentang reproduksi remaja di sekolah-sekolah sehingga pernikahan dini dapat dikurangi atau di cegah selain itu dapat juga dengan cara meningkatkan asupan gizi seimbang yang sesuai dengan kebutuhan ibu, dan meningkatkan kegiatan penyuluhan tentang KB sehingga angka kelahiran dari ibu yang berusia lebih dari 35 tahun dapat di tekan.

## 2. Gambaran Status Gizi berdasarkan ukuran LILA ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan status gizi ibu didapatkan 24 (68,6%) responden memiliki LILA  $\geq 23,5$  cm dan 11 (31,4%) ibu hamil memiliki LILA  $\leq 23,5$  cm. Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar ibu hamil yang melahirkan bayi BBLR dalam kondisi status gizi baik, namun masih ada ibu hamil yang dalam kondisi gizi kurang/buruk.

Status gizi ibu pada kehamilan berpengaruh pada status gizi janin. Asupan makanan ibu dapat masuk ke janin melalui tali pusat yang terhubung kepada tubuh ibu. Kondisi terpenuhinya kebutuhan zat gizi janin

terkait dengan perhatian asupan gizi dari makanan yang adekuat agar tumbuh kembang janin berlangsung optimal (Indreswari dkk, 2008).

Ibu yang mengalami gizi kurang berarti ibu sudah mengalami keadaan kurang gizi dalam kurun waktu yang telah lama, bila ini terjadi kebutuhan gizi untuk proses tumbuh kembang janin menjadi terhambat sehingga ibu melahirkan bayi BBLR. Status gizi, kesehatan dan emosional serta pengalaman ibu selama kehamilan akan menentukan kualitas bayi yang dilahirkan dan perkembangan selanjutnya (Widardo, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yulianti (2016) bahwa ada hubungan antara status gizi ibu hamil dengan kejadian BBLR. Ibu dengan status gizi normal akan melahirkan bayi tidak BBLR. Hal ini disebabkan aliran makanan dari ibu kepada janin melalui plasenta berjalan dengan baik sehingga kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Maka dari itu diharapkan hendaknya ibu hamil menyadari bahaya status gizi ibu hamil sehingga menghindari kehamilan yang terlalu sering sehingga mengurangi faktor resiko terjadinya kejadian BBLR.

3. Gambaran pelayanan ANC ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu yang melakukan pelayanan ANC yang lengkap (70,9%) lebih banyak dibandingkan dengan pelayanan ANC yang tidak lengkap (29,1%). Standar pelayanan kebidanan menetapkan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal selama kehamilan ibu, satu kali kunjungan pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali kunjungan pada trimester III. Pada setiap kunjungan ANC bidan harus

menanyakan apakah ibu hamil meminum tablet besi sesuai dengan ketentuan dan apakah persediaannya cukup. Manfaat antenatal care sangat besar karena dapat mengetahui berbagai resiko dan komplikasi kehamilan sehingga ibu hamil dapat diarahkan untuk melakukan rujukan (Manuaba, 2001). Manfaat asuhan antenatal untuk ibu adalah mengurangi dan menegakkan secara dini komplikasi kehamilan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil untuk menghadapi persalinan, meningkatkan kesehatan ibu setelah persalinan dan untuk memberikan ASI. Konseling dalam pemakaian alat kontrasepsi KB, memberikan nasehat dan petunjuk berbagai masalah yang berkaitan dengan kehamilannya serta berusaha menetapkan penggolongan kehamilan dengan faktor resiko atau resiko tinggi akan menentukan pertolongan persalinan yang aman (Manuaba, 2001). Manfaat untuk janin adalah guna menjamin pertumbuhan bayi yang sehat dalam kandungan (BKKBN, 2003).

4. Gambaran pekerjaan ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden yang melahirkan bayi BBLR adalah bahwa ibu yang memiliki pekerjaan (80,6%). Pekerjaan responden adalah petani. Padatnya kegiatan ibu yang bekerja menyebabkan ibu sedikit istirahat sehingga menimbulkan kondisi kurang gizi (KEK), hal ini dapat menyebabkan lahirnya bayi BBLR. Hal ini sesuai dengan teori Bartini (2012), menyatakan bahwa sedikitnya waktu istirahat pada ibu sehingga dapat menimbulkan kondisi kurang gizi. Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi kehamilan dan outcome kehamilan. Pada ibu dengan status gizi yang baik outcome kehamilan akan baik pula dengan salah satu kriteria berupa berat badan bayi diatas 2500 gram.

