

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH  
DI RSU LASINRANG KABUPATEN PINRANG  
JANUARI 2012 – JULI 2013**

*RISK FACTORS ON THE OCCURRENCE OF LOW BIRTH  
WEIGHT INFANTS IN LASINRANG HOSPITAL OF PINRANG  
REGENCY FROM JANUARY 2012 TO JULY 2013*

**SAKRIANI**



**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2013**

**FAKTOR RISIKO KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH  
DI RSU LASINRANG KABUPATEN PINRANG  
JANUARI 2012 – JULI 2013**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**SAKRIANI**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sakriani  
NIM : P1804211007  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

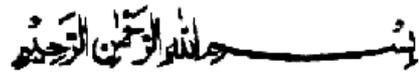
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2013

Yang menyatakan

Sakriani

## PRAKATA



Alhamdulillah, Segala puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan karunia dan rahmatnya atas kesehatan dan kemampuan berpikir kepada penulis. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW.

Alhamdulillahirabbil'alamin, akhirnya penulisan tesis, dengan judul **Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 - Juli 2013** dapat terselesaikan, guna memenuhi syarat dalam menyelesaikan pendidikan Magister di Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari akan ketidaksempurnaan tesis ini, baik dari isi maupun dalam bentuk penyajiannya. Untuk itu penulis dengan segala kerendahan hati mengharapkan saran dan kritik yang bersifat konstruktif demi kesempurnaan.

Dalam proses penyelesaian ini, selama menempuh pendidikan kurang lebih 2 tahun di Program Pascasarjana UNHAS, saat penelitian maupun saat penulisan tesis ini penulis telah banyak mendapat bantuan, dukungan, motivasi dan doa dari berbagai pihak. Dan hal ini merupakan suatu kebahagiaan yang saya akan syukuri sepanjang hidup saya.

Penghargaan yang sebesar-besarnya saya haturkan kepada kedua orang tua saya, **H. Jamaluddin** dan **Hj. Ramliah** yang senantiasa memberikan segala bentuk dukungan hingga saat ini.

Pada kesempatan ini tak lupa pula penulis menyampaikan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Prof.Dr.H.Ridwan A,SKM,M.Kes,M.SC.PH selaku Pembimbing I dan Bapak Dr. dr. Syamsiar S. Russeng, MS selaku Pembimbing II atas segala waktu, tenaga dan pikiran yang telah diberikan dalam membimbing dan mengarahkan saya sehingga penyusunan tesis ini dapat terselesaikan.
2. Bapak Prof. Dr. drg.H. A. Arsunan Arsin, M.Kes selaku penguji dan ketua konsentrasi epidemiologi, Ibu Ida Leida Maria, SKM, MKM, M.ScPH dan Bapak Prof. Dr. dr. H. Buraerah H. Abd. Hakim, M.Sc selaku TIM penguji atas segala saran dan kritikan yang membangun demi kesempurnaan penyusunan tesis ini.
3. Prof. Dr.dr. H. Alimin Maidin, MPH, Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan stafnya yang telah membantu penulis selama masa pendidikan.
4. Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
5. Prof. Dr. Ir. H. Mursalim selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin dan Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, Sp.BO, selaku rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam waktu yang telah ditentukan.
6. Kepala Ruangan Kamar Bersalin, Kepala Ruangan Perinatologi, dan Kepala Ruangan Asoka, Kak Raskina, dan para responden yang telah banyak membantu pada saat penelitian.

7. Rekan-rekan Pascasarjana Epidemiologi Reguler 2011 terima kasih atas kebersamaan, kekompakan, bantuan serta motivasi yang diberikan hingga akhir.
8. Semua pihak yang tidak sempat penulis sebutkan namanya, atas segala dukungan dan bantuannya dalam proses penyusunan tesis ini.

Akhir kata semoga Ilmu dan pengetahuan yang telah diperoleh dan dititipkan dapat bermanfaat baik di dunia maupun di akhirat. ***Amin yarabbil'alamin ...***

Makassar, 15 Agustus 2013

**SAKRIANI**

## ABSTRAK

Sakriani. *Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 – Juli 2013* (dibimbing oleh **Ridwan Amiruddin** dan **Syamsiar Russeng**)

Bayi berat lahir rendah sering mengalami masalah kesehatan baik pada masa bayi, anak-anak, dan dewasa. Terjadi peningkatan kasus BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang, yakni 7,35%(2011) menjadi 10,56% (2012). Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 – Juli 2013.

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan rancangan *Case Control Study*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 – Juli 2013 sebanyak 312 responden yang terdiri dari 78 Kasus dan 234 Kontrol. Penarikan sampel dengan cara *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan anemia (OR=2,77 ; 95%CI 1,582 – 4,853), tabu makanan (OR=5,07 ; 95%CI 2,512 – 10,238), keterpaparan asap rokok (OR=4,02 ; 95%CI 2,189 – 7,576), kunjungan ANC (OR=2,84 ; 95%CI 1,607 – 4,988), dan kehamilan yang tidak diinginkan (OR=6,59 ; 95%CI 1,711 – 25,364) berisiko terhadap kejadian BBLR. Sedangkan Akses (OR=1,37 ; 95%CI 0,789 – 2,369) dan Dukungan Suami (OR=0,83 ; 95%CI 0,479 – 1,431) tidak berisiko terhadap kejadian BBLR. Berdasarkan hasil uji multivariat diperoleh tabu makanan (OR=5,30 ; 95%CI 2,523 – 11,007) sebagai faktor yang paling berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 – Juli 2013.

Tabu makanan adalah faktor yang paling berpengaruh, sehingga tabu makanan harus ditangani terlebih dahulu. Kesalahpahaman mengenai tabu makanan selama hamil dapat diselesaikan dengan pendidikan kesehatan bagi ibu tersebut.

Kata Kunci: BBLR, anemia, tabu, ANC, Aksesibilitas, KTD.

## ABSTRACT

Risk Factors for Low Birth Weight at Lasinrang Public Hospital in Pinrang Regency on January 2012 – July 2013.

Infants born low birthweight often experience negative health outcomes through infancy, childhood and adolescence. It's percentage on 2011 was 7,35% and increased to be 10,56% on 2012. The aim of this study is to analyze the risk factors of low birth weight Lasinrang Hospital on January 2012 – July 2013.

This study is a case control study. Sample of this study was 312 mother who delivered her baby at Lasinrang Hospital on January 2012 – July 2013, consist of 78 cases and 234 controls.

Based on odds ratio analysis, anemia (OR=2,77 ; 95%CI 1,582 – 4,853), food taboo (OR=5,07 ; 95%CI 2,512 – 10,238), tobacco exposure (OR=4,02 ; 95%CI 2,189 – 7,576), number of antenatal care visits (OR=2,84 ; 95%CI 1,607 – 4,988), and unwanted pregnancy (OR=6,59 ; 95%CI 1,711 – 25,364) are statistically significant as risk of low birth weight. while antenatal accessibility (OR=1,37 ; 95%CI 0,789 – 2,369) and husband support (OR=0,83 ; 95%CI 0,479 – 1,431) are risk but not statistically significant. Logistic regression analysis showed that the most significant risk factor associated with low birth weight is food taboo (OR=5,30 ; 95%CI 2,523 – 11,007).

Food taboo is the most significant risk factor, that is why food taboo must be solved first. Misconception about food taboo during pregnancy must be solved by educating pregnant woman about that.

Keywords : LBW, anemia, taboo, ANC, accessibility, unwanted pregnancy.

