

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Obyek Penelitian

1. Geografis

Puskesmas Mandiraja I merupakan salah satu Puskesmas di Banjarnegara yang letaknya berada pada jarak 25 Km dari arah Ibu Kota Banjarnegara dan terletak di sebelah Barat Pusat Pemerintahan (Ibu Kota Kabupaten). Di batasi oleh 5 Kecamatan, yaitu di sebelah Utara Kecamatan Rakit dan Kecamatan Bukateja, Timur Kecamatan Purwanegara, Selatan Kecamatan Sempor, dan Barat Kecamatan Purwareja Klampok.

Dengan luas wilayah kurang lebih 2.787,64 Ha puskesmas terbagi dalam 8 desa. Daerah yang terluas adalah desa Somawangi dengan luas 690.000 Ha atau sekitar 24,75% dari luas total wilayah kerja puskesmas. Sedangkan desa Kebakalan merupakan memiliki wilayah paling kecil yaitu hanya seluas 86,390 Ha.

a. Visi dan Misi

1. Visi

Menjadi Puskesmas yang berkualitas, professional dan mandiri.

2. Misi

- a. Menumbuhkan semangat Pelayanan Prima di puskesmas, yang didukung oleh segenap sumber daya kesehatan yang memadai dari segi kuantitas dan kualitas.

- b. Mewujudkan legitimasi Puskesmas yang terakreditasi.
- c. Mengembangkan pola hidup masyarakat untuk ber PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dalam kehidupan sehari-hari.
- d. Mengembangkan puskesmas menjadi rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.
- e. Mengupayakan peningkatan kesejahteraan bagi seluruh karyawan puskesmas.
- f. Melengkapi sarana dan prasarana termasuk kelengkapan alkes untuk mendukung terwujudnya rumah sakit yang ideal.

NILAI-NILAI

Beriman, tanggung jawab, ramah, disiplin, ikhlas, professional, kebersamaan dan kerja keras.

(BATRA DI PKK)

MOTTO

Melayani dengan setulus hati

b. Profil Pelayanan

1. Rawat Inap

Kapasitas Kelas I ada 6 ruang dengan 6 tempat tidur. Kelas II ada 4 kamar dengan 9 tempat tidur. Kelas III ada 1 kamar dengan 11 tempat tidur. Dan kamar bersalin 1 kamar dengan 2 tempat tidur.

2. Rawat Jalan

- | | |
|-------------------------|-----------|
| a. Poliklinik Dewasa | 1 ruangan |
| b. Poliklinik Anak | 1 ruangan |
| c. Poliklinik KIA/KB | 1 ruangan |
| d. Poliklinik Imunisasi | 1 ruangan |
| e. Poliklinik Gigi | 1 ruangan |
| f. Poliklinik Desa | 6 unit |
| g. Pustu | 2 pustu |

3. Penunjang Pelayanan

- | |
|------------------------------------|
| a. Ruang Pendaftaran |
| b. Ruang UGD |
| c. Ruang Laboratorium |
| d. Ruang Farmasi |
| e. Ruang Rontgen |
| f. Ruang Gudang Obat |
| g. Ruang Komputer |
| h. Ruang Jaga Perawat |
| i. Ruang Kantor Administrasi |
| j. Ruang Dapur |
| k. Ruang Kepala |
| l. Ruang Aula |
| m. Ruang Gudang I unit rumah dinas |

4. Alat Transpotasi

2 Unit Ambulan dan 3 sepeda motor

5. Tenaga Kerja

Berdasarkan tenaga kerja di Puskemas Mandiraja I dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1. Tenaga Kerja Puskesmas Mandiraja I

No	Tenaga	Jumlah	Keterangan
1.	Kepala Puskesmas	1	PNS
2.	Dokter Umum	2	PNS
3.	Dokter Gigi	1	PNS
4.	Bidan Puskesmas	6	PNS
5.	Bidan di desa	8	PNS 1 + T 7
6.	Perawat	14	11 PNS + Non PNS
7.	Perawat Gigi	1	PNS
8.	Sanitarian	2	PNS
9.	Nutrisisionist	2	PNS
10.	Asisten Apoteker	1	PNS
11.	Tenaga Administrasi	4	PNS
12.	Tenaga Dapur	3	Non PNS
13.	Tenaga Sopir	2	Non PNS
14.	Tenaga Pendaftaran	2	PNS
15.	Tenaga Kebersihan	3	Non PNS
16.	Tenaga Jaga Malam	2	Non PNS
17.	Tenaga Rontgen	1	PNS
18.	Tenaga SKM	1	Non PNS

