

BAB 1: PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kematian bayi (AKB) merupakan salah satu indikator utama yang menentukan derajat kesehatan anak karena AKB merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Hal ini juga menjadi indikator pertama dalam mencerminkan tingkat kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Jika AKB di suatu negara masih tergolong tinggi, hal ini menunjukkan bahwa derajat kesehatan masih rendah. Salah satu tujuan dari *Sustainable Development Goals* (SDGS) adalah memastikan kehidupan sehat, kesejahteraan bagi semua untuk semua usia dan menurunkan Angka Kematian Neonatal hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup.⁽¹⁾

Secara global, jumlah kematian neonatal mengalami penurunan yang lambat, dari 2,775 juta jiwa pada tahun 2015 menjadi 2,307 juta jiwa pada tahun 2022. Wilayah dengan tingkat kematian neonatal tertinggi adalah Afrika Sub-Sahara, dengan 27 kematian per 1.000 kelahiran hidup, diikuti oleh Asia Tengah dengan 21 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Sementara, di kawasan Asia Tenggara, tren penurunan kematian neonatal juga berlangsung lambat, dari 157.000 kematian pada tahun 2015 menjadi 131.000 kematian pada tahun 2022. Meskipun angka kematian neonatal telah menurun 44% sejak 2000, kemajuan melambat sejak 2010, menjadi 46%, dan semakin meningkat hingga 2022 menjadi 51%. Jika tanpa tindakan segera, 64 negara diperkirakan gagal mencapai target SDGs 2030.⁽²⁾⁽³⁾

Sebagian besar kematian neonatal (75%) terjadi pada minggu pertama kehidupan, dan sekitar 1 juta bayi meninggal dalam 24 jam pertama. Penyebab utama kematian pada neonatus adalah prematuritas, komplikasi saat lahir (asfiksia

atau trauma), infeksi, dan kelainan bawaan. Faktor-faktor ini menyumbang hampir 40% dari seluruh kematian anak di bawah usia lima tahun.⁽²⁾⁽³⁾

Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat <2.500 gram. BBLR merupakan indikator penting kesehatan bayi baru lahir karena berkaitan erat dengan meningkatnya risiko kesakitan dan kematian pada masa neonatal, khususnya dalam bulan pertama kehidupan. BBLR terbagi menjadi dua jenis, yaitu akibat kelahiran prematur (usia kehamilan <37 minggu) dan akibat gangguan pertumbuhan intrauterin (lahir cukup bulan namun berat <2.500 gram). Secara global, prematuritas merupakan penyebab utama kematian neonatal dan menjadi faktor utama terjadinya BBLR, sehingga BBLR berkontribusi signifikan terhadap tingginya angka kematian neonatal.⁽⁴⁾

Banyak negara di dunia masih berupaya menekan angka kejadian BBLR. Berdasarkan laporan UNICEF dan WHO tahun 2023, prevalensi BBLR global menunjukkan tren yang bervariasi dari tahun ke tahun. Pada 2016 tercatat sebesar 14,6%, sedikit menurun menjadi 14,5% pada 2017, kemudian meningkat kembali menjadi 14,6% pada 2018–2019, dan naik lagi menjadi 14,7% pada 2020. Pada tahun yang sama, India mencatat prevalensi BBLR tertinggi di dunia sebesar 27,4%, disusul oleh Bangladesh (23%), Filipina (21,1%), Liberia (19,9%), Guinea Bissau (19,5%), dan Papua Nugini (19,4%). Angka-angka ini jauh melampaui rata-rata global. Sementara pada tahun 2023, sekitar 19,8 juta bayi yang lahir pada tahun 2020 atau setara dengan 14,7 % dari total kelahiran di seluruh dunia mengalami BBLR.⁽⁵⁾ Menurut *World Bank*, negara-negara tersebut termasuk dalam kategori berpendapatan menengah ke bawah.⁽⁶⁾

Sementara Indonesia, sebagai salah satu negara berpenghasilan menengah ke bawah, juga masih menghadapi tantangan besar dalam menurunkan angka kematian bayi (AKB), yang tergolong tinggi dibandingkan negara berkembang lainnya. Menurut *World Bank* tahun 2022, angka kematian bayi baru lahir di Indonesia pada tahun 2020 mencapai 16,85 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini termasuk tiga tertinggi di kawasan Asia Tenggara, yang berarti sekitar 17 dari setiap 1.000 bayi tidak mencapai usia satu tahun. Pada tahun 2021, sedangkan angka kematian bayi baru lahir tercatat sebesar 11,7 per 1.000 kelahiran hidup, turun dari 12,2 pada tahun sebelumnya.⁽⁷⁾

Sementara itu, jumlah kematian bayi baru lahir meningkat tajam, dari 20.882 jiwa pada 2022 menjadi 29.945 jiwa pada 2023,⁽⁸⁾ berdasarkan data Sistem Pencatatan Kematian Ibu (MPDN) Kementerian Kesehatan, penyebab utama kematian bayi baru lahir di Indonesia adalah kelahiran prematur (sebelum 37 minggu), asfiksia, BBLR.⁽⁹⁾ UNICEF dan WHO tahun 2023 juga melaporkan bahwa prevalensi BBLR di Indonesia menurun dari 10,2% pada 2016 menjadi 9,9% pada 2020. Meskipun lebih rendah dari rata-rata global, angka tersebut masih tergolong cukup tinggi dan menempatkan Indonesia di peringkat kelima tertinggi di kawasan Asia Tenggara.⁽¹⁰⁾

WHO juga mencatat bahwa dari 22.362 kematian akibat BBLR tahun 2020, Indonesia menyumbang 1,32% dari total kematian di negara ini. Angka tersebut menempatkan Indonesia di peringkat ke-76 dari 183 negara dalam daftar penyebab kematian tertinggi akibat BBLR.⁽¹¹⁾ Bayi dengan berat badan lahir <2.500 gram ini memiliki risiko lebih tinggi mengalami berbagai komplikasi, termasuk gangguan perkembangan fisik dan mental di masa depan.⁽¹²⁾ Jika tidak segera ditangani, bayi

yang lahir dengan BBLR berisiko mengalami gangguan kesehatan jangka panjang.⁽¹³⁾ Namun, WHO telah berkomitmen memantau perkembangan global dan mendukung peningkatan gizi ibu, bayi, dan anak melalui enam sasaran gizi global 2025. Salah satunya menargetkan penurunan BBLR sebesar 30% pada 2025, dengan penurunan tahunan sekitar 3% sejak 2012, sehingga jumlah bayi BBLR berkurang dari 20 juta menjadi 14 juta.⁽¹⁴⁾

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2023, sebanyak 84,3% bayi di 38 provinsi telah ditimbang, dan 3,9% di antaranya mengalami BBLR. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2021 (2,5% dari 81,8% bayi ditimbang) dan tahun 2022 (2,5% dari 82% bayi ditimbang). Secara nasional, prevalensi BBLR berkisar antara 1,0%–8,1%, dengan tiga provinsi tertinggi adalah Gorontalo (8,1%), Nusa Tenggara Timur (8,0%), dan Sulawesi Selatan (7,8%). Meskipun Sumatera Barat tidak termasuk tiga besar, namun provinsi ini menempati urutan ke-21 dari 38 provinsi sebagai penyumbang kasus BBLR di Indonesia.⁽⁸⁾

Data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat juga menunjukkan adanya peningkatan kasus dalam tiga tahun terakhir disertai variasi antar wilayah. Pada tahun 2022, tercatat 2.928 kasus dari 81.218 kelahiran hidup. Lima daerah dengan kasus tertinggi yaitu Kota Padang (314), Kab. Solok (272), Kab. Agam (263), Kab. Pesisir Selatan (260), dan Kab. Sijunjung (255). Sementara lima terendah adalah Kota Padang Panjang (25), Kab. Solok Selatan (38), Kota Sawahlunto (52), Kota Bukittinggi (63), dan Kota Payakumbuh (64). Pada tahun 2023, jumlah kasus meningkat menjadi 2.960 kasus dari 81.995 kelahiran. Kota Padang tetap tertinggi dengan 389 kasus, disusul Kab. Solok (372), Kab. Pasaman Barat (332), Kab. Sijunjung (272), dan Kab. Pesisir Selatan (259). Lima daerah terendah adalah: Kota

Padang Panjang (18), Kab. Solok Selatan (19), Kab. Pasaman (30), Kota Payakumbuh (49), dan Kota Sawahlunto (51).⁽¹⁵⁾

Tren terus meningkat, hingga tahun 2024, kasus kembali naik menjadi 3.355 dari 76.123 kasus kelahiran hidup. Kota Padang mencatat kasus tertinggi sebanyak 467, diikuti Kab. Pesisir Selatan (334), Kab. Pasaman Barat (323), Kab. Solok (292), dan Kab. Lima Puluh Kota (290). Daerah dengan kasus terendah adalah Kota Padang Panjang (13), Kab. Solok Selatan (22), Kota Sawahlunto (51), Kota Payakumbuh (94), dan Kota Pariaman (105).⁽¹⁵⁾ Data ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan prevalensi BBLR dari tahun ketahun serta ketimpangan distribusi kasus antar wilayah, yang mengindikasikan perlunya identifikasi dan pengendalian faktor-faktor risiko BBLR secara lebih merata dan berkelanjutan.

BBLR tidak hanya disebabkan oleh masalah gizi, tetapi juga dipengaruhi berbagai faktor, seperti usia ibu hamil yang terlalu muda atau tua, jarak kehamilan yang dekat, status gizi buruk selama kehamilan, kehamilan ganda sebelumnya, jumlah kunjungan ANC yang kurang, kondisi sosial ekonomi, pekerjaan, serta paparan asap rokok dan penggunaan obat-obatan oleh ibu hamil.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾ Namun, salah satu faktor risiko lingkungan yang kurang mendapat perhatian adalah paparan asap rokok pada ibu hamil (ibu hamil sebagai perokok pasif).

Paparan asap rokok selama kehamilan merupakan salah satu faktor risiko utama yang dapat dicegah, namun berdampak serius terhadap kesehatan ibu dan janin. Jauniaux & Burton tahun 2007 menyebutkan bahwa ibu hamil yang terpapar asap rokok, baik secara aktif maupun pasif, berisiko mengalami hambatan pertumbuhan janin (FGR), kelahiran prematur, hingga bayi lahir mati. Nikotin

sebagai kandungan utama asap rokok dapat mengganggu fungsi plasenta dengan menghambat penyerapan asam amino melalui reseptor asetilkolin nikotinik (nAChR), yang berperan dalam aliran darah dan nutrisi ke janin. Akibatnya, terjadi penurunan berat badan lahir, massa lemak tubuh, serta ukuran kepala janin (diameter biparietal/BPD). Bahkan, paparan asap rokok pasif sejak awal kehamilan dapat menurunkan berat badan bayi hingga 180 gram dibandingkan ibu yang tidak terpapar.⁽¹⁸⁾

WHO dalam Pasal 8 *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) juga menegaskan bahwa tidak ada tingkat paparan asap rokok yang aman. Karbon monoksida dalam asap rokok mengganggu fungsi *hemoglobin* dan menurunkan suplai oksigen serta nutrisi ke janin, sehingga meningkatkan risiko BBLR dan kematian bayi.⁽¹⁹⁾ Selain itu, zat toksik lain dalam asap rokok dapat menyebabkan mutasi genetik pada DNA ibu, yang berisiko menimbulkan kelainan bawaan seperti gangguan pada jantung, otak, atau tulang belakang, yang dapat bersifat ringan hingga mengancam keselamatan bayi..⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Berdasarkan data *World Population Review* tahun 2025, tingkat merokok secara global menunjukkan pola yang bervariasi, dengan lima negara teratas berasal dari Kepulauan Pasifik, Asia Tenggara, dan Amerika Selatan. Kawasan Asia Tenggara dan Balkan umumnya mencatat prevalensi perokok yang tinggi, sementara negara-negara di Eropa Barat dan Amerika cenderung memiliki angka yang lebih rendah. Namun, terdapat pengecualian seperti Chili di Amerika Selatan yang justru memiliki angka perokok tinggi.⁽²²⁾ Nauru menempati urutan pertama dengan persentase perokok dewasa sebesar 47,9%, sedangkan Seychelles berada di posisi terendah dengan hanya 0,3%.

Sementara, Indonesia berada di peringkat kelima secara global, dengan prevalensi perokok dewasa sebesar 38,7% atau sekitar 79,3 juta orang, dan menempati posisi kedua tertinggi di kawasan Asia Tenggara setelah Myanmar. Sebagian besar perokok di Indonesia adalah laki-laki, dengan prevalensi mencapai 76,2%, sementara pada perempuan hanya 3,6%.⁽²²⁾ Data BPS Indonesia juga mencatat bahwa prevalensi merokok pada penduduk usia 15 tahun ke atas meningkat menjadi 28,99% pada tahun 2024, setelah sebelumnya menurun menjadi 28,62% pada 2023 dan 28,26% pada 2022, meskipun sempat tinggi pada 2021 sebesar 28,96%. Tiga provinsi dengan angka merokok tertinggi pada 2024 adalah Lampung (33,84%), Jawa Barat (32,98%), dan Bengkulu (32,96%).⁽²³⁾ Tingginya angka perokok ini tentu berdampak pada meningkatnya paparan asap ini menjadi tantangan besar dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia

Survei GATS 2021 menunjukkan bahwa 74,2% orang dewasa terpapar asap rokok di tempat umum, dan 44,8% di tempat kerja. Sementara itu, data SKI 2023 mencatat bahwa 38,3% penduduk sering terpapar asap rokok di ruang tertutup, dan 40,5% lainnya terpapar sesekali, sehingga hampir 80% penduduk Indonesia pernah mengalami paparan asap rokok. Kondisi ini menempatkan ibu hamil yang tinggal bersama perokok dalam risiko tinggi terpapar asap rokok, yang dapat membahayakan kesehatan janin.⁽¹⁹⁾ Sementara itu, tingkat perilaku merokok di Sumatera Barat secara konsisten berada di peringkat sepuluh besar selama tiga tahun terakhir. Pada tahun 2021 prevalensinya tercatat 30,50% (peringkat ke-7), tahun 2022 sebesar 30,27% (peringkat ke-8), dan tahun 2023 sebesar 30,42%

(peringkat ke-7). Tren ini terus berlanjut di tahun 2024 dengan peningkatan menjadi 31,45%, tetap berada di posisi ke-7 dari 38 provinsi.⁽²³⁾

Data BPS Sumatera Barat juga menunjukkan bahwa perilaku merokok lebih tinggi terjadi di wilayah pedesaan (rural) dibandingkan perkotaan (urban), dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia 25–34 tahun yang tercatat di Kab. Dharmasraya sebesar (27,96%), Kota Payakumbuh (26,48%), Kota Solok (26,45%), dan Kota Pariaman (26,29%), dan Kab. Sijunjung (26,08%), serta Kab. Pasaman Barat (25,49%). Meskipun begitu, penelitian tentang paparan asap rokok pasif (*secondhand smoke*/SHS) justru lebih banyak dilakukan di wilayah rural. Padahal, wilayah urban juga memiliki risiko tinggi terhadap paparan asap rokok pasif, terutama karena kepadatan penduduk yang tinggi, kondisi hunian, serta intensitas interaksi sosial yang lebih intens⁽²³⁾

Secara klasifikasi, wilayah urban adalah desa atau kelurahan dengan kepadatan penduduk tinggi, persentase rumah tangga pertanian yang rendah, serta akses memadai terhadap fasilitas umum seperti sekolah, pasar, listrik, dan layanan kesehatan. Sebaliknya, wilayah rural dicirikan oleh dominasi aktivitas pertanian dan keterbatasan akses fasilitas. Provinsi Sumatera Barat terdiri atas 19 kabupaten/kota yang mencakup wilayah urban dan rural, yang pengelompokkannya didasarkan pada karakteristik masing-masing desa atau kelurahan di wilayah tersebut.⁽²⁴⁾

Perilaku merokok di wilayah urban Provinsi Sumatera Barat juga tergolong cukup tinggi, terutama pada kelompok usia produktif (25–34 tahun). Berikut kota dengan persentase merokok di kelompok ini adalah Kota Payakumbuh (26,48%), Kota Solok (26,45%), Kota Pariaman (26,29%), Kota Padang Panjang (25,45%),

Kota Bukittinggi (24,68%), dan Kota Padang (24,82%), serta Kota Sawahlunto (22,4%).⁽²³⁾

Kota Padang dan Kota Pariaman merupakan wilayah urban dengan prevalensi perilaku merokok yang cukup tinggi. Kota Padang terdiri dari 11 kecamatan yang mencakup 95 wilayah berstatus urban dan 9 wilayah rural, sedangkan Kota Pariaman memiliki 4 kecamatan dengan 70 wilayah urban dan 5 wilayah rural. Tingginya kepadatan penduduk di Kota Padang dan Kota Pariaman mendorong intensitas interaksi sosial yang tinggi, sehingga meningkatkan potensi paparan asap rokok, baik di tempat umum maupun di lingkungan rumah tangga. Kota Padang mencatat jumlah penduduk terbesar di Provinsi Sumatera Barat, yaitu mencapai 934.850 jiwa. Sementara itu, meskipun Kota Pariaman memiliki jumlah penduduk yang lebih sedikit, yaitu 101.680 jiwa, kota ini tetap memiliki risiko paparan asap rokok yang serupa. Hal ini disebabkan oleh karakteristik lingkungan yang padat, kondisi hunian yang rapat, serta tingginya frekuensi interaksi sosial antarwarga.⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²³⁾

Kepadatan penduduk dan kondisi hunian dapat menyebabkan akumulasi asap rokok, terutama di lingkungan dengan ventilasi terbatas. Situasi ini meningkatkan risiko paparan asap rokok pasif bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, yang dapat berdampak buruk terhadap kesehatan janin. Studi internasional di kota padat seperti Singapura, New York, dan Seoul menunjukkan bahwa meskipun angka perokok rendah, paparan asap rokok tetap tinggi akibat tata letak bangunan yang tertutup dan jarak rumah yang berdekatan. Kondisi serupa berpotensi terjadi di wilayah urban di Indonesia, termasuk Sumatera Barat, yang menghadapi tantangan serupa dalam pengendalian paparan asap rokok paparan asap rokok pasif.⁽²⁷⁾

Tingginya angka perilaku merokok berdampak langsung pada meningkatnya paparan asap rokok di masyarakat. Kondisi ini secara khusus meningkatkan risiko bagi ibu hamil yang tinggal bersama perokok, karena paparan asap rokok dapat membahayakan kesehatan janin.⁽¹⁹⁾ Penelitian Adriana, dkk yang dilakukan tahun 2021 menunjukkan bahwa paparan asap rokok selama kehamilan secara signifikan meningkatkan risiko BBLR, dengan kemungkinan 1,3 kali lebih besar dibanding ibu yang tidak terpapar.⁽¹⁶⁾ Hasil serupa ditemukan dalam studi oleh Nafi Aturocmah, dkk tahun 2018, yang menyebutkan bahwa ibu hamil yang terpapar asap rokok memiliki risiko 10 kali lebih besar melahirkan bayi dengan BBLRR.⁽²⁸⁾ Sementara itu, penelitian Rika Styowati tahun 2022 menyimpulkan bahwa ibu hamil yang terpapar asap rokok memiliki risiko lima kali lipat melahirkan bayi BBLR dibandingkan dengan yang tidak terpapar.⁽²⁹⁾

Tingginya prevalensi perokok pasif, khususnya pada ibu hamil, menjadikan paparan asap rokok sebagai salah satu faktor risiko utama kejadian BBLR. Di Provinsi Sumatera Barat, BBLR masih menjadi masalah kesehatan, khususnya di wilayah urban seperti Kota Padang yang mencatat jumlah kasus tertinggi, yaitu di Kecamatan Koto Tangah (99 kasus), Kuranji (80 kasus), Lubuk Begalung (78 kasus), dan Pauh (46 kasus). Sementara itu, Kota Pariaman mencatat jumlah kasus terendah, yakni di Kecamatan Pariaman Tengah (26 kasus), Pariaman Selatan (21 kasus), dan Pariaman Utara (18 kasus).⁽¹⁵⁾

Meskipun mencatat kasus BBLR tertinggi dan terendah, kedua kota ini tetap menunjukkan prevalensi perilaku merokok yang tinggi pada kelompok usia produktif, yakni 24,82% di Kota Padang dan 26,29% di Kota Pariaman.⁽³⁰⁾ Kondisi ini menunjukkan bahwa tingginya angka perokok di lingkungan tempat tinggal

berkontribusi terhadap peningkatan risiko paparan asap rokok, sehingga memperkuat peran faktor lingkungan sebagai salah satu faktor risiko kejadian BBLR.⁽³¹⁾

Beberapa faktor risiko seperti umur ibu, umur kehamilan, paritas, status gizi, dan penyakit kronis ibu telah banyak dikaji, namun paparan asap rokok pasif pada ibu hamil belum pernah diteliti secara khusus di provinsi ini. Padahal, paparan tersebut terbukti meningkatkan risiko BBLR dan berdampak negatif bagi kesehatan ibu dan bayi. Mengacu pada permasalahan tersebut, penting untuk dilaksanakan penelitian mengenai “Faktor Risiko Ibu Hamil Perokok Pasif Dengan Kejadian BBLR Di Wilayah Urban Kota Padang dan Kota Pariaman Tahun 2024.” Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi perumusan intervensi yang lebih tepat dalam menurunkan angka BBLR, serta mendukung upaya pencegahan yang efektif dalam melindungi kesehatan ibu hamil dan bayi dari dampak buruk paparan asap rokok.

1.2 Rumusan Masalah

Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah kondisi bayi lahir dengan berat <2500 gram, yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan dan kematian neonatal. Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kejadian BBLR adalah paparan asap rokok pasif pada ibu hamil. Paparan ini terjadi ketika ibu hamil menghirup asap rokok dari lingkungan sekitarnya, terutama dari anggota keluarga yang merokok di dalam rumah, lingkungan umum dan tempat bekerja.

Selain wilayah rural, paparan asap rokok pasif juga terjadi di wilayah urban, namun pada wilayah urban, ada beberapa beberapa faktor, seperti kepadatan penduduk dan hunian yang rapat menyebabkan interaksi dalam ruang tertutup lebih

tinggi. Selain itu, perilaku merokok di dalam rumah masih umum ditemukan, terutama di kalangan laki-laki dewasa. Minimnya ventilasi dan kurangnya kesadaran akan bahaya asap rokok turut meningkatkan risiko paparan bagi ibu hamil.

Namun hingga kini, belum ada penelitian yang secara khusus mengkaji hubungan paparan asap rokok pasif dengan kejadian BBLR di Provinsi Sumatera Barat, khususnya di wilayah urban dengan perilaku merokok yg cukup tinggi seperti di Kota Padang dan Kota Pariaman.

Berdasarkan hal tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:
"Apakah terdapat hubungan antara paparan asap rokok pasif pada ibu hamil dengan kejadian BBLR di Wilayah Urban Kota Padang dan Kota Pariaman tahun 2024?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis hubungan antara paparan asap rokok (perokok pasif) pada ibu hamil dengan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di wilayah urban Kota Padang dan Kota Pariaman pada tahun 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui gambaran karakteristik ibu yang melahirkan bayi BBLR (kelompok kasus) dan BBLN (kelompok kontrol) di Wilayah Urban Kota Padang dan Kota Pariaman tahun 2024.
- 2) Mengetahui distribusi frekuensi paparan asap rokok pada ibu yang melahirkan bayi BBLR (kelompok kasus) dan BBLN (kelompok kontrol).