Adanya gangguan gizi yaitu KEK (kekurangan energi kronis) akan beresiko terjadinya BBLR (berat badan lahir rendah), demikian pula terjadinya anemia ( $Hb < 8 \text{ gr} - 11 \text{ gr } \%$ ) oleh karena kurangnya asupan fe, zink, dan asam folat akan menambah risiko perdarahan dan BBLR.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu yang melahirkan bayi BBLR sebagian kecil dalam kategori tidak bekerja (IRT) yaitu 8 (22,9%). Hal ini disebabkan kurangnya informasi tentang kehamilan sehingga menimbulkan komplikasi kehamilan pada ibu rumah tangga salah satunya adalah BBLR dan di dukung oleh faktor lain yaitu banyak responden yang berusia beresiko sebesar 17 (48,6%) ibu sehingga menyebabkan ibu melahirkan bayi BBLR.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yulianti (2016) di RSUD Dr Wahidin Sudirohusodo bahwa pekerjaan responden sebagian besar tidak bekerja, yaitu 26 (70,3%) responden. Pekerjaan mempengaruhi status gizi ibu hamil. Ibu yang tidak bekerja tidak membutuhkan banyak keluaran energi dibandingkan dengan ibu yang bekerja, sehingga dengan asupan gizi yang baik akan terjadi penambahan berat badan normal berdasarkan indeks massa tubuh ibu sebelum hamil. Ibu yang mempunyai status gizi kurang disebabkan karena ibu yang sibuk dengan pekerjaannya tanpa disertai asupan gizi yang lebih dari biasanya sehingga penambahan berat badan ibu kurang dari normal.

5. Gambaran penghasilan ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu yang melahirkan bayi BBLR mempunyai penghasilan bahwa ibu yang memiliki penghasilan rendah (83,9%) lebih banyak dibandingkan dengan penghasilan tinggi

(16,1%) yang mempunyai penghasilan tinggi atau setara UMR Kabupaten Landak sebesar Rp 2.000.920. Penghasilan akan erat kaitannya dengan kemampuan orang untuk memenuhi kebutuhan gizi, perumahan yang sehat, pakaian dan kebutuhan lain yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.

Penghasilan yang diperoleh ibu berkaitan dengan kemampuan ibu untuk memeriksakan kehamilan dan mempersiapkan persalinan, serta hubungan sosial ibu yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan dan persalinan. Pada masa sekarang ini, kesehatan ibu selama hamil, kemampuan ibu dalam pemeriksaan kehamilan dan dalam mempersiapkan persalinan serta informasi yang diperoleh antara ibu bekerja dan tidak bekerja cenderung sama. Ibu yang tidak bekerja mudah dalam menjangkau pelayanan kesehatan untuk memperoleh pemeriksaan kehamilan yang sama kualitasnya dengan ibu bekerja. Ibu yang tidak bekerja dan ibu bekerja juga dapat memperoleh informasi tentang kehamilan dan persalinan yang sama lengkap karena dekatnya petugas pelayanan kesehatan dan kualitas tenaga kesehatan yang sama baik.

6. Gambaran Riwayat Hiperemesis Gravidarum ibu yang Melahirkan Bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor tahun 2016.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 31 ibu yang melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah bahwa ibu yang tidak memiliki Riwayat Hiperemesis (80,6%) lebih banyak dibandingkan dengan tidak memiliki riwayat hiperemesis (19,3%).gravidarum.

Hiperemesis gravidarum adalah keadaan dimana wanita tidak dapat menyesuaikan dengan keadaan mual dan muntah yang wajar dan sering kedapatan pada kehamilan trimester I, sehingga pekerjaan sehari-hari

menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk (Prawirohardjo, 2005). Hiperemesis gravidarum mempengaruhi hubungan berat badan bayi lahir, sebab mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil yang sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari dapat memperburuk keadaan umum ibu.