Sumber : Data tahun 2009

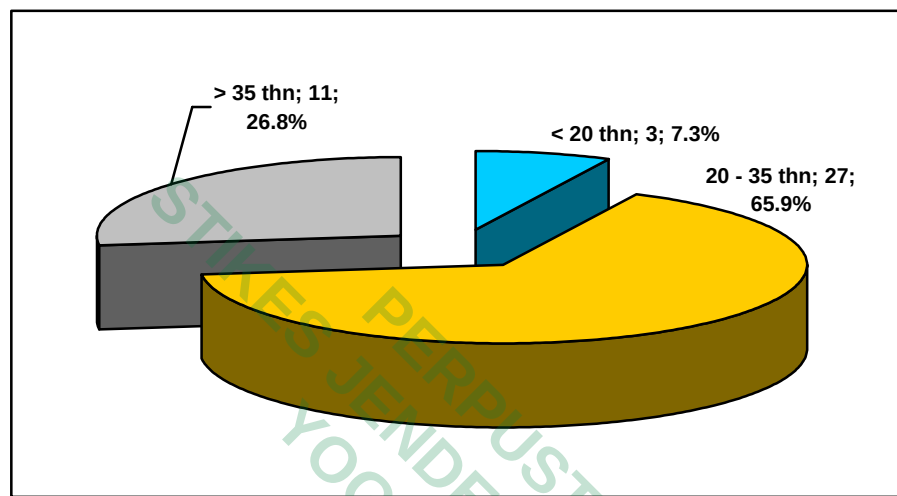
B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Distribusi umur ibu sebanyak 41 orang disajikan pada diagram berikut ini.

Diagram 4.1. Distribusi Umur Responden



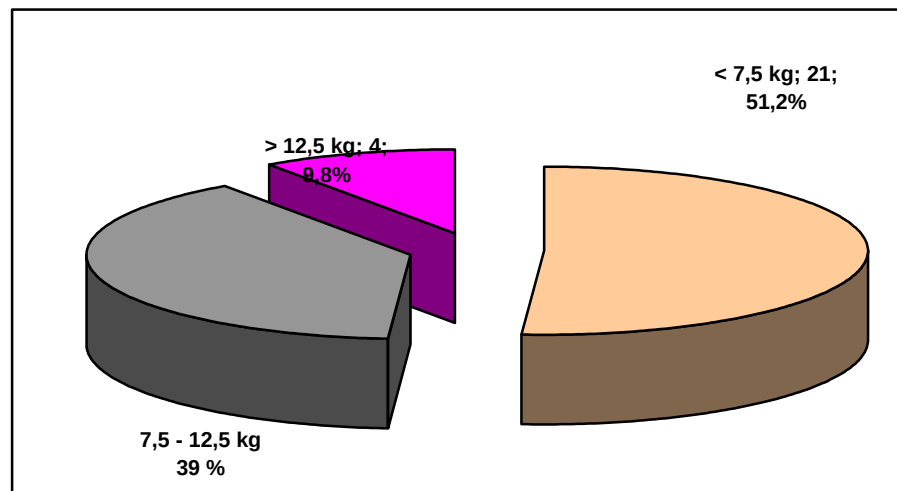
Sumber : Data primer diolah tahun 2009

Berdasarkan diagram 4.1 dapat diketahui bahwa umur responden sebagian besar terdistribusi pada kelompok umur antara 20 – 35 tahun sebanyak 27 orang (65,9%).

b. Kenaikan Berat Badan Selama Hamil

Distribusi kenaikan berat badan selama hamil dari sebanyak 41 orang disajikan pada diagram berikut ini.

