

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

a. Geografi

Puskesmas II Denpasar Selatan berdiri Tahun 1983, terletak di Jl. Danau Buyan III, Kelurahan Sanur yaitu pada $08^{\circ}.40.976'$ LS dan $115^{\circ}.15.430'$ BT. Puskesmas II Denpasar Selatan merupakan satu dari tiga Puskesmas di Kecamatan Denpasar Selatan. Wilayah kerja Puskesmas II Denpasar Selatan merupakan dataran rendah dengan ketinggian 3-6 meter di atas permukaan laut. Luas wilayah kerja Puskesmas $\pm 13,11$ Km². Wilayah kerja Puskesmas II Denpasar terdiri dari dua kelurahan dan dua desa yaitu : Kelurahan Sanur, Kelurahan Renon, Desa Sanur Kauh dan Desa Sanur Kaja dengan 34 banjar. Puskesmas II Denpasar Selatan juga memiliki 3 Puskesmas Pembantu, yaitu Puskesmas Pembantu Renon, Puskesmas Pembantu Sanur Kauh dan Puskesmas Pembantu Sanur Kaja. Adapun batas wilayah Puskesmas II Denpasar Selatan adalah sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Kesiman (Wilayah Puskesmas I Dentim), sebelah timur berbatasan dengan Selat Badung, sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Sidakarya (Wilayah Puskesmas I Densel), dan sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Panjer (Wilayah Puskesmas I Densel) (Puskesmas Denpasar Selatan, 2019).

b. Demografi

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas II Denpasar Selatan pada tahun 2014 jumlah KK sebanyak 10.740 KK, sedangkan jumlah penduduk sebanyak 53.699. Pada tahun 2015 jumlah penduduk sebanyak 46.403 jiwa dengan jumlah KK sebanyak 8787 KK. Pada tahun 2016 jumlah penduduk sebanyak 41.765 jiwa, sedangkan jumlah KK sebanyak 8787 KK. Pada tahun 2017 jumlah penduduk sebanyak 58.151 jiwa, sedangkan jumlah KK sebanyak 12.234 KK. Sedangkan tahun 2018 jumlah penduduk sebanyak 68.606 jiwa, sedangkan jumlah KK sebanyak 13.722 KK. Bila dilihat perkembangan jumlah penduduk secara proyeksi statistik menunjukkan kenaikan jumlah penduduk sebanyak 10.455 jiwa (15%) dari jumlah penduduk pada tahun 2017. Peningkatan jumlah penduduk disebabkan karena terjadinya mobilitas penduduk yang cukup tinggi (Puskesmas Denpasar Selatan, 2019)

c. Sarana Pelayanan Kesehatan

Sarana pelayanan kesehatan mempunyai peranan yang sangat penting dalam pembangunan kesehatan. Di wilayah Puskesmas terdapat beberapa sarana pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta serta terdapat pula bentuk upaya kesehatan yang berbasis dan bersumber daya masyarakat seperti Posyandu. Sarana pelayanan kesehatan di wilayah Puskesmas II Denpasar Selatan yaitu terdiri dari milik pemerintah (1 puskesmas dan 3 puskesmas pembantu), milik swasta (9 dokter spesialis, 2 dokter umum, 1 dokter gigi, 30 bidan, 12 klinik, 11 apotek, 13 toko obat, 11 laboratorium, dan 1 rumah sakit), serta swadaya masyarakat (35 posyandu, 3 kelompok dana sehat) (Puskesmas Denpasar Selatan, 2019).

2. Karakteristik Responden

a. Umur

Kehamilan di bawah usia 20 tahun dapat menimbulkan banyak permasalahan karena bisa mempengaruhi organ tubuh seperti rahim, bahkan bayi bisa prematur dan berat lahir kurang. Hal ini disebabkan karena wanita yang hamil muda belum bisa memberikan suplai makanan dengan baik dari tubuhnya ke janin di dalam rahimnya (Raharjho, 2012). Begitu juga kehamilan di usia tua (di atas 35 tahun) akan menimbulkan kecemasan terhadap kehamilan dan persalinan serta alat-alat reproduksi ibu terlalu tua untuk hamil (Prawirohardjo, 2012). Setelah dilakukan pengumpulan data, didapatkan data karakteristik responden berdasarkan umur seperti yang terdapat pada tabel 3 .