Penelitian yang dilakukan oleh Viviawati (2011) di RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang dengan hasil penelitian sebagian responden mengalami hiperemesis gravidarum sebanyak 40 responden (20,2%). Sebagian responden melahirkan BBLR sebanyak 36 responden (18,2%). Ada hubungan antara kejadian hiperemesis gravidarum dengan berat bayi lahir pada ibu bersalin di RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang.

Diharapkan kepada petugas kesehatan khususnya bidan agar dapat melakukan penyuluhan kepada ibu - ibu tentang faktor risiko terjadinya BBLR dan dapat mengatasi angka kejadian bayi dengan berat lahir rendah guna menurunkan angka kematian bayi. Bagi bidan atau tenaga kesehatan agar meningkatkan mutu pelayanan, sarana dan prasarana sehingga dapat mendeteksi dini bahaya dalam masa kehamilan dan mampu menanganinya dengan cepat dan tepat.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### VI.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Gambaran BBLR dan karakteristik ibu di wilayah kerja Puskesmas Mandor sebanyak 31 responden. Maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Semua responden distribusi dan frekuensi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016 adalah 100,0%.
2. Gambaran Proporsi BBLR berdasarkan lokasi di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016 adalah Desa simpang Kasturi, Desa Mandor dan Desa Kerohok sebesar 11,42%.
3. Gambaran karakteristik ibu yang melahirkan bayi BBLR di wilayah kerja Puskesmas Mandor Kabupaten Landak tahun 2016 adalah sebagian besar umur ibu tidak berisiko (70,9%), status gizi yang tidak berisiko (70,9%), pelayanan ANC yang lengkap (70,9%), memiliki pekerjaan (80,6%), penghasilan rendah (83,9%) dan tidak memiliki Riwayat Hiperemesis (80,6%).

#### A. Saran

Beberapa upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan jumlah kematian bayi karena BBLR dan mencegah peningkatan jumlah kejadian BBLR antara lain adalah:

1. Bagi Tenaga Kesehatan.
  - a. meningkatkan promosi kesehatan tentang perencanaan persalinan terutama KB dan melahirkan di fasilitas kesehatan, gizi dan perawatan kehamilan.
  - b. Bagi tenaga kesehatan hendaknya lebih meningkatkan pengawasan dalam ANC, meningkatkan penyuluhan tentang resiko tinggi pada ibu yang hamil pada usia reproduksi tidak sehat ( $< 20$  tahun dan  $> 35$  tahun) serta pada ibu dengan jarak kehamilan dengan resiko tinggi ( $< 2$  tahun) salah satunya yaitu terjadinya BBL.
  - c. Sebagai petugas kesehatan khususnya Bidan hendaknya secara aktif dapat tetap memberikan konseling kesehatan kepada ibu tentang istirahat yang cukup dan gizi selama kehamilan kepada ibu hamil yang datang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan sehingga ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik tentang istirahat yang cukup dan gizi selama hamil, serta agar memberikan media mengenai istirahat yang cukup dan nutrisi ibu hamil yang berfungsi agar ibu hamil dapat memahami dengan baik sehingga dapat menekan dan mengurangi lahirnya bayi BBLR.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar dapat meneliti variabel lain yang membahas lebih luas mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kelahiran bayi BBLR, Sehingga penelitian tentang BBLR dapat terus berkembang.
3. Bagi Ibu

- a. Diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan ibu hamil khususnya pada ibu primipara agar mempersiapkan mental untuk hamil serta mengatur waktu istirahat dan nutrisi pada ibu bekerja .
- b. Disarankan pada ibu-ibu sebaiknya hamil pada usia 20-35 tahun karena tidak beresiko melahirkan bayi dengan BBLR dan tidak dianjurkan hamil pada usia  $< 20$  tahun dan  $> 35$  tahun karena beresiko melahirkan anak dengan BBLR