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGANTAR .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
PRAKATA .....	v
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xviii
BAB I PENDAHULUAN .....	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	
A. Tinjauan Umum Tentang BBLR .....	9
B. Tinjauan Umum Tentang Anemia .....	12

C. Tinjauan Umum Tentang Tabu Makanan .....	14
D. Tinjauan Umum Tentang Keterpaparan Asap Rokok .....	17
E. Tinjauan Umum Tentang Antenatal Care (ANC) .....	20
F. Tinjauan Umum Tentang Aksesibilitas Layanan Antenatal .....	26
G. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Suami .....	27
H. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan yang Tidak Diinginkan .....	29
I. Kerangka Teori .....	32
J. Kerangka Konsep .....	33
K. Definisi Operasional .....	34
L. Hipotesis Penelitian .....	38
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	39
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	41
C. Populasi dan Sampel .....	41
D. Perhitungan Besar Sampel .....	43
E. Cara Penarikan Sampel .....	44
F. Alur Penelitian .....	45
G. Instrumen Penelitian .....	46
H. Pengumpulan Data .....	46
I. Pengolahan Data .....	46
J. Analisis dan Penyajian Data .....	47
K. Kontrol Kualitas dan Etika Penelitian .....	49
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	

A. Gambaran Umum Lokasi .....	52
B. Hasil .....	54
C. Pembahasan .....	75
D. Keterbatasan Penelitian .....	85
BAB V PENUTUP .....	
A. Kesimpulan .....	86
B. Saran .....	86
DAFTAR PUSTAKA .....	
LAMPIRAN .....	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Sintesa Risiko Anemia Terhadap Kejadian BBLR.....	13
Tabel 2.2 Berbagai Tabu Makanan dan Alasannya .....	15
Tabel 2.3 Tabel Sintesa Risiko Keterpaparan Asap Rokok Terhadap Kejadian BBLR .....	19
Tabel 2.4 Tabel Sintesa Faktor ANC Terhadap Kejadian BBLR .....	25
Tabel 3.1 3.1 Tingkat Reliabilitas Instrumen .....	51
Tabel 4.1 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Pendidikan .....	55
Tabel 4.2 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Jenis Pekerjaan .....	56
Tabel 4.3 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Pekerjaan Suami .....	57
Tabel 4.4 Hubungan Anemia dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	60
Tabel 4.5 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 Berdasarkan tabu makanan .....	60
Tabel 4.6 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 Berdasarkan Jenis Makanan yang Dipantang .....	61
Tabel 4.7 Hubungan Tabu Makanan dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	62
Tabel 4.8 Hubungan Keterpaparan Asap Rokok dengan Kejadia BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	62
Tabel 4.9 Hubungan Frekuensi Kunjungan ANC dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	63

Tabel 4.10 Kejadian BBLR berdasarkan Akses Pemeriksaan Kehamilan pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang Pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	64
Tabel 4.11 Hubungan Akses Pemeriksaan Kehamilan dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	65
Tabel 4.12 Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Suami pada Kelompok Kasus dan Kontrol .....	66
Tabel 4.13 Hubungan Dukungan Suami dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	67
Tabel 4.14 Hubungan Kehamilan yang Tidak Diinginkan dengan Kejadian BBLR pada Ibu yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	67
Tabel 4.15 Hasil Analisis Stratifikasi Frekuensi Kunjungan ANC dengan Kejadian BBLR berdasarkan Kehamilan yang Tidak Diinginkan .....	68
Tabel 4.16 Hasil Analisis Interaksi Frekuensi Kunjungan ANC dengan Kehamilan yang Tidak Diinginkan terhadap Kejadian BBLR .....	69
Tabel 4.17 Hasil Analisis Bivariat Faktor Risiko Kejadian BBLR Di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 .....	70
Tabel 4.18 Hasil Analisis Multivariat Faktor Risiko Kejadian BBLR Di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 (Step 1)	71
Tabel 4.19 Hasil Analisis Multivariat Faktor Risiko Kejadian BBLR Di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 (Step 2)	72
Tabel 4.20 Hasil Analisis Multivariat dengan berdasarkan Nilai Koefisien Faktor Risiko Kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Januari 2012 – Juli 2013 ....	73

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	32
Gambar 2.2 Kerangka Konsep .....	33
Gambar 3.1 Skema Dasar Studi Kasus Kontrol .....	39
Gambar 4.1 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Umur .....	54
Gambar 4.2 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Pekerjaan .....	56
Gambar 4.3 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Kelahiran Prematur .....	58
Gambar 4.4 Distribusi Responden yang Melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013 berdasarkan Paritas .....	59

## DAFTAR SINGKATAN

- ANC : Antenatal Care
- BBLN : Bayi Berat Lahir Normal
- BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah
- CO : Carbon Monoxide
- CRH : Corticotropine Releasing Hormone
- DHA : Docosahexaenoic Acid
- EPA : Eicosapentaenoic Acid
- Hb : Hemoglobin
- HPHT : hari Pertama Haid Terakhir
- IAP : Indoor Air Pollution
- IMT : Indeks Massa Tubuh
- IUGR : Intrauterine Growth Retardation
- KB : Keluarga Berencana
- KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
- KTD : Kehamilan yang Tidak Diinginkan
- LL : Lower Limit
- MH : Mantel Haenszels
- OR : Odds Ratio
- PNS : Pegawai Negeri Sipil
- PRAM: Pregnancy Risk Assesment Monitoring
- RSU : Rumah Sakit Umum
- SD : Sekolah Dasar

SDKI : Survei Demografi Kesehatan Indonesia

SMA : Sekolah Menengah Atas

SMP : Sekolah Menengah Pertama

TNI : Tentara Nasional Indonesia

TT : Tetanus Toksoid

UL : Upper Limit

WHO : World Health Organization

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Informed Consent*
- Lampiran 2 Kuesioner
- Lampiran 3 Cara Perhitungan Skor Tabu Makanan
- Lampiran 4 Tabel Hasil Perhitungan Skor Tabu Makanan
- Lampiran 5 Master Tabel
- Lampiran 6 Hasil Analisis Data
- Lampiran 7 Surat Keterangan Telah Melakukan Pengambilan Data
- Lampiran 8 Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 9 Rekomendasi Penelitian Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 10 Rekomendasi Penelitian Bapeda Kabupaten Pinrang
- Lampiran 11 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Dalam profil kesehatan Sulawesi Selatan (Sulsel) dijelaskan bahwa penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah disebabkan karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan Berat Badan Lahir Rendah (Profil Kesehatan Kesehatan Sulsel, 2008) sehingga segala usaha untuk menurunkan angka kematian bayi akibat BBLR akan sangat berarti.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ragouilliaux et al. (2012) menunjukkan bahwa dari 16 bayi yang mengalami perforasi intestinal spontan, 25% di antaranya mengalami kematian, bayi yang mengalami perforasi intestinal spontan tersebut adalah bayi berat lahir rendah. Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Boalemo Gorontalo menunjukkan bahwa sebesar 54,7% (41 kasus) bayi dengan berat badan lahir <2500 gram mengalami kematian neonatal dengan risiko 10 kali lebih besar (Ibrahim, 2011). Bayi berat lahir rendah tidak hanya berdampak pada kematian neonatal saja, tetapi juga dapat berakibat jangka panjang terhadap tumbuh kembang anak dan memiliki risiko penyakit jantung dan diabetes di masa yang akan datang (Setyoewati, 2001 dalam Trihardani,

2011). Bayi berat lahir rendah memiliki dampak negatif terhadap kesehatannya, baik pada masa bayi, anak-anak, maupun dewasa. Pada masa bayi berdampak pada kematian dan masalah pernafasan, sedangkan pada masa dewasa bayi berat lahir rendah lebih bersiko menderita hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung koroner (Jackson, Wei, dan Chen, 2008).

Dampak dari BBLR (kematian neonatal dan penyakit kronik) yang terjadiannya masih cukup tinggi merupakan masalah kesehatan masyarakat. Di negara yang sedang berkembang, khususnya di Asia dan Afrika. Diperkirakan bahwa lebih dari 20 juta bayi di seluruh dunia, sebesar 15,5% dari bayi yang lahir tersebut mengalami BBLR, sedangkan di Asia Tenggara, dari 11.743 bayi lahir hidup, sebesar 11,6% yang mengalami BBLR (WHO, 2004).

Menurut Departemen Kesehatan (Depkes) pada tahun 2004 kejadian BBLR di Indonesia mencapai angka 350 ribu bayi setiap tahunnya. Pada tahun 2007 SDKI menyatakan kematian bayi akibat BBLR 29% (Nadhifah, Yasin, Sugito, 2012). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 melaporkan dari 84,8% bayi yang ditimbang, masih dijumpai 11,1% BBLR.