Diagram. 4.2. Distribusi Kenaikan Berat Badan Selama Hamil



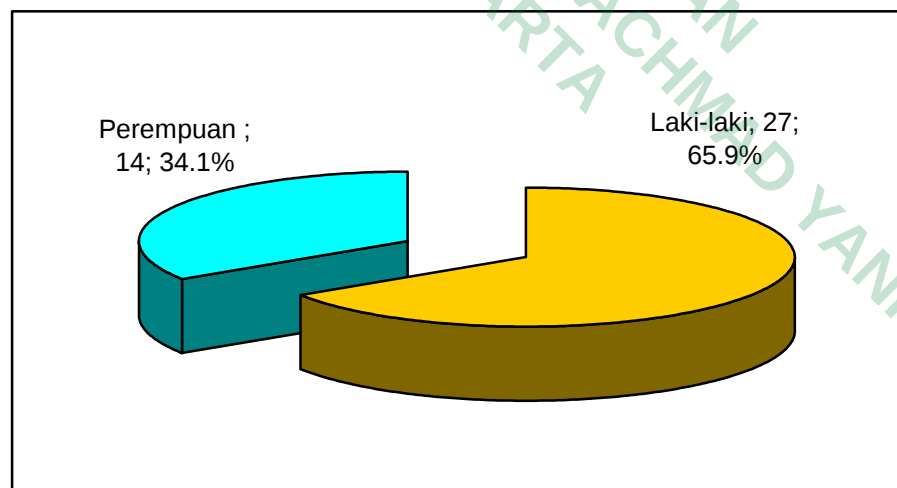
Sumber : Data primer diolah tahun 2009

Berdasarkan diagram 4.2 dapat diketahui bahwa kenaikan berat badan selama hamil sebagian besar < 7,5 kg sebanyak 21 orang (51,2%).

c. Jenis Kelamin Bayi

Distribusi jenis kelamin bayi sebanyak 41 orang disajikan pada diagram berikut ini.

Diagram. 4.3. Distribusi jenis kelamin bayi



Sumber : Data primer diolah tahun 2009

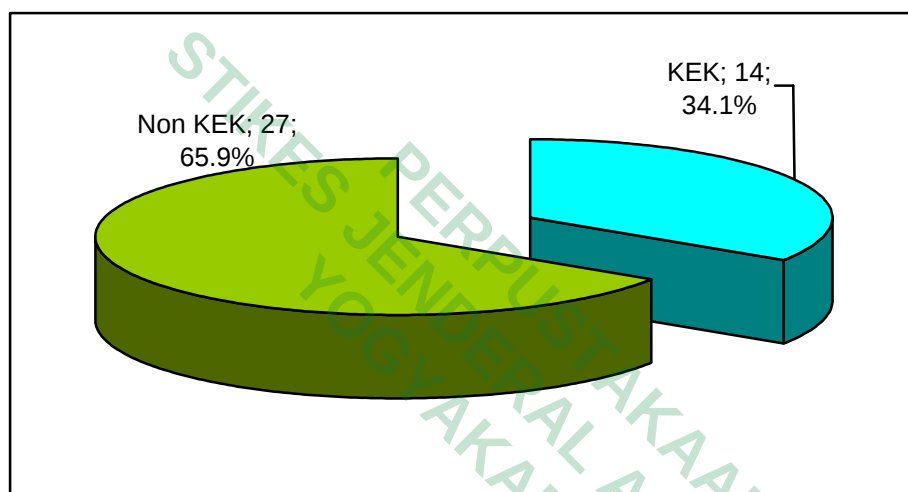
Berdasarkan gambar 4.3 dapat diketahui bahwa jenis kelamin bayi laki-laki (65,9%) lebih banyak dibandingkan yang perempuan (34,1%).

2. Analisis Univariat

a. Status Gizi Ibu

Distribusi status gizi ibu sebanyak 41 orang disajikan pada diagram berikut ini.

Diagram. 4.4. Distribusi status Gizi ibu



Sumber : Data primer diolah tahun 2009

Berdasarkan diagram 4.4 dapat dilihat bahwa status gizi ibu dengan kategori non KEK sebanyak 27 orang (65,9%) lebih banyak dibandingkan yang KEK sebanyak 14 orang (34,1%).

Berdasarkan data pada tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 14 ibu dengan status gizi KEK yang melahirkan 12 BBLR (85,7%) lebih tinggi dibandingkan 2 Non BBLR (14,3%). Dari 27 ibu dengan status gizi non KEK melahirkan 1 BBLR (3,7%) lebih rendah dibandingkan 26 Non BBLR (96,3%).

Hasil analisis hubungan antara status gizi ibu dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) diperoleh nilai $p = 0,00$. Nilai p yang lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, artinya H_0 ditolak dan H_a diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa status gizi ibu mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan bayi berat lahir rendah (BBLR).

C. Pembahasan

1. Analisis Univariat

a. Status Gizi Ibu

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa status gizi ibu dengan kategori non KEK sebanyak 27 orang (65,9%) lebih banyak dibandingkan yang KEK sebanyak 14 orang (34,1%).

Apabila seorang wanita mengalami defisiensi nutrisi sebelum dan selama hamil kemungkinan wanita tersebut akan mengalami kurang energi kronis (KEK) selama hamil. Kurang Energi Kronis (KEK) adalah keadaan seorang yang kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari dan atau gangguan penyakit tertentu (Supriasa, 2002). Rendahnya

konsumsi energi dan protein ini bisa disebabkan karena tingkat sosial ekonominya rendah.