## DAFTAR PUSTAKA

- Alya. 2014. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan bayi berat lahir rendah (BBLR)*. Skripsi. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'Budiyah Banda Aceh.
- Budiarto. 2004. *Metodologi Penelitian Kedokteran, Sebuah Pengantar*. EGC. Jakarta.
- Kemkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta. Kepala Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kemkes RI.
- Widiarsih. 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Berat Badan Lahir di RSUD dr. Soedarso. Universitas Muhammadiyah*. Pontianak.
- Julhana. 2014. *Faktor social budaya dan pemeriksaan kehamilan yang berhubungan dengan kejadian BBLR di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Singkawang Tengah*. Universitas Muhammadiyah. Pontianak.
- Proverawati dan Sulisyorini. 2010. *Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)*. Cetakan I. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Kemenkes RI. 2015. *Profil Kesehatan*. Jakarta, Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalbar. 2015. *Profil Kesehatan*. Pontianak, Kalimantan Barat.
- Dinkes Kabupaten Landak. 2015. *Profil Kesehatan*. Ngabang, Kabupaten Landak.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. PT. Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_, 2009. *Modul Biostatistik Inferensial*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pontianak.
- <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/1082/3/materi%20halaman%209%20-%202015.pdf>. Disadur pada tanggal 18 November 2016.
- <http://deddyrn.blogspot.com/2009/09/bblr-2.html>. disadur pada tanggal 18 November 2016.
- <http://kti-akbid.blogspot.co.id/2011/04/kti-gambaran-kasus-ibu-melahirkan.html>. disadur pada tanggal 6 januari 2017
- <http://kebidanan-kti.blogspot.co.id/2011/11/gambaran-kejadian-berat-bayilahir.html>. disadur pada tanggal 6 januari 2017 <http://dr-suparyanto.blogspot.co.id/2011/01/konsep-dasar-berat-badan-idealibu.html>. disadur pada tanggal 12 februari 2017

<http://www.biaya.net/2016/01/upah-minimum-kabupaten-kota-umk-di-kalbar2016.html>. disadur pada tanggal 12 februari 2017

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Dengan menandatangani persetujuan untuk mengisi Daftar Pertanyaan Penelitian tentang "GAMBARAN BBLR DAN KARAKTERISTIK IBU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANDOR KECAMATAN MANDOR KABUPATEN LANDAK TAHUN 2016" yang di lakukan oleh :

Nama : HERLINA

Alamat : MAHASISWA UMP PONTIANAK

Saya telah memberikan persetujuan untuk menjawab pertanyaan yang di berikan oleh peneliti dan telah menjadi bagian dari penelitian ini. Sebelumnya saya telah diberikan penjelasan tentang maksud, tujuan dan pelaksanaan penelitian ini dan saya sudah memahaminya.

Semua jawaban dalam Daftar Pertanyaan ini saya isi dengan sukarela sesuai dengan kondisi yang saya alami dan tidak ada pemaksaan dari pihak manapun serta saya mengharapkan dapat di jaga kerahasiaannya dan hanya di gunakan untuk penelitian ini saja.

Mandor,.....2017

(.....)

## KUISIONER

### GAMBARAN BBLR DAN KARAKTERISTIK IBU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANDOR KECAMATAN MANDOR KABUPATEN LANDAK TAHUN 2016

#### A. Identitas Responden

1. Nama / Inisial : .....
2. Umur t.t.l. : .....
3. Agama/suku : .....
4. Pendidikan Terakhir : .....
5. Pekerjaan : .....
6. Alamat/lokasi desa : .....

#### A. PERTANYAAN VARIABEL INDEPENDEN:

1. Berapa Usia Ibu pada saat hamil ? ..... (observasi buku KIA/wawancara)
2. Berapa kali ibu pernah melahirkan ? ..... (observasi buku KIA/wawancara)
3. Berapa Jarak antara kehamilan anak saat ini dengan kehamilan anak sebelumnya?..... (observasi buku KIA/wawancara)
4. Berapa...? ..... (observasi buku KIA/wawancara)
  - a. BB ibu pada saat hamil ..... (observasi buku KIA)
  - b. TB ibu pada saat hamil ..... (observasi buku KIA)
  - c. Lingkar lengan ibu pada saat hamil, ..... (observasi buku KIA)
  - d. ukuran lila saat ini.....
5. Apakah selama hamil ibu pernah mengalami sakit ? jika Ya, .....  
sebutkan!..... (observasi buku KIA/wawancara)
  - a. Dikehamilan yang ke berapa ibu mulai mengalami sakit?.....(wawancara)

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Dengan menandatangani persetujuan untuk mengisi Daftar Pertanyaan Penelitian tentang "GAMBARAN BBLR DAN KARAKTERISTIK IBU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANDOR KECAMATAN MANDOR KABUPATEN LANDAK TAHUN 2016" yang di lakukan oleh :

Nama : HERLINA

Alamat : MAHASISWA UMP PONTIANAK

Saya telah memberikan persetujuan untuk menjawab pertanyaan yang di berikan oleh peneliti dan telah menjadi bagian dari penelitian ini. Sebelumnya saya telah diberikan penjelasan tentang maksud, tujuan dan pelaksanaan penelitian ini dan saya sudah memahaminya.