Bayi berat lahir rendah (BBLR) di Sulawesi Selatan pada tahun 2007 sebanyak 2.416 bayi (1,56%) dari total bayi yang lahir (Profil Dinas Kesehatan Tahun 2007), pada tahun 2008 sebanyak 1998 kasus (1,36%) dari total bayi lahir (Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2008), dan pada tahun

2009 sebanyak 2.040 kasus (1,36% dari total bayi yang lahir) (Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2009), dan pada tahun 2010 sebanyak 2.412 (1,73%) dari dari total kelahiran (Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2010). Dari seluruh kabupaten/kota di Sulawesi Selatan, Kabupaten Pinrang masuk dalam sepuluh besar untuk kasus BBLR. Berdasarkan Profil Kesehatan Sulawesi Selatan diketahui bahwa terjadi peningkatan kasus dari 2009 ke 2010, yakni dari 2,11% menjadi 2.35%. Peningkatan kasus ini diikuti pula peningkatan rangking kasus BBLR di Kabupaten Pinrang untuk tingkat provinsi, yakni dari rangking IX menjadi rangking VII. Rumah Sakit Umum Lasinrang merupakan rumah sakit rujukan di Kabupaten Pinrang dan pada rumah sakit tersebut juga terjadi peningkatan kasus BBLR. Data dari Bagian Kebidanan dan Perinatologi RSUD Lasinrang menunjukkan bahwa pada tahun 2010 angka kejadian BBLR di rumah sakit tersebut sebesar 7,53% (90 kasus dari 1196 kelahiran), pada tahun 2011 sebesar 7,35% (85 dari 1157 kelahiran), dan pada tahun 2012 sebesar 10,26% (112 kasus dari 1096 kelahiran).

Kejadian BBLR disebabkan oleh berbagai faktor risiko, di antaranya adalah faktor herediter (biologi manusia) anemia, tabu makanan, aksesibilitas pelayanan kesehatan (faktor geografis dan dukungan suami), frekuensi kunjungan antenatal, keterpaparan asap rokok, dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Mumbare, et al. (2012) menemukan bahwa ibu yang mengalami anemia 3,36 kali lebih berisiko melahirkan

BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia. Anemia ibu hamil ini disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya konsumsi tablet besi kurang (<90 tablet selama kehamilan), antenatal care, dan asupan gizi yang disebabkan oleh perilaku ibu yang menghindari makanan tertentu selama kehamilan (tabu makanan).

Penelitian di Jeneponto menunjukkan bahwa terdapat beberapa makanan yang ditabukan bagi ibu hamil karena dipercaya bahwa makanan tersebut dapat berdampak pada bayi yang dilahirkan, misalnya akan terjadi keguguran, bayi yang dilahirkan besar, anaknya akan jadi hitam. Makanan yang ditabukan tersebut banyak mengandung protein (Sukandar, 2007). Hal tersebut dapat menyebabkan buruknya status gizi ibu hamil dan berdampak pada bayi yang dilahirkan, yakni BBLR. Penelitian yang dilakukan oleh Abeng (2012) menunjukkan bahwa sebesar 28,36% ibu yang memiliki pantangan makanan (tabu makanan) melahirkan BBLR.

Masalah lainnya yang dapat menyebabkan BBLR adalah kehamilan yang tidak diinginkan. Sebesar 19,40% ibu dengan kehamilan yang tidak diinginkan melahirkan BBLR (Abeng, 2012). Kehamilan yang tidak diinginkan ini akan berdampak pada perawatan semasa kehamilan dan pemanfaatan layanan antenatal.

Penelitian yang dilakukan oleh Kasriani (2009) menunjukkan bahwa sebesar 64,9% ibu dengan ANC <4 kali dan 9 kali lebih berisiko melahirkan BBLR di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. Pemanfaatan

layanan antenatal dapat dipengaruhi oleh faktor geografis dan dukungan dari orang terdekat, yakni suami.

Data-data tersebut menunjukkan bahwa masalah anemia, tabu makanan, aksesibilitas pelayanan kesehatan (faktor geografis dan dukungan suami), frekuensi kunjungan antenatal, keterpaparan asap rokok, dan kehamilan yang tidak diinginkan dapat menyebabkan terjadinya BBLR. Oleh sebab itu, perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui apakah masalah tersebut juga merupakan faktor risiko BBLR di Kabupaten Pinrang khususnya pada ibu yang melahirkan di RSUD Lasirang.

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana risiko anemia terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasirang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
2. Bagaimana tabu makanan selama kehamilan berisiko terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasirang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
3. Bagaimana risiko keterpaparan asap rokok terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasirang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
4. Bagaimana risiko frekuensi kunjungan ANC terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasirang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?

5. Bagaimana risiko aksesibilitas layanan antenatal terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
6. Bagaimana risiko dukungan suami terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
7. Bagaimana risiko kehamilan yang tidak diinginkan terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013?
8. Variabel apa yang paling besar risikonya terhadap BBLR?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis besar risiko dan faktor risiko apa yang paling besar risikonya terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis besar risiko anemia terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- b. Untuk menganalisis besar risiko tabu makanan selama kehamilan terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- c. Untuk menganalisis besar risiko keterpaparan asap rokok terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.

- d. Untuk menganalisis besar risiko frekuensi kunjungan ANC terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- e. Untuk menganalisis besar risiko aksesibilitas layanan antenatal terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- f. Untuk menganalisis besar risiko dukungan suami terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- g. Untuk menganalisis besar risiko kehamilan yang tidak diinginkan terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
- h. Untuk menentukan faktor yang paling besar risikonya terhadap kejadian BBLR di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat secara ilmiah**

Memberikan kontribusi terhadap ilmu kesehatan masyarakat terutama dalam mengetahui faktor-faktor risiko kejadian BBLR.

##### **2. Manfaat secara institusi**

Bahan masukan bagi instansi kesehatan sebagai bahan pertimbangan dalam menangani masalah BBLR.

### 3. Manfaat secara praktis

Pengalaman ilmiah yang sangat berharga bagi peneliti dan sebagai sarana dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan yang diperoleh selama pendidikan dan mengaplikasikannya dengan penelitian dilapangan.

### 4. Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan tentang faktor risiko kejadian BBLR.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang BBLR**

##### **1. Definisi BBLR**

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (WHO, 1961 dalam Proverawati dan Ismawati, 2010).

##### **2. Klasifikasi BBLR**

Secara umum BBLR dibagi menjadi dua, yaitu bayi prematur dan bayi kecil untuk masa kehamilan.

###### **a. Bayi prematur**

Makin rendah masa gestasi dan makin kecil bayi yang dilahirkan makin tinggi morbiditas dan mortalitasnya. Dengan pengelolaan yang optimal dan dengan cara – cara yang kompleks serta menggunakan peralatan yang memadai, gangguan yang berhubungan dengan bayi prematur dapat diatasi.

Berdasarkan batas timbulnya permasalahan pada derajat prematuritas, dapat digolongkan dalam tiga kelompok, yaitu:

- 1) Bayi yang sangat prematur, dengan masa gestasi 24 – 30 minggu
- 2) Bayi dengan derajat prematur sedang, yaitu masa gestasi 31 – 36 minggu

3) *Borderline premature*, yaitu bayi dengan masa gestasi 37 – 38 minggu.

b. Bayi kecil untuk masa kehamilan

Bayi kecil masa kehamilan sering disebut juga sebagai *intrauterine growth retardation* (IUGR), ada 2 bentuk IUGR yaitu:

- 1) *Proportionate* IUGR, janin lahir dengan berat, panjang, dan lingkaran kepaladalam proporsi yang seimbang, akan tetapi keseluruhannya masih dibawah masa gestasi yang sebenarnya
- 2) *Dispropotionate* IUGR, janin lahir dengan panjang dan lingkaran kepala normal akan tetapi berat tidak sesuai dengan masa gestasi (Sistirani, 2008).

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dapat diklasifikasikan menjadi tiga yaitu:

- a. Berat bayi lahir rendah (BBLR) : Berat Badan < 2500 gram
- b. Berat bayi lahir sangat rendah (BBLSR) : Berat Badan 1000 – 1500 gram
- c. Berat bayi lahir amat sangat rendah (BBLER) : Berat Badan < 1000 gram.

3. Tanda-Tanda BBLR

Bayi yang lahir dengan berat badan rendah mempunyai ciri-ciri:

- a. Umur kehamilan sama dengan atau kurang dari 37 minggu
- b. Berat Badan < 2500 gr,

- c. Panjang badan  $\leq 46$  cm, lingkar kepala  $\leq 33$  cm, lingkaran dada  $\leq 30$  cm.
- d. Rambut lanugo masih banyak
- e. Jaringan lemak subkutan tipis atau kurang
- f. Letak kuping menurun
- g. Tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya
- h. Tumit mengkilap, telapak kaki halus
- i. Genitalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki)
- j. Tonus otot lemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakannya lemah.
- k. Fungsi syaraf yang belum atau tidak efektif dan tangisnya lemah
- l. Jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang
- m. Verniks kaseosa tidak ada atau sedikit bila ada (Proverawati dan Ismawati, 2010).

#### 4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian BBLR

Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR adalah sebagai berikut:

- a. Faktor-faktor yang berkaitan dengan ibu seperti: umur ibu, umur kehamilan, paritas, berat badan dan tinggi badan, status gizi

(nutrisi), anemia, kebiasaan minum alkohol dan merokok, penyakit-penyakit keadaan tertentu waktu hamil (misalnya anemia, perdarahan dan lain-lain), jarak kehamilan, kehamilan ganda, riwayat abortus (Rochjati, et al, 1986 dalam Amiruddin, 2007).

- b. Faktor janin meliputi kehamilan kembar dan kelainan bawaan.
- c. Faktor bayi seperti jenis kelamin dan ras.
- d. Faktor lingkungan seperti: pendidikan dan pengetahuan ibu, pekerjaan, dan status sosial ekonomi dan budaya.
- e. Pelayanan kesehatan (antenatal care) (Amiruddin, 2007).

### **B. Tinjauan Umum Tentang Anemia**

Anemia didefinisikan sebagai suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah daripada nilai normal untuk kelompok yang bersangkutan (Farida, 2007). Hemoglobin adalah molekul protein pada sel darah merah yang berfungsi sebagai media transport oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh dan membawa karbondioksida dari jaringan tubuh ke paru-paru. Hemoglobin di bentuk di dalam sel darah merah yang berada pada sumsum tulang. Berdasarkan metode Sahli, batas kadar hemoglobin ibu hamil untuk dinyatakan tidak menderita anemia adalah 11 gr%, anemia ringan adalah 9 – 10 gr%, anemia sedang adalah 7 – 8 gr%, dan anemia berat adalah <7 gr% (Rukiyah dan Yulianti, 2009).

Ibu hamil yang mengalami anemia defisiensi besi dapat menyebabkan terjadinya hipoksia. Hipoksia kronis dapat menimbulkan

respon stress, diikuti dengan pelepasan Corticotropine Releasing Hormone (CRH) oleh plasenta, produksi kortisol yang meningkat pada fetus dan mempercepat persalinan. Peningkatan stress oksidatif pada wanita defisiensi zat besi yang tidak diimbangi dengan endogenous atau makanan anti oksidan dapat merusak unit maternal fetal dan mengakibatkan kelahiran prematur (Tempali, 2009). Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan 20 – 37 minggu (Mansjoer, 2000), hampir semua bayi yang lahir preterm memiliki berat lahir kurang 2500 gram.

Telah dilakukan beberapa penelitian mengenai risiko anemia pada ibu hamil terhadap kejadian BBLR.

**Tabel 2.1**  
**Tabel Sintesa Risiko Anemia terhadap Kejadian BBLR**

Penelitian	Masalah	Karakteristik			Temuan
		Subjek	Instrumen	Desain	
Hidayati, Hadi, dan Susilo (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berat bayi lahir merupakan indikator kualitas generasi penerus</li> <li>BBLR merupakan fenomena multifaktor</li> </ul>	Semua ibu yang melahirkan di Kota Mataram yang tercatat pada kartu ibu hamil mulai Januari hingga Oktober 2004		Nested Case Control Study	Ibu yang mengalami anemia 1,5 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia
Badshah (2008)	Faktor geodemografi terhadap kejadian BBLR	Ibu yang melahirkan di RSUD di Peshawar Pakistan	Kuesioner	Cross sectional prospective	Ibu yang mengalami anemia 1,5 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia.

**Tabel 2.1**  
**Tabel Sintesa Risiko Anemia terhadap Kejadian BBLR (lanjutan)**

Penelitian	Masalah	Karakteristik			Temuan
		Subjek	Instrumen	Desain	
Jayant, et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>BBLR merupakan indikator kespro dan status kesehatan suatu populasi</li> <li>Faktor maternal dan janin signifikan terhadap kejadian BBLR</li> </ul>	Ibu yang melahirkan di RSP yang berada di area pedesaan.	Kuesioner dan Rekam Medis	Case Control Study	Ibu yang mengalami anemia 2,54 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia.
Mumbare, et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>BBLR merupakan fenomena multifaktor</li> <li>Faktor maternal dan janin signifikan terhadap kejadian BBLR</li> </ul>	Ibu Yang Melahirkan Antara July 2009 hingga Desember 2009	Kuesioner	Matched Pair Case Control Study	Ibu yang mengalami anemia 3,36 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu yang tidak mengalami anemia.

Sumber: Diolah dari berbagai sumber

### C. Tinjauan Umum Tentang Tabu Makanan

Tabu makanan adalah suatu larangan untuk mengkonsumsi jenis makanan tertentu karena ancaman bahaya terhadap barang siapa yang melanggarnya (Sediaoetama, 1999 dalam Harnany, 2006). Tabu makanan dikelompokkan menjadi dua, yaitu tabu permanen dan tabu sementara. Tabu permanen adalah tabu makanan yang selalu dilarang untuk dikonsumsi pada kelompok tertentu, misalnya penganut Hindu tidak mengkonsumsi daging sapi karena sapi dianggap suci. Tabu sementara adalah menghindari makanan untuk waktu tertentu, misalnya tabu makanan selama kehamilan (Katz and Weaver, 2010 dalam Gadegbeku, 2013), suku Onabasulu tidak mengkonsumsi semangka agar proses persalinan jadi lebih mudah (Rochow, 2009).

Di Indonesia telah dilakukan beberapa penelitian mengenai tabu makanan, yakni di Jenepono, Riau, Jawa Barat, dan Kalimantan. Berikut adalah tabel hasil penelitian mengenai tabu makanan yang dilakukan oleh Sukandar.

**Tabel 2.2 Berbagai Tabu Makanan dan Alasannya**

No	Alasan	Makanan
1	Kandungan/anak besar	Es, pisang kembar, kelapa muda, air kelapa, ikan, bakso, pisang ambon, dan tebu
2	Sulit melahirkan	Jantung pisang, kepiting, papaya, daun melinjo, udang, tebu, pisang ambon, dan tebu
3	Darah bau	Daun melinjo, lele, udang, jengkol, belut, pete, bogo, kerak,
4	Sakit perut	Pepaya, belut, tebu, makanan pedas, dan sukun/keluwih
5	Pendarahan	Tebu, gula merah, dan tebu
6	Keguguran	Cuka, nenas,
7	Kematian	Keluwih
8	Anak suka menangis	Ikan gabus
9	Anak sakit/gampang sakit	Daun kelor, jantung pisang, Lombok, kembar, kelapa muda, dan ikan
10	Muntaber	Mentimun
11	Anak jadi galak	Tawon dan ulat
12	Anak akan mirip dengan makanan yang dikonsumsi	Buah tala, cumi-cumi, gurita, ikan pari, ikan toka-toka, jantung pisang, dan nenas
13	Bayi flu	Air kelapa, es, dan durian
14	Sariawan parah	Lombok,
15	Anak kembar	Pisang dempet
16	Anak kembar siam	Pisang dempet
17	Anak selalu laki-laki	Tude
18	Anak yang lahir benjol-benjol	Terong
19	Luka tak kering	Ikan laut
20	Anak yang dilahirkan kelak akan mati di usia remaja	Pisang
21	Penyakit tambah parah	Daging dan daun ubi
22	Anak mengecil	Jantung pisang, rebung
23	Tidak tahu	Nangka, hasil pancingan, labu, melinjo, telur lebah, dan kopi

Sumber: Hasil penelitian Sukandar di empat daerah (Jawa Barat, Jeneponto, Kalimantan Selatan, dan Rokan Hulu Riau).

Tabu makanan berdasarkan Tabel 2.2 tersebut tidak hanya berdampak positif, tetapi juga berdampak negatif. Salah satu tabu makanan yang berdampak positif pada gizi ibu hamil adalah tabu terhadap kopi. Kopi dapat mengikat Fe sehingga mengurangi jumlah serapannya (Arisman, 2009) Di India dilakukan penelitian mengenai mitos terhadap makanan tertentu oleh Puri dan Kapoor (2006), makanan yang ditabu meliputi susu dingin, telur, jambu biji, telur, pepaya, dan ikan. Pada penelitian Puri dan Kapoor (2006) menemukan bahwa alasan responden menghindari makan pepaya adalah karena pepaya merupakan makanan “panas” yang dapat menyebabkan keguguran. Tabu terhadap pepaya (dalam hal ini pepaya muda) memang ada benarnya karena pepaya mengandung papain yang dapat menghambat pertumbuhan janin. Di samping itu, pepaya muda juga mengandung lateks yang dapat menyebabkan kontraksi rahim (Patil, et al., 2010). Sedangkan dampak negatif dari tabu makanan adalah kurangnya asupan protein karena sebagian besar makanan yang dianggap tabu untuk dikonsumsi merupakan sumber protein seperti ikan lele, daging, telur dll. Protein penting bagi ibu hamil karena memiliki peran dalam pertumbuhan janin, cadangan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, melahirkan, dan menyusui (Schlenker dan Long, 2007).

Uraian tersebut menunjukkan bahwa tabu makanan dapat berdampak pada status gizi ibu hamil. Status gizi ibu hamil menentukan status gizi janin, dan status gizi janin menentukan berat badan bayi baru lahir (Arisman, 2009). Penelitian yang dilakukan di Afrika menunjukkan bahwa tabu makanan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap status kurang gizi pada ibu hamil (Oni dan Tukur, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Abeng (2012) menunjukkan bahwa sebesar 28,36% ibu yang memiliki pantangan makanan (tabu makanan) melahirkan BBLR.

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Keterpaparan Asap Rokok**

Polusi udara dalam ruangan (*Indoor Air Pollution*) erat kaitannya dengan peningkatan risiko kejadian BBLR dan kelahiran mati. Salah satu dari jenis *Indoor Air Pollution* (IAP) yang terkait dengan kejadian BBLR adalah keterpaparan asap rokok (perokok pasif) (Pope, 2010).

Merokok merupakan salah satu kebiasaan yang lazim ditemui dalam kehidupan sehari-hari. Di mana-mana, orang merokok mudah ditemui. Lelaki, wanita, anak remaja, orang tua, kaya dan miskin tidak ada terkecuali. Dari segi kesehatan, tidak ada satu titik yang menyetujui atau melihat manfaat. Namun tidak mudah untuk menurunkan atau menghilangkannya karena itu gaya hidup.

Departemen Kesehatan melalui pusat promosi kesehatan menyatakan Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang memiliki tingkat konsumsi rokok dan produksi rokok tertinggi. Berdasarkan

data dari WHO tahun 2002 Indonesia menduduki urutan ke 5 terbanyak dalam konsumsi rokok di dunia dan setiap tahunnya mengkonsumsi 2,5 miliar batang rokok. Angka kekerapan merokok di Indonesia yaitu 60%-70% pada laki-laki di perkotaan dan 80% - 90% (Depkes, 2008, dalam Sirajuddin, et al., 2011).

Asap rokok terdiri dari 4000 bahan kimia dan 200 diantaranya beracun, antara lain Karbon Monoksida (CO) yang dihasilkan oleh asap rokok dan dapat menyebabkan pembuluh darah kramp, sehingga tekanan darah naik, dinding pembuluh darah dapat robek. Gas CO dapat pula menimbulkan desaturasi hemoglobin, menurunkan langsung peredaran oksigen untuk jaringan seluruh tubuh termasuk miokard. Karbon monoksida menggantikan tempat oksigen di hemoglobin, mengganggu pelepasan oksigen, dan mempercepat aterosklerosis (pengapuran atau penebalan dinding pembuluh darah. Kandungan lainnya pada asap rokok, yakni nikotin, dicurigai memperkecil berat plasenta dan seterusnya memperkecil jumlah makanan yang bias diberikan kepada janin dalam kandungannya. Nikotin dalam asap rokok dicurigai sebagai neuroteratogen terhadap janin. Asap rokok berdampak pada pertumbuhan janin melalui beberapa mekanisme (Kasriani, 2011). Nikotin, CO dan bahan lainnya dalam asap rokok terbukti merusak dinding pembuluh endotel (dinding dalam pembuluh darah), mempermudah pengumpulan darah sehingga dapat merusak pembuluh darah perifer (Sirajuddin, et al., 2011). Hasil penelitian Amiruddin (2007) membuktikan bahwa betapa

nikotin memberikan risiko 3 kali lebih besar untuk lahirnya BBLR (Kasriani, 2011).

**Tabel 2.3 Tabel Sintesa Risiko Keterpaparan Asap Rokok Terhadap Kejadian BBLR**

Penelitian	Masalah	Karakteristik			Temuan
		Subjek	Instrument	Desain	
Kasriani (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi berat lahir rendah merupakan penyumbang terbesar kematian dan kesakitan bayi.</li> <li>Kejadian bayi berat lahir rendah berhubungan dengan banyak faktor</li> </ul>	Ibu yang melahirkan di RSUD Syekh Yusuf Tahun 2009.	Kuesioner	Case Control	Ibu yang terpapar asap rokok 8,3 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan dengan yang tidak terpapar asap rokok.
Irnawati, Hakimi, Wibowo, (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi berat lahir rendah merupakan penyumbang terbesar kematian dan kesakitan bayi.</li> <li>Kejadian bayi berat lahir rendah berhubungan dengan banyak faktor seperti faktor kesehatan ibu, perilaku selama hamil, lingkungan serta faktor janin dan plasenta.</li> </ul>	Ibu yang melahirkan di BPK RSU dr. Zainoel Abidin di Kota Banda Aceh.	Kuesioner	Case Control	Ibu hamil yang terpapar asap rokok lebih dari atau sama dengan 11 batang per hari berisiko 3,1 kali lebih sering mengalami BBLR dibanding ibu yang tidak terpapar
Jackson, Wei, dan Chen (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>BBLR memiliki dampak negatif terhadap kesehatannya, baik pada masa bayi, anak-anak, maupun dewasa.</li> <li>Kejadian bayi berat lahir rendah berhubungan dengan banyak faktor</li> </ul>	Data kelahiran di Georgia dari Januari 1994 hingga Desember 2005		Observasional analitik → analisis multivariat → regresi logistik	Ibu yang merokok 1,7 kali lebih berisiko dibanding ibu yang tidak merokok.

Sumber: *Diolah dari berbagai sumber*

### **E. Tujuan Umum Tentang Antenatal Care (ANC)**

Jenis pelayanan kesehatan yang harus dilakukan oleh ibu hamil adalah pemeriksaan kehamilan/pelayanan antenatal.

#### 1. Definsi

Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksakan keadaan ibu dan janinnya secara berkala yang diikuti dengan pengawasan antenatal. Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan secara dini sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam penolongan persalinan (Sinkim, 2008 dalam Mariani 2012).

#### 2. Standar Pelayanan Antenatal Care

##### a. Kebijakan Program

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan, yakni:

- 1) Satu kali pada triwulan pertama
- 2) Satu kali pada triwulan kedua
- 3) Dua kali pada triwulan ketiga (Saifuddin 2001, dalam Rukiyah dan Yulianti, 2009).

##### b. Standar Minimal 7T

###### 1) Timbang berat badan

Timbang berat badan pada ibu hamil dilakukan untuk mengetahui pertambahan berat badan ibu hamil. Total

pertambahan berat badan yang normal selama kehamilan adalah 11,5 – 16 kg.

2) Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan mengindikasikan potensi hipertensi.

3) Ukur tinggi fundus uteri

Pemeriksaan tinggi fundus uteri termasuk dalam pemeriksaan abdomen yang dilakukan untuk menetapkan dan memastikan bahwa pertumbuhan janin konsisten dengan usia gestasi selama perjalanan kehamilan. Pemeriksaan ini dapat menimbulkan kekhawatiran pada ibu hamil dan komunikasi yang sensitive selama prosedur penting dilakukan (Salmah, 2006 dalam Mariani, 2012).

Tinggi fundus uteri bertambah sesuai dengan pertumbuhan janin, tetapi paritas ibu, ukuran kandung kemih yang penuh, letak lintang dan jumlah janin dapat mempengaruhi tinggi fundus uteri.