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita memerlukan berbagai unsur gizi yang jauh lebih banyak daripada yang diperlukan dalam keadaan tidak hamil. Sebab terjadi peningkatan energi dan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Sehingga kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat. Kebutuhan energi pada wanita selama hamil menurut Arisman (2004) naik 300 kkal lebih banyak dari kebutuhan wanita saat tidak hamil yaitu menjadi 2300 kkal per hari. (Zaenab, 2008)

Kebutuhan akan energi meningkat secara minimal pada trimester I, kemudian pada trimester II dan III kebutuhan terus meningkat sampai akhir kehamilan. Karena adanya perbedaan kebutuhan energi selama hamil, WHO menganjurkan jumlah tambahan energi sebanyak 150 kkal pada trimester I dan 350 kkal pada trimester II dan III. Sedangkan menurut Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi V (2000) menganjurkan penambahan energi sebesar 285 kkal per hari. (Amirudin, 2007)

Jumlah KEK yang relatif masih tinggi membutuhkan perhatian dari semua pihak, baik keluarga ibu yang mengalami KEK maupun pemerintah khususnya Dinas Kesehatan di tingkat kabupaten.

Penanggulangan KEK pada ibu hamil membutuhkan kerjasama semua pihak. Pengetahuan ibu hamil perlu ditingkatkan, yang tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal, namun melalui penyuluhan yang dapat dilakukan oleh bidan dan kader posyandu tentang kebutuhan gizi ibu hamil, makanan yang banyak mengandung protein, lemak, mineral dan karbohidrat serta cara mengolah bahan makanan yang baik.

Pengetahuan tentang kebutuhan gizi ibu hamil sangat dibutuhkan sehingga ibu akan berusaha memenuhi kebutuhan gizi selama kehamilan. Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan akan melandasi sikap yang mendorongnya dalam bertindak. Tindakan yang didasari oleh pengetahuan sifatnya lebih menetap.

b. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa BBLR sebanyak 13 bayi (31,7%) lebih sedikit dibandingkan yang Non BBLR sebanyak 28 bayi (68,3%). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa BBLR di Puskesmas Rawat Inap Mandiraja I, Kabupaten Banjarnegara Tahun 2009 masih relatif banyak.

Kasus BBLR dalam penelitian ini karena ibu hamil mengalami KEK, dimana hasil penelitian menunjukan bahwa responden yang KEK cenderung melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu hamil non KEK. Kondisi ibu yang mengalami KEK bisa disebabkan oleh kondisi social ekonomi yang rendah.

Menurut UI (2002) angka kejadian prematuritas tertinggi terjadi pada golongan sosial ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan oleh keadaan gizi yang kurang dan pengawasan antenatal yang kurang. Menurut Mochtar (2008) kurang gizi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematur, inertia uteri, perdarahan pasca persalinan dan mudah terkena infeksi. Sedangkan efeknya bagi janin yang dikandung dapat mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan janin (IUGR), cacat bawaan anemia pada bayi baru lahir, bayi mudah terkena infeksi dan bayi lahir dengan bayi berat lahir rendah (BBLR), (Depkes. RI, 2007).

2. Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa dari 14 ibu dengan status gizi KEK yang melahirkan BBLR 12 (85,7%) lebih tinggi dibandingkan yang Non BBLR 2 (14,3%). Dari 27 ibu dengan status gizi non KEK yang melahirkan BBLR 1 (3,7%) lebih rendah dibandingkan yang Non BBLR 26 (96,3%). Hasil analisis disimpulkan bahwa status gizi ibu mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan bayi berat lahir rendah (BBLR) ($p=0,00$).

Hasil penelitian ini tidak relevan dengan penelitian oleh Anna Wijayanti, (2004) yang menyimpulkan tidak ada hubungan status gizi ibu hamil dengan insidensi BBLR di RSUD Wonosari tahun 2004, kemungkinan dikarenakan perbedaan waktu, dan tempat responden.

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita memerlukan berbagai unsur gizi yang jauh lebih banyak daripada yang diperlukan dalam keadaan tidak hamil sebab terjadi peningkatan energi dan zat gizi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat. Kebutuhan energi pada wanita selama hamil menurut Arisman (2004) naik 300 kkal lebih banyak dari kebutuhan wanita saat tidak hamil yaitu menjadi 2300 kkal perhari (Zaenab, 2008).

Status gizi ibu hamil yang termasuk pada kategori KEK memungkinkan asupan gizi yang dibutuhkan bagi janin untuk tumbuh dan berkembang menjadi kurang. Kondisi tersebut memungkinkan berat badan bayi yang dilahirkan akan lahir rendah.

STIKES PEPPI PUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA