

Research Article

**Literasi kesehatan kehamilan dan BBLR di
Kabupaten Lombok Utara: analisis data *PEER*
*Health SHS-LBW intervention study***

Pregnancy health literacy with low birth weight outcome in North Lombok Regency: secondary data analysis of PEER Health SHS-LBW intervention study

Aulia Zahro Novitasari¹, Yayi Suryo Prabandari¹, Retna Siwi Padmawati¹

Abstract

Purpose: To analyze the relationship between pregnancy health literacy with low neonatal birth weight. **Method:** This study is a secondary data analysis of Peer Health study intervention in North Lombok using a nested case control design. This study was conducted on 289 women. The Case group consists of 73 women with LBW and the control group consists of 216 women with non-LBW. Analysis of bivariate results of the study using chi square. **Results:** The results of this study indicate an association of pregnancy health literacy with LBW. Lesser exposure to pregnancy health information (OR: 2.76, 95% CI: 1.55-4.95) as well as the lesser exposure to pregnancy care (OR: 2.07, 95% CI: 1.16-3.67) associated with the greater LBW birth. **Conclusion:** The improvement of pregnancy health literacy through health promotion for pregnant women can improve pregnancy health and prevent LBW.

Keywords: low birth weight, health literacy, pregnancy health literacy

Dikirim:
1 Juli 2019

Diterbitkan:
25 November 2019

¹Departemen Perilaku Kesehatan, Lingkungan dan Kedokteran Sosial, Universitas Gadjah Mada (E-mail: liazn06@gmail.com)

PENDAHULUAN

World Health Organization memperkirakan, 95% dari 25 juta bayi yang lahir dengan berat lahir rendah (BBLR) setiap tahunnya berasal dari negara berkembang dan di tahun 2013, dari 22 juta kelahiran bayi sekitar 16%. Menurut Kaur, *et al* (2014) dalam Gujjula, *et al* (2017), berat badan lahir rendah merupakan salah satu penyebab utama dari kematian bayi [1]. Angka kematian bayi di Indonesia dari hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, menunjukkan angka sebesar 22,23 per 1000 kelahiran hidup sehingga masih jauh dari target SDG's tahun 2030, yaitu mengurangi angka kematian bayi mencapai 12 per 1000 kelahiran hidup [2-4].

Kejadian BBLR di daerah Nusa Tenggara Barat (NTB) telah mengalami penurunan dari 15% menjadi 12% pada tahun 2013 [5]. Pada tahun 2016 terdapat sebanyak 5.700 ibu hamil di Kabupaten Lombok Utara dan dari 4.540 bayi yang dilahirkan sebanyak 317 bayi lahir dengan berat badan lahir rendah [6].

Faktor dari ibu merupakan faktor yang dianggap paling berpengaruh terhadap berat badan bayi dan kesehatan bayi [4]. Faktor tersebut antara lain faktor genetika, meliputi jenis kelamin bayi, suku, dan tinggi badan ibu hamil yang berkisar dari 145 cm ke bawah, terbukti memiliki hubungan dengan kejadian BBLR [7]; kemudian faktor sosio-demografi seperti usia ibu yang kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun [8], status sosial ekonomi, faktor obstetrik seperti jumlah paritas, usia kehamilan, dan pengalaman aborsi; faktor gizi berupa asupan energi, asupan protein, zat besi, vitamin; faktor morbiditas ibu berupa penyakit anemia dan hipertensi, kemudian juga faktor dari perawatan *antenatal* serta paparan zat racun seperti asap rokok, minum alkohol dan lain-lain [9]. Selain itu, rendahnya literasi kesehatan ibu selama kehamilan juga akan mempengaruhi kejadian BBLR, karena informasi kesehatan kehamilan yang didapatkan ibu mempengaruhi berat badan lahir bayi, kematangan bayi, dan keselamatan bayi [10].

Literasi kesehatan kehamilan pada ibu adalah kemampuan kognitif dan sosial ibu untuk mencari, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan untuk menjaga kesehatan diri dan bayinya [11]. Adekuatnya akses dan dukungan pelayanan dan perawatan kesehatan selama masa kehamilan dan kelahiran dapat menurunkan risiko kematian bayi. Literasi kesehatan yang rendah pada ibu hamil menyebabkan rendahnya kesadaran kesehatan, salah dalam menginterpretasikan dan menerapkan informasi kesehatan yang diperoleh, serta tidak mampu

memanfaatkan layanan kesehatan yang tepat dan tersedia, dan menggunakan pengobatan yang tepat, sehingga menyebabkan tidak terjadi tindakan pencegahan komplikasi selama kehamilan. Literasi yang rendah disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan keterpaparan terhadap informasi kesehatan dalam upaya mempertahankan kesehatan [12-15].