Tinggi fundus yang tidak konsisten dengan usia gestasi dapat mengindikasikan:

- a) Struktur anatomi yang tidak reliabel, misalnya abdomen yang panjang.
  - b) Tanggal HPHT yang tidak akurat.
  - c) Janin lebih kecil atau lebih besar dari yang seharusnya.
  - d) Jumlah cairan amnion lebih banyak atau lebih sedikit dari yang seharusnya.
  - e) Kehamilan kembar.
  - f) Letak abnormal.
  - g) Massa di uterus misalnya fibroid, kista atau tumor.
  - h) Teknik yang salah.
  - i) Kematian interauterin (Johnson, 2006 dalam Mariani, 2012).
- 4) Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) lengkap

Imunisasi tetanus toksoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Sedangkan vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan.

Imunisasi TT untuk ibu hamil diberikan dua kali dengan dosis 0,5 cc di injeksikan intramuskuler/subkutan dalam.

Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan delapan bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap. Imunisasi TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil, di mana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke

saran kesehatan. Adapun manfaat dari imunisasi TT adalah sebagai berikut:

a) Melindungi bayinya yang baru lahir dari tetanus neonatorum.

Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang terjadi pada neonates (bayi berusia < 1 bulan) yang disebabkan oleh clostridium tetani, yaitu kuman yang mengeluarkan toksin (racun) dan menyerang sistem saraf pusat.

b) Melindungi ibu dari kemungkinan terjadinya tetanus (tetanus maternal) apabila terlukan (Mariani, 2012).

5) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil (Fe) dilakukan untuk mencegah defisiensi zat besi pada ibu hamil. Tablet Fe diberikan sebanyak 90 tablet selama kehamilan. Teh atau kopi dapat mengganggu penyerapan (Rukiyan dan Yulianti, 2009).

6) Tes terhadap penyakit menular seksual

Kehamilan tidak mengubah daya tahan tubuh seseorang terhadap infeksi, infeksi mempunyai efek langsung dan tidak langsung pada janin, penyakit yang sering muncul menyertai kehamilan adalah gonore, klamidia, sifilis, dan lain sebagainya. Tes penyakit menular seksual sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya penularan pada janin sehingga angka kesakitan dan kematian dapat dicegah (Jones, 2002 dalam Mariani, 2012).

#### 7) Temu wicara

Hal yang dilakukan dalam temu wicara adalah konseling dan pemecahan masalah, yakni anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan (Rukiyah dan Yulianti, 2009) dan persiapan persalinan (termasuk rujukan). Rujukan dilakukan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan (Sistirani, 2008).

#### c. Kebijakan Teknis

Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

- 1) Mengupayakan kehamilan yang sehat.
- 2) Melakukan deteksi dini komplikasi, melaksanakan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi (Rukiyah dan Yulianti, 2009).

Asuhan antenatal sangat penting bagi kesehatan ibu hamil dan bayinya. Kegiatan dalam asuhan antenatal berhubungan dengan pertumbuhan janin yang berdampak pada berat bayi lahir, salah satunya adalah dengan pemberian tablet Fe untuk mencegah defisiensi zat besi. Defisiensi zat besi dapat menghambat pertumbuhan bayi yang akhirnya akan dilahirkan dengan berat lahir rendah. Jadi, dengan mengkuti

prosedur layanan antenatal care akan mencegah terjadinya bayi berat lahir rendah.

Beberapa penelitian mengenai kaitan antara antenatal care (ANC) dengan kejadian BBLR, hal tersebut dapat dilihat pada tabel sintesa berikut:

**Tabel 2.4**  
**Tabel Sintesa Faktor ANC terhadap Kejadian BBLR**

Penelitian	Masalah	Karakteristik			Temuan
		Subjek	Instrument	Desain	
Mumbare et al (2012)	BBLR di pengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor maternal sebagai salah satu yang cukup signifikan.	Ibu yang bersalin di RSP dan RSU (juli-desember 2009) di India	Data sekunder, catatan mengenai karakteristik ibu hamil dan Kuesioner	Studi Kasus Kontrol	Sebanyak 62,4% (171 orang) ibu dengan ANC yang tidak adekuat yang melahirkan BBLR. Ibu dengan ANC yang tidak adekuat 4,98 kali lebih berisiko melahirkan BBLR
Jaya (2009)	BBLR masih cukup tinggi, peran faktor maternal dalam menyebabkan BBLR	Ibu yang melahirkan di RSIA Siti Fatimah Kota Makassar	Rekam medis	Studi kasus Kontrol	Sebanyak 41 ibu dengan ANC yang tidak adekuat yang melahirkan BBLR. Ibu dengan ANC yang tidak adekuat 4,98 kali lebih berisiko melahirkan BBLR
Khatun dan Rahman (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bayi berat lahir rendah merupakan penyumbang terbesar kematian dan kesakitan bayi.</li> <li>Insiden BBLR di Bangladesh masih tinggi</li> <li>Kejadian bayi berat lahir rendah berhubungan dengan banyak faktor</li> </ul>	Ibu yang melahirkan di Azimpur Maternal and Child Health Training Institute dari Juli 2002 hingga Juni 2003	Kuesioner	Observasional analitik → analisis multivariat → regresi logistik	Ibu dengan kunjungan ANC < 4 kali 29 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu dengan kunjungan antenatal ≥ 4 kali.

Sumber: Diolah dari berbagai Sumber.

Pelayanan antenatal harus dilakukan, sehingga kondisi ibu dan janin dapat dikontrol dengan baik. Pemeriksaan antenatal adalah pemeriksaan kehamilan yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan. Tujuannya adalah untuk menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat, serta menghasilkan bayi yang sehat.

#### **F. Tinjauan Umum Tentang Aksesibilitas Pelayanan ANC**

Mayers (1996) mengemukakan bahwa salah satu elemen dalam pelayanan kesehatan yang baik adalah aksesibilitas (Murniati, 2007).

Salah satu yang berhubungan dengan aksesibilitas layanan kesehatan (ANC), adalah faktor geografis. Faktor geografis adalah faktor yang berhubungan dengan tempat yang memfasilitasi atau menghambat pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan, berkaitan dengan keterjangkauan tempat yang akan diukur dengan jarak tempuh, waktu tempuh, dan biaya perjalanan dari tempat tinggal ibu hamil ke tempat pelayanan kesehatan (Adri, 2008).

Beberapa penelitian yang menunjukkan hubungan faktor geografis dengan pemeriksaan kehamilan, yaitu penelitian yang dilakukan Eryando di Kabupaten Tangerang (2006) yang menunjukkan bahwa aksesibilitas fisik berupa jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maternal (K1 dan K4), di Aceh Tenggara oleh Murniati (2007) menunjukkan bahwa keterjangkauan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal, dan Adri di Kota

Subussalam, NAD (2008) menunjukkan bahwa hanya 15,2% ibu hamil yang rumahnya jauh (> 5km) dari fasilitas kesehatan mendapat pemeriksaan  $\geq 4$  kali, 22,2% waktu tempuh yang lama (> 15 menit) mendapat pemeriksaan  $\geq 4$  kali, dan 21,2% yang tidak memiliki transportasi mendapat pemeriksaan  $\geq 4$  kali.

Aksesibilitas fasilitas kesehatan terkait dengan pemanfaatan layanan kesehatan maternal (antenatal care) yang akan berdampak pada kesehatan ibu hamil dan bayi yang dilahirkan.

### **G. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Suami**

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil adalah suaminya. Banyak bukti yang ditunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dikasihi oleh pasangannya selama kehamilan akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih mudah melakukan penyesuaian diri selama kehamilan dan sedikit risiko komplikasi kehamilan. Hal ini diyakini karena ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama hamil yaitu menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai, dihargai serta kebutuhan akan penerimaan pasangannya terhadap anaknya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan suami memberi kontribusi besar dalam kehamilan istrinya.