Tabel 3
Sebaran Responden Menurut Umur

| Rentang umur (Thn) | f | % |
|--------------------|----|--------|
| < 20 | 2 | 2,20 |
| 20 - 35 | 75 | 83,50 |
| >35 | 13 | 14,30 |
| Jumlah | 90 | 100,00 |

Berdasarkan tabel 3, rata – rata umur responden adalah 30 tahun dengan umur terendah adalah 17 tahun dan tertinggi umur 45 tahun. Responden terbanyak ada pada kelompok umur 20 – 35 tahun sebanyak 76 responden (84,44%), sedangkan sebaran responden terendah ada pada kelompok umur < 20 tahun sebanyak 1 responden (1,11%).

b. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan responden merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi status gizi pada balita. Peranan orang tua sangat penting yaitu mengasuh, merawat dan mengasah anak selama dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya terutama ibu. Tingkat pendidikan ibu akan mempengaruhi sikap dan pola pikir ibu dalam memperhatikan asupan makanan balita mulai dari mencari, memperoleh dan menerima berbagai informasi mengenai pengetahuan tentang asupan makanan gizi balita sehingga akan mempengaruhi pemilihan makanan yang akan menentukan status gizi balitanya (Rozali, 2016).

Tabel 4
Sebaran Reponden Menurut Tingkat Pendidikan

| Pendidikan Terakhir | f | % |
|---------------------|----|--------|
| SD | 2 | 2,22 |
| SMP | 9 | 10,00 |
| SMA/SMK | 66 | 73,33 |
| Diploma | 5 | 5,56 |
| Sarjana | 8 | 8,89 |
| Jumlah | 90 | 100,00 |

Berdasarkan tabel 4, sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA yaitu 66 responden (73,33%), sedangkan responden yang memiliki frekuensi pendidikan terendah yaitu SD 2 responden (2,22%).

c. Pekerjaan

Bekerja berarti melaksanakan tugas yang di akhiri dengan hasil yang dapat dinikmati oleh orang yang bersangkutan. Faktor pendorong penting yang membuat manusia bekerja adalah kebutuhan yang harus dipenuhi. Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan status gizi balita.

Tabel 5
Sebaran Responden Menurut Pekerjaan

| Pekerjaan | f | % |
|----------------|----|--------|
| IRT | 23 | 25,56 |
| Pedagang | 5 | 5,56 |
| PNS | 2 | 2,22 |
| Wiraswasta | 46 | 51,11 |
| Pegawai swasta | 14 | 15,55 |
| Jumlah | 90 | 100,00 |

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan sebagian besar responden bekerja sebagai wiraswasta yaitu 46 reponden (51,11%), dan frekuensi pekerjaan terendah adalah PNS yaitu sebanyak 2 responden (2,22%).

3. Karakteristik Sampel

a. Umur sampel

Sampel adalah anak berumur dibawah 5 tahun. Rentang umur sampel yang diteliti yaitu umur 0 – 59 bulan yang dibagi menjadi 3 kelompok.

Tabel 6
Sebaran Sampel Menurut Kelompok Umur

| Kelompok Umur (bulan) | f | % |
|-----------------------|----|-------|
| 0 – 6 | 13 | 14,3 |
| 7 – 12 | 10 | 8,0 |
| 13 – 24 | 30 | 33,1 |
| 25 – 36 | 17 | 18,7 |
| 37 – 48 | 18 | 19,8 |
| 49 – 59 | 2 | 2,2 |
| Total | 90 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 6, rata-rata umur sampel adalah 15 bulan dengan umur terendah yaitu umur 0 bulan, dan tertinggi adalah umur 55 bulan. Sebagian besar umur sampel adalah 13 – 24 bulan yaitu 30 sampel (33,1%). Dan frekuensi umur terendah adalah umur 7 – 12 bulan sebanyak 10 sampel (8,0%), dan umur 49 – 59 bulan sebanyak 2 sampel (2,2%).

b. Jenis kelamin sampel

Berdasarkan tabel 7, jumlah sampel terbanyak menurut jenis kelamin yaitu perempuan sebanyak 47 sampel (52,2%), dan laki – laki sebanyak 43 sampel (47,8%).

Tabel 7
Sebaran Sampel Menurut Jenis Kelamin

| Jenis Kelamin | f | % |
|---------------|----|-------|
| Laki – laki | 43 | 47,8 |
| Perempuan | 47 | 52,2 |
| Total | 90 | 100,0 |

4. Hasil Penelitian Berdasarkan Variabel Penelitian

a. Umur Kehamilan

Umur kehamilan adalah lamanya janin dalam kandungan mulai dari ovulasi sampai partus, yang di kelompokkan menjadi dua yaitu 28 -37 minggu prematur dan 38 – 42 minggu aterm.