Semua jawaban dalam Daftar Pertanyaan ini saya isi dengan sukarela sesuai dengan kondisi yang saya alami dan tidak ada pemaksaan dari pihak manapun serta saya mengharapkan dapat di jaga kerahasiaannya dan hanya di gunakan untuk penelitian ini saja.

Mandor,.....2017

(.....)

## ANALISIS DATA

### Frequency Table

umur responden						
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	16	1	3,2	3,2	3,2	
	17	2	6,5	6,5	9,7	
	19	3	9,7	9,7	19,4	
	20	5	16,1	16,1	35,5	
	21	1	3,2	3,2	38,7	
	23	1	3,2	3,2	41,9	
	24	4	12,9	12,9	54,8	
	25	1	3,2	3,2	58,1	
	26	2	6,5	6,5	64,5	
	27	2	6,5	6,5	71,0	
	28	1	3,2	3,2	74,2	
	30	1	3,2	3,2	77,4	
	31	3	9,7	9,7	87,1	
	32	1	3,2	3,2	90,3	
	37	1	3,2	3,2	93,5	
	39	1	3,2	3,2	96,8	
	40	1	3,2	3,2	100,0	
		Total	31	100,0	100,0	

pendidikan responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sd	3	9,7	9,7	9,7
	smp	15	48,4	48,4	58,1

sma	11	35,5	35,5	93,5
de/pt	2	6,5	6,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

usia saat hamil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	1	3,2	3,2	3,2
	16	2	6,5	6,5	9,7
	18	3	9,7	9,7	19,4
	19	5	16,1	16,1	35,5
	20	1	3,2	3,2	38,7
	22	1	3,2	3,2	41,9
	23	4	12,9	12,9	54,8
	24	1	3,2	3,2	58,1
	25	2	6,5	6,5	64,5
	26	2	6,5	6,5	71,0
	27	1	3,2	3,2	74,2
	29	1	3,2	3,2	77,4
	30	3	9,7	9,7	87,1
	31	1	3,2	3,2	90,3
	36	1	3,2	3,2	93,5
	38	1	3,2	3,2	96,8
	39	1	3,2	3,2	100,0
Total	31	100,0	100,0		

usia saat hamil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	beresiko	14	45,2	45,2	45,2
	tidak beresiko	17	54,8	54,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

**ukuran lila saat hamil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22,5	4	12,9	12,9	12,9
	23,0	3	9,7	9,7	22,6
	23,5	2	6,5	6,5	29,0
	24,0	8	25,8	25,8	54,8
	25,0	10	32,3	32,3	87,1
	26,0	3	9,7	9,7	96,8
	27,0	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

#### ukuran lila saat hamil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	beresiko	9	29,0	29,0	29,0
	tidak beresiko	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

#### periksa hamil ke pelkes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah	31	100,0	100,0	100,0

#### pelayanan anc

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak lengkap	9	29,0	29,0	29,0
	lengkap	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

#### riwayat hiperemesis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	6	19,4	19,4	19,4
	tidak ada	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>jumlah penghasilan per bulan</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 2000000	26	83,9	83,9	83,9
	> 2000000	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>jumlah penghasilan dalam keluarga ibu</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	26	83,9	83,9	83,9
	tinggi	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>penolong persalinan</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	non nakes	6	19,4	19,4	19,4
	nakes	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>tempat melahirkan</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	non faskes	11	35,5	35,5	35,5
	faskes/RS	20	64,5	64,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>berat bayi lahir</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bblr	31	100,0	100,0	100,0

<b>pekerjaan ibu</b>					
----------------------	--	--	--	--	--

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja/IRT	6	19,4	19,4	19,4
	swasta	6	19,4	19,4	38,7
	petani	19	61,3	61,3	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

<b>pekerjaan rersponden</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	6	19,4	19,4	19,4
	bekerja	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

## DOKUMENTASI