Ada empat jenis dukungan yang dapat diberikan suami sebagai calon ayah bagi anaknya antara lain:

1. Dukungan emosi, yaitu suami menunjukkan kepedulian dan perhatian kepada kehamilan istrinya serta peka terhadap kebutuhan dan perubahan emosi ibu hamil.
2. Dukungan instrumental, yaitu dukungan suami yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan fisik ibu hamil dengan bantuan keluarga lainnya. Kebutuhan fisik ibu hamil yaitu nutrisi, *personal hygiene*, pakaian, aktivitas fisik (senam) dan istirahat.
3. Dukungan informasi, yaitu dukungan suami dalam memberikan informasi yang diperolehnya mengenai kehamilan.
4. Dukungan penilaian, yaitu keputusan yang tepat untuk perawatan kehamilan istrinya (Rukiah dan Yulianti, 2009).

Dukungan suami cukup penting bagi kehamilan istrinya, terutama dalam pemeriksaan kehamilan istrinya. Dukungan suami dalam pemeriksaan kehamilan adalah ada tidaknya perhatian suami terhadap pemeriksaan ibu selama kehamilannya (Mardiah, 2012). Dukungan ini dapat berupa suami memberi saran yang terkait dengan kehamilan istrinya, memperhatikan keadaan ibu hamil, kasih sayang, mengantarkan istri ke tempat pelayanan kesehatan, dan dukungan lainnya.

Sebuah penelitian yang dilakukan di Puskesmas Dahlia dan Puskesmas Layang Kota Makassar menunjukkan bahwa sebesar 54,8% responden yang memanfaatkan pelayanan antenatal mendapat dukungan dari suami (Mardiah, 2012).

Dukungan terkait dengan pemanfaatan layanan kesehatan maternal (antenatal care) dan kondisi psikologi yang akan berdampak pada kesehatan ibu hamil dan bayi yang dilahirkan.

#### **H. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan Yang Tidak Diinginkan**

Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) memperkirakan paling sedikit 100 juta kegiatan seksual dalam sehari yang membuahkan 910.000 kehamilan, separuhnya tidak terencana, dan seperempatnya memang belum diinginkan (Arisman, 2009).

Kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang terjadi karena tidak direncanakan sehingga terjadi penolakan terhadap kehamilan ini (Abeng, 2012).

Maryland merupakan tempat diadakannya *Pregnancy Risk Assessment Monitoring System* (PRAM), kehamalian tidak diinginkan terbagi dalam dua kategori besar, yaitu:

1. *Unwantedness*, kehamilan yang tidak diinginkan oleh seorang wanita atau pasangan yang setelah keduanya memiliki anak yang telah diinginkannya.
2. *Mistimed pregnancy*, kehamilan yang tidak tepat yang dapat terjadi sepanjang masa reproduksi tetapi paling sering terjadi pada remaja atau dewasa muda.

Penyebab kehamilan tidak diinginkan adalah sebagai berikut:

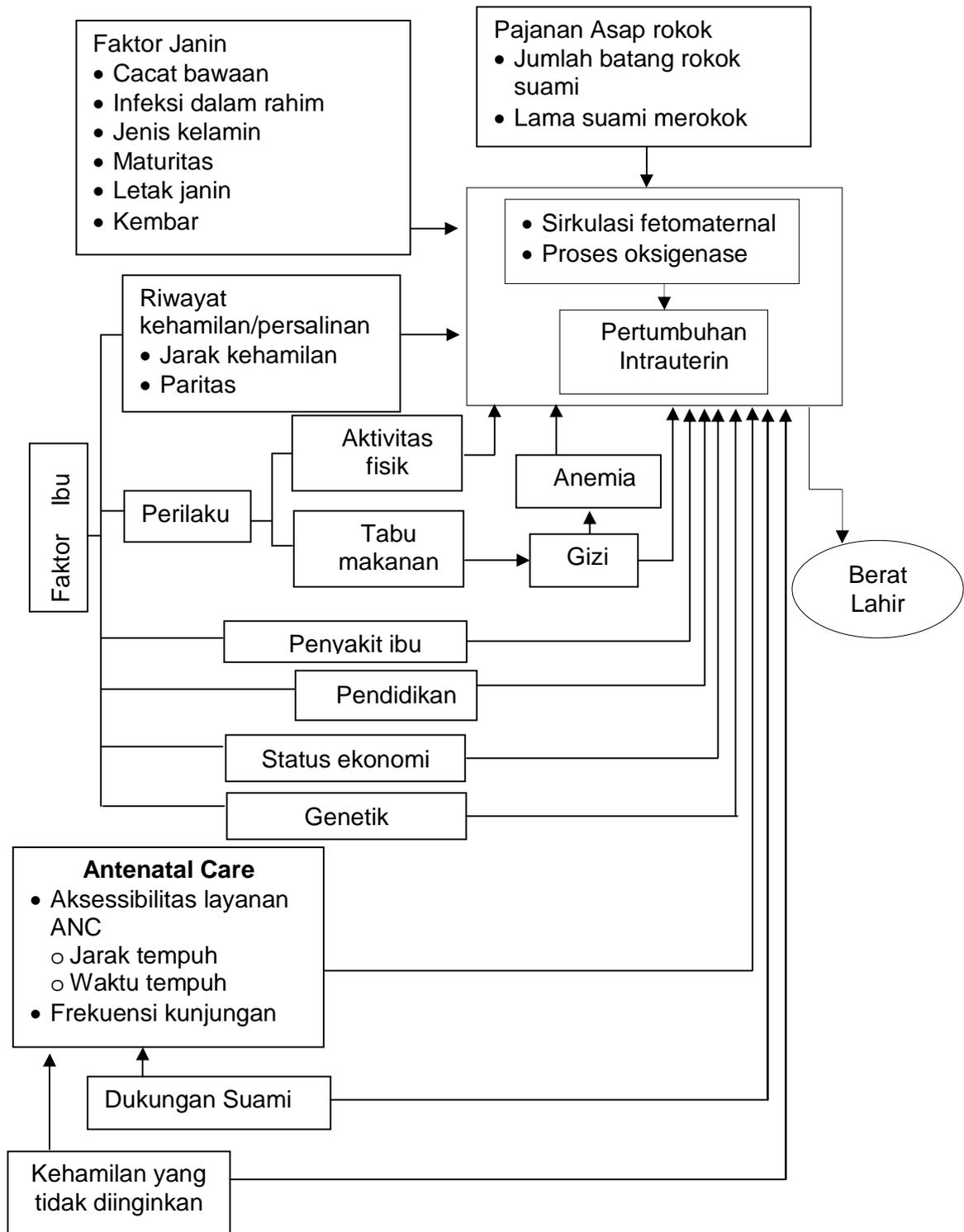
1. Penundaan dan peningkatan jarak usia nikah dan semakin dininya usia menstruasi pertama. Usia menstruasi yang semakin dini dan usia kawin yang semakin tinggi menyebabkan masa-masa rawan semakin panjang. Hal ini terbukti dengan banyaknya kasus hamil di luar nikah.
2. Kondisi kesehatan ibu yang tidak mengizinkan untuk hamil. Bila kehamilan diteruskan, maka dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.
3. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan.
4. Adanya keadaan sosial yang tidak memungkinkan, misalnya incest.
5. Tidak menggunakan alat kontrasepsi selama melakukan hubungan seksual.
6. Kegagalan kontrasepsi
7. Akibat pemerkosaan
8. Dalam lingkungan yang tidak mengizinkan untuk terjadinya kehamilan, seperti dalam masa sekolah atau training (Blake, Susan, dkk, 2007, dalam Abeng 2012).