Tabel 8
Sebaran Sampel Menurut Umur Kehamilan

| Umur Kehamilan | f | % |
|----------------|----|-------|
| Prematur | 29 | 32,2 |
| Aterm | 61 | 67,8 |
| Total | 90 | 100,0 |

Tabel 8, menggambarkan 29 sampel (32,2%) lahir prematur (tidak cukup bulan) dan 61 sampel (67,8%) lahir aterm (cukup bulan). Dengan adanya sampel yang masih lahir prematur menunjukkan adanya berbagai macam faktor yang mempengaruhi kehamilan baik faktor ibu itu sendiri maupun lingkungan sekitar.

b. Paritas

Paritas merupakan banyaknya kelahiran anak seorang ibu, yang di kelompokkan menjadi primipara (1 kali melahirkan) dan multipara (2-4 kali melahirkan).

Tabel 9
Sebaran Sampel Menurut Paritas

| paritas | f | % |
|-----------|----|-------|
| Premipara | 36 | 40,0 |
| Multipara | 54 | 60,0 |
| Total | 90 | 100,0 |

Tabel 9, menggambarkan 36 sampel (40,0%) primipara (kelahiran pertama) dan 54 sampel (60,0%) multipara (kelahiran ke 2-4).

c. Berat Badan Lahir (BBL)

Berat badan lahir di kelompokkan menjadi berat badan lahir rendah (<2500 gram) dan berat badan lahir normal (\geq 2500 gram).

Tabel 10
Sebaran Sampel Menurut Berat Badan Lahir

| BBL | f | % |
|--------|----|-------|
| Rendah | 10 | 11,1 |
| Normal | 80 | 88,9 |
| Total | 90 | 100,0 |

Tabel 10, menggambarkan 10 sampel (11,1%) mengalami berat badan lahir rendah dan 80 sampel (88,9%) berat badan lahir normal. Berat badan lahir rendah akan berdampak pada kesehatan dan status gizi balita.

d. Status Gizi

Status gizi diperoleh dengan menggunakan indikator berat badan menurut umur yang dibandingkan dengan standar WHO 2005, dengan melihat Z-Score.

Tabel 11
Sebaran Sampel Menurut Status Gizi BB/U

| BB/U | f | % |
|-------------|----|-------|
| Gizi kurang | 5 | 5,6 |
| Gizi baik | 82 | 91,1 |
| Gizi lebih | 3 | 3,3 |
| Total | 90 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 11, menunjukkan 5 sampel (5,6%) berstatus gizi kurang dikarenakan berat badan anak tidak sesuai dengan umur. Dan 3 sampel (3,3%) status gizi lebih.

5. Hasil Analisis Data

a. Hubungan Umur kehamilan Dengan Berat Badan Lahir

Berat badan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah umur kehamilan. Usia kehamilan merupakan faktor penting yang mempengaruhi kejadian BBLR. Menurut teori Back dan Rosenthal yang menyatakan bahwa berat badan bayi bertambah sesuai dengan umur kehamilan, faktor umur kehamilan mempengaruhi kejadian BBLR karena semakin pendek masa kehamilan maka semakin kurang sempurna pertumbuhan organ dalam tubuhnya, sehingga akan turut mempengaruhi berat lahir bayi (Fatimah, 2017).

Tabel 12
Distribusi Sampel Menurut Berat Badan Lahir Berdasarkan Umur Kehamilan

| Umur Kehamilan | Berat Badan Lahir | | | | | |
|-------------------|-------------------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Rendah | | Normal | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Prematur | 9 | 90,0 | 20 | 25,0 | 29 | 32,2 |
| Aterm | 1 | 10,0 | 60 | 75,0 | 61 | 67,8 |
| Total | 10 | 100,0 | 80 | 100,0 | 90 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 12, menunjukkan 20 sampel (25,0%) yang lahir prematur dengan berat lahir normal, dan 60 sampel (75,0%) yang lahir aterm dengan berat badan lahir normal. Untuk mengetahui hubungan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir balita maka data yang ada dianalisis dengan korelasi Pearson. Berdasarkan hasil

analisis statistik maka diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,002 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir. Pearson correlation (r hitung) 0,315 lebih besar dari r tabel 0,207 menandakan ada hubungan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir.

b. Hubungan Paritas Dengan Berat Badan Lahir

Berat badan lahir dapat disebabkan oleh paritas (jumlah kelahiran). Paritas bukan merupakan faktor risiko akan tetapi merupakan faktor protektif (Fatimah, 2017).