- 3) Mengetahui distribusi frekuensi variabel potensial *confounding* (status gizi, umur ibu, umur kehamilan, paritas, pekerjaan, sosial ekonomi, kunjungan ANC, penyakit kronis, dan kehamilan ganda) pada ibu yang melahirkan bayi BBLR (kelompok kasus) dan BBLN (kelompok kontrol).
- 4) Mengetahui hubungan antara paparan asap rokok pada ibu hamil dengan kejadian BBLR (kelompok kasus) dibandingkan BBLN (kelompok kontrol).
- 5) Mengetahui hubungan variabel potensial *confounding* dengan kejadian BBLR (kelompok kasus) dibandingkan BBLN (kelompok kontrol).
- 6) Mengetahui variabel yang berperan sebagai *confounding* dalam hubungan paparan asap rokok pada ibu hamil dengan kejadian BBLR (kelompok kasus) dibandingkan BBLN (kelompok kontrol)

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

a. Bagi Masyarakat dan Ibu Hamil

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat dan ibu hamil tentang bahaya rokok, mengurangi angka perokok, menurunkan kejadian BBLR, dan menjaga kesehatan ibu dan bayi.

b. Bagi Puskesmas Kota Padang dan Puskesmas Kota Pariaman

Temuan penelitian ini diharapkan bisa dijadikan sebagai referensi untuk menambah kajian ilmu mengenai hubungan Ibu Hamil Sebagai Perokok Pasif terhadap Kejadian BBLR.

c. Bagi Peneliti

Ilmu yang diperoleh dalam penelitian dapat menambah pengetahuan dan menjadi pengalaman yang paling berharga bagi peneliti dalam bidang penelitian lapangan

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Temuan penelitian ini dapat digunakan untuk referensi penelitian lebih lanjut tentang hubungan ibu hamil sebagai perokok pasif terhadap kejadian BBLR.

1.4.2 Manfaat Akademis

Temuan Penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi untuk meningkatkan pelayanan lainnya seperti melakukan pendidikan kesehatan mengenai bahaya Ibu Hamil Perokok Pasif terhadap Kejadian BBLR.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tiga wilayah kerja puskesmas di Kota Padang dan tiga wilayah kerja puskesmas di Kota Pariaman, yang mewakili daerah urban dengan angka kejadian BBLR tertinggi dan terendah di Provinsi Sumatera Barat. Pemilihan lokasi didasarkan pada tingginya dan rendahnya frekuensi BBLR, dengan mempertimbangkan persentase perokok usia produktif (25–44 tahun) yang tinggi serta kepadatan penduduk yang berpotensi meningkatkan paparan asap rokok pada ibu hamil. Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara ibu hamil sebagai perokok pasif dengan kejadian BBLR. Variabel independen adalah paparan asap rokok, sedangkan variabel perancu yang dikendalikan meliputi status gizi, umur ibu, umur kehamilan, paritas, pekerjaan, status sosial ekonomi, kunjungan ANC, penyakit kronis, dan kehamilan ganda.

Untuk menganalisis hubungan antara ibu hamil sebagai perokok pasif dengan kejadian BBLR. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah Paparan Asap

Rokok, sementara Variabel *Confounding* yang dikontrol meliputi Status Gizi, Umur Ibu, Umur Kehamilan, Paritas Pekerjaan, Sosial Ekonomi, dan Kunjungan ANC, serta Penyakit Kronis, dan Kehamilan Ganda.

Penelitian ini dilaksanakan pada Feruari–Juli 2025 dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan desain *case-control*. Analisis data mencakup analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi variabel, analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antar variabel, serta analisis multivariat untuk mengetahui hubungan langsung antara variabel independen dan dependen dengan mengendalikan *variabel confounding*.

Data yang digunakan terdiri dari data primer yang diperoleh melalui kuesioner kepada responden, serta data sekunder dari rekam medis ibu melahirkan di wilayah kerja puskesmas dengan angka BBLR tertinggi dan terendah di wilayah urban Provinsi Sumatera Barat 2024. Selain itu, data sekunder juga diperoleh dari laporan tahunan, Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Padang, Kota Pariaman, Provinsi Sumatera Barat, BPS Sumbar, dan Riset SKI 2023.