Kehamilan yang tidak diinginkan berdampak pada kesehatan ibu dan bayi yang dilahirkan. Salah satu dampak dari kehamilan yang tidak diinginkan adalah kejadian BBLR.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Keeley, et al. (2004), menunjukkan bahwa sebesar 22,2% ibu yang tidak menginginkan kehamilannya melahirkan BBLR. Penelitian lainnya yang dilakukan di

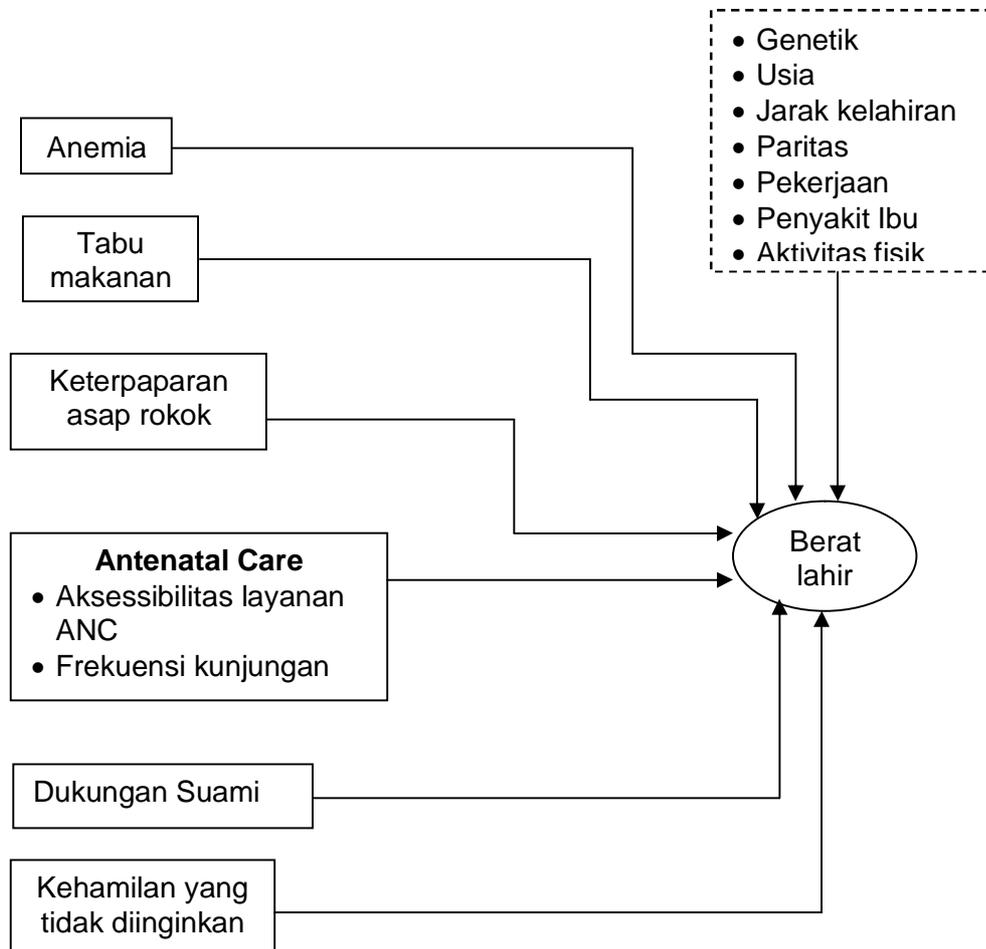
Ekuador menunjukkan bahwa ibu yang tidak menginginkan kehamilannya 1,64 kali lebih berisiko melahirkan BBLR dibandingkan ibu yang menginginkan kehamilannya. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya stress dan depresi yang dialami oleh ibu hamil, perilaku merokok, minum alkohol, nutrisi yang tidak adekuat, dan tidak memanfaatkan pelayanan antenatal care (Eggleston, Tsui, dan Kotelchuck, 2001).

## I. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**  
Dimodifikasi dari Amiruddin (2007)

## J. Kerangka Konsep Penelitian



**Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian**

### Keterangan:

- : Variabel Independen
- : Variabel yang tidak diteliti
- : Variabel Dependen

## K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

### 1. Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang baru lahir dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (WHO, 1961 dalam Proverawati dan Ismawati, 2010). Data BBLR Tahun 2012 diperoleh dari catatan pada buku register pasien pada saat melahirkan di RSUD Lasinrang pada tahun 2012 dan data BBLR tahun 2013 diperoleh dari buku register pasien tahun 2013 dan les pasien. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

BBLR : Berat bayi yang dilahirkan  $< 2500$  gram

BBLN : Berat bayi yang dilahirkan  $\geq 2500$  gram

### 2. Anemia

Anemia didefinisikan sebagai suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah daripada nilai normal untuk kelompok yang bersangkutan (Farida, 2007). Data anemia diperoleh dari catatan rekam medis pasien yang menjadi responden. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Anemia : Kadar Hb  $< 11$ gr%

Tidak Anemia : Kadar Hb  $\geq 11$ gr%

### 3. Tabu Makanan

Tabu makanan adalah suatu larangan untuk mengonsumsi jenis makanan tertentu karena ancaman bahaya terhadap barang siapa yang melanggarnya (Sediaoetama, 1999 dalam Harnany, 2006). Tabu

makanan dinilai berdasarkan pengurangan jumlah skor kelompok positif dengan jumlah skor negatif (Perhitungan skor tabu makanan responden dapat dilihat pada lampiran 3). Data tabu makanan diperoleh dari hasil wawancara responden. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Tabu Negatif : Jika skor tabu makanan responden negatif.

Tabu Positif : Jika skor tabu makanan responden positif.

#### 4. Keterpaparan Asap Rokok

Keterpaparan dengan asap rokok adalah asap rokok yang dihirup oleh ibu hamil, baik oleh wanita hamil itu sendiri maupun dari lingkungannya. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Risiko Tinggi : Apabila skor keterpaparan asap rokok  $<$  nilai median seluruh jawaban responden.

Risiko Rendah : Apabila skor keterpaparan asap rokok  $\geq$  nilai median seluruh jawaban responden.

#### 5. Frekuensi Kunjungan Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksakan keadaan ibu dan janinnya secara berkala yang diikuti dengan pengawasan antenatal. Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit empat kali selama kehamilan, yakni satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga (Saifuddin 2001, dalam Rukiyah dan Yulianti,

2009). Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Sesuai standar minimal : Jika frekuensi kunjungan ANC selama kehamilan tidak sesuai dengan standar minimal kunjungan ANC.

Tidak sesuai standar minimal : Jika frekuensi kunjungan ANC selama kehamilan sesuai dengan standar minimal kunjungan ANC.

#### 6. Aksesibilitas Layanan ANC

Aksesibilitas layanan ANC adalah ketersediaan penggunaan atau pemanfaatan pelayanan pemeriksaan kehamilan, berkaitan dengan keterjangkauan tempat yang akan diukur dengan jarak tempuh, waktu tempuh, dan sarana transportasi yang digunakan ibu hamil ke tempat pelayanan kesehatan (Eryando, 2007). Data aksesibilitas layanan ANC diperoleh dari hasil wawancara responden. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Sulit dijangkau : Apabila skor aksesibilitas layanan ANC responden < nilai median seluruh jawaban responden.

Mudah dijangkau : Apabila skor aksesibilitas layanan ANC responden  $\geq$  nilai median seluruh jawaban responden.

#### 7. Dukungan Suami

Dukungan suami adalah ada tidaknya perhatian suami terhadap pemeriksaan ibu selama kehamilannya (Mardiah, 2012). Perhatian

suami dapat berupa mengingatkan dan mengantar istri ke tempat pelayanan kesehatan, memberi nasehat, menghibur istri ketika ada masalah, dan membantu pekerjaan istri. Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Kurang Mendukung : Apabila skor faktor dukungan suami  $<$  nilai median seluruh jawaban responden.

Cukup Mendukung : Apabila skor faktor dukungan suami  $\geq$  nilai median seluruh jawaban responden.

#### 8. Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang terjadi karena tidak direncanakan sehingga terjadi penolakan terhadap kehamilan ini (Abeng, 2012). Skala variabel ini adalah skala nominal dengan kriteria sebagai berikut:

Risiko Tinggi : Apabila kehamilan tidak diinginkan

Risiko Rendah : Apabila kehamilan diinginkan

### **L. Hipotesis Penelitian**

1. Anemia ibu hamil berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
2. Tabu makanan saat hamil berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
3. Ketarpaparan asap rokok berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
4. Frekuensi kunjungan ANC berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
5. Aksesibilitas layanan antenatal berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
6. Dukungan suami berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
7. Kehamilan yang tidak diinginkan berisiko terhadap kejadian BBLR pada Ibu yang melahirkan di RSUD Lasinrang pada Januari 2012 – Juli 2013.
8. Terdapat variabel yang pengaruhnya paling besar dibandingkan dengan variabel lainnya.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik, desain yang digunakan adalah kasus kontrol. Penelitian kasus kontrol merupakan penelitian epidemiologis analitik observasional yang menelaah hubungan antara efek (kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor risiko tertentu. Desain penelitian kasus kontrol dapat dipergunakan untuk menilai berapa besarkah peran faktor risiko dalam kejadian penyakit (Sastroasmoro dan Ismail, 2011).