Tabel 13
Distribusi Sampel Menurut Berat Badan Lahir Berdasarkan Paritas

| Paritas | Berat Badan Lahir | | | | | |
|-----------|-------------------|-------|--------|-------|----|-------|
| | Rendah | | Normal | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Premipara | 6 | 60,0 | 30 | 37,5 | 36 | 40,0 |
| Multipara | 4 | 40,0 | 50 | 62,5 | 54 | 60,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 80 | 100,0 | 90 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 13 menunjukkan bahwa 30 sampel (37,5%) kelahiran pertama berat badan lahir normal dan 50 sampel (62,5%) kelahiran 2-4 berat badan lahir normal. Untuk mengetahui hubungan antara paritas dengan berat badan lahir balita maka data yang ada dianalisis dengan korelasi Pearson. Berdasarkan hasil analisis statistik maka diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,761 sehingga dapat disimpulkan bahwa

tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan berat badan lahir. Pearson correlation (r hitung) 0,033 lebih kecil dari r tabel 0,207 menandakan tidak ada hubungan antara paritas dengan berat badan lahir.

c. Hubungan Berat Badan Lahir Dengan Status Gizi

Status gizi dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah berat badan lahir anak. Balita yang lahir dengan berat badan lahir rendah maupun normal memiliki peluang yang sama untuk menjadi gemuk atau kurus (Asrinah, 2010).

Tabel 14
Distribusi Sampel Menurut Status Gizi Berdasarkan Berat Badan Lahir

| Berat Badan Lahir | Status Gizi | | | | | | | |
|-------------------|-------------|-------|------|-------|-------|-------|----|-------|
| | Kurang | | Baik | | Lebih | | f | % |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Rendah | 2 | 40,0 | 8 | 9,8 | 0 | 0 | 10 | 11,1 |
| Normal | 3 | 60,0 | 74 | 90,2 | 3 | 100,0 | 80 | 88,9 |
| Total | 5 | 100,0 | 82 | 100,0 | 3 | 100,0 | 90 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 14, dapat diketahui bahwa 8 sampel (9,8%) dengan berat badan lahir rendah berstatus gizi baik dan 74 sampel (90,2%) dengan berat badan lahir normal berstatus gizi baik. Untuk mengetahui hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi balita maka data yang ada dianalisis dengan korelasi Pearson. Berdasarkan hasil analisis statistik maka diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,007 sehingga dapat

disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan status gizi balita. Pearson correlation (r hitung) 0,284 lebih besar dari r tabel 0,207 menandakan ada hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi.

B. Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan masih ditemukan balita dengan berat badan lahir rendah yaitu sebesar 11,1% dimana lebih tinggi dari profil kesehatan kota Denpasar yang sebesar 1,2% tahun 2017, dan lebih tinggi dari riskesdas provinsi Bali tahun 2013 yaitu 8,8%. Balita dengan berat badan lahir rendah rata rata berumur 25 – 36 bulan dan 37 – 48 bulan. Masih ditemukan balita yang berstatus gizi kurang yaitu sebesar 5,6%, dan berstatus gizi lebih yaitu sebesar 3,3%, dimana status gizi kurang dibawah prevalensi provinsi Bali yaitu 13,2% riskesdas tahun 2013 dan status gizi lebih dibawah prevalensi provinsi Bali yaitu 5,5% riskedas tahun 2013. Balita dengan status gizi kurang rata rata berumur 37 – 48 bulan.

Pada tabel 12, dapat diketahui 20 balita (25,0%) yang lahir prematur dengan berat lahir normal, dan 60 balita (75,0%) yang lahir aterm dengan berat badan lahir normal. Hubungan antara variabel dianalisis dengan korelasi Pearson diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,002 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir. Pearson correlation (r hitung) 0,315 lebih besar dari r tabel 0,207 menandakan ada hubungan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir. Dengan adanya balita yang masih lahir prematur menunjukan adanya berbagai macam faktor yang mempengaruhi kehamilan baik faktor

ibu itu sendiri (stress, asupan zat gizi, dan status gizi), maupun lingkungan sekitar (ketersediaan pangan, dukungan keluarga, keadaan ekonomi, dan fasilitas kesehatan), sehingga mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan maupun asupan janin yang berdampak pada berat badan lahir rendah.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Nurahmawati (2010) di Desa Ngetos, Kabupaten Nganjuk bahwa terdapat hubungan antara umur kehamilan dengan berat badan lahir. Kehamilan antara 28 sampai dengan 37 minggu akan mempengaruhi viabilitas (kelangsungan hidup) bayi yang dilahirkan, karena bayi yang terlalu muda mempunyai prognosis buruk (Nurahmawati, 2010).

Pada tabel 13, menunjukkan bahwa 30 balita (37,5%) kelahiran primipara dengan berat badan lahir normal dan 50 balita (62,5%) kelahiran multipara dengan berat badan lahir normal. Hubungan antara variabel dianalisis dengan korelasi Pearson diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,761 sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara paritas dengan berat badan lahir. Pearson correlation (r hitung) 0,033 lebih kecil dari r tabel 0,207 menandakan tidak ada hubungan antara paritas dengan berat badan lahir. Hal ini karena paritas (jumlah kelahiran) hanya mempengaruhi kesiapan dari seorang ibu (untuk hamil lagi maupun pada saat mau melahirkan), tetapi tidak berpengaruh secara kusus pada berat badan lahir.

Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi Nurahmawati (2010) di Desa Ngetos, Kabupaten Nganjuk bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan berat badan lahir diperoleh hasil 60% responden memiliki paritas

sama dengan atau lebih dari tiga. Bahwa berat badan bayi saat lahir dipengaruhi oleh kehamilan yang berulang-ulang menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus sehingga mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya. Rangkaian peristiwa ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR (Nurahmawati, 2010). Penelitian ini juga berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Rona Firmana Putri (2014) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan berat badan lahir. Dimana persentase ibu dengan jumlah anak > 2 orang lebih banyak menderita status gizi kurang yaitu 50,8% dibandingkan dengan ibu yang jumlah anaknya ≤ 2 orang yaitu 31,5% (Rona Firmana, Sulastri, & Lestari, 2014).

Pada tabel 14, terdapat 8 balita (9,8%) dengan berat badan lahir rendah berstatus gizi baik dan 74 balita (90,2%) dengan berat badan lahir normal berstatus gizi baik. Hubungan antara variabel dianalisis dengan korelasi Pearson dapat diketahui nilai signifikan (2-tailed) adalah 0,007 sehingga disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan status gizi balita. Pearson correlation (r hitung) 0,284 lebih besar dari r tabel 0,207 menandakan ada hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi. Hal ini karena, anak dengan berat badan lahir rendah dan tidak dibarengi dengan pemberian nutrisi yang baik maka memiliki resiko yang lebih besar mengalami status gizi kurang. Selain itu, faktor lain yang mempengaruhi status gizi balita seperti penyakit infeksi (cacangan) yang dapat mempengaruhi penyerapan zat gizi dalam tubuh, keadaan ekonomi keluarga, tingkat pendidikan, dan ketersediaan pangan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arnisam (2007) yang dapat membuktikan adanya hubungan BBLR dengan status gizi. BBLR mempunyai risiko 3,34 kali lebih besar untuk mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan anak yang tidak BBLR (Arnisam, 2007). Anak yang terlahir dengan status BBLR cenderung akan mengalami kesulitan dalam belajar, gangguan fungsi otak, gangguan kesehatan mental, serta masalah-masalah perkembangan dan perilaku lainnya. Bayi yang lahir dengan berat badan rendah menandakan kurang terpenuhinya kebutuhan zat gizi pada saat kehamilan atau lahir dari ibu penderita KEK (Khusarisupeni, 2006). Berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Patandianan (2014) Tidak adanya hubungan antara berat badan lahir dengan status gizi ($p > 0,05$). Namun ada korelasi yang positif atau searah antara berat lahir dan status gizi. Artinya, semakin besar nilai berat lahir semakin besar pula nilai status gizi (Patandianan et al., 2015).

Selain factor internal dan eksternal dari sampel penelitian, hasil penelitian ini kemungkinan juga dipengaruhi oleh metode penelitian itu sendiri seperti, kurangnya jumlah sampel, kurang meratanya pengambilan sampel, dan keterbatasan waktu penelitian.