Oleh karena itu, diperlukan intervensi untuk meningkatkan literasi kesehatan melalui peningkatan pengetahuan dan paparan media tentang perawatan kehamilan yang akan berdampak pada penurunan kejadian BBLR. Berdasarkan beberapa permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang literasi kesehatan kehamilan dengan kejadian BBLR di Kabupaten Lombok Utara, Provinsi NTB. Peneliti akan mengidentifikasi literasi kesehatan ibu terkait dengan kehamilan sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menganalisis data *baseline* dan data kelahiran (*secondary data*) studi intervensi *Peer Health SHS-LBW*.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain *nested case control*. Data yang dianalisis adalah data sekunder *pre-post* studi intervensi *Peer Health SHS-LBW*. Populasi penelitian adalah ibu hamil ≤ 4 bulan (data *baseline*) hingga melahirkan (data kelahiran). Sampel terdiri dari kelompok kasus (BBLR) sebanyak 73 orang, dan kelompok kontrol (BBLN) sebanyak 216 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Tempat dan waktu pada penelitian ini sesuai dengan tempat dan waktu penelitian di *Peer Health SHS-LBW*, yaitu di Kabupaten Lombok Utara Nusa Tenggara Barat yang dimulai sejak Februari tahun 2015.

Kriteria inklusi kelompok kasus adalah ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram (BBLR) dengan tambahan 100 gram yaitu ≤ 2600 gram, karena penimbangan bayi lahir masih tidak sesuai dengan prosedur, serta sering dilakukan pembulatan ke atas, selain itu memiliki kelengkapan data *baseline* hingga data kelahiran dan keberadaan suami di rumah. Kriteria eksklusi adalah ibu yang melahirkan bayi BBLR dengan kelahiran kembar, data tidak lengkap dari data *baseline* dan kelahiran serta ketidakberadaan suami di rumah.

Kriteria inklusi kelompok kontrol adalah ibu yang melahirkan bayi dengan berat badan lahir normal atau > 2600 gram, memiliki kelengkapan data *baseline* hingga data kelahiran dan keberadaan suami di rumah. Kriteria eksklusi adalah ketidaklengkapan data dari data *baseline* dan data kelahiran serta ketidakberadaan suami di rumah

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kejadian BBLR dan variabel independen adalah literasi kesehatan kehamilan yang diukur dari paparan informasi perawatan kehamilan dan perawatan kehamilan serta mempertimbangkan variabel luar yang terdiri dari usia ibu, tingkat pendidikan, sosial ekonomi, tinggi badan ibu dan riwayat kehamilan sebelumnya. Analisis bivariabel menggunakan uji *chi-square* dengan taraf signifikansi nilai $p < 0,05$ dan tingkat kepercayaan 95%.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas usia responden adalah usia produktif yang berkisar antara 20 tahun sampai dengan 35 tahun (76,12%). Responden lebih banyak memiliki tingkat pendidikan rendah (60,90%). Sosial ekonomi rendah dengan jumlah pendapatan berada di bawah UMK (69,55%). Kebanyakan dari responden memiliki tinggi badan yang cukup (92,39%). Mayoritas responden memiliki riwayat kehamilan yang berisiko (66,09%) yang meliputi pernah hamil lebih dari 4 kali, pernah mengalami keguguran, kelahiran BBLR di kehamilan sebelumnya, jumlah paritas yaitu *nulipara* dan *multipara*. Mayoritas responden memiliki literasi kesehatan kehamilan yang tinggi yang diukur dari mayoritas responden telah terpapar informasi tentang perawatan kehamilan (60,90%) dan perilaku perawatan kehamilan yang tinggi (59,86%).

Tabel 2 memperlihatkan bahwa literasi kesehatan kehamilan yang diukur dari paparan informasi tentang perawatan kehamilan dan perawatan kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Paparan informasi tentang perawatan kehamilan pada kelompok kasus (BBLR) menunjukkan bahwa ibu yang kurang terpapar informasi lebih banyak melahirkan bayi dengan BBLR (14,53%) dan pada kelompok kontrol (BBLN) menunjukkan bahwa

ibu yang terpapar informasi tentang perawatan kehamilan lebih banyak melahirkan bayi dengan berat badan normal (50,17%). Hal ini menunjukkan bahwa paparan informasi yang kurang berpeluang lebih besar 2,76 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Tabel 1. Distribusi frekuensi karakteristik responden (n=289)

Variabel	%
Usia ibu	
Rentan	3,88
Produktif	6,12
Tingkat pendidikan	
Rendah	0,90
Tinggi	9,10
Sosial ekonomi	
Rendah	9,55
Cukup	0,45
Tinggi badan ibu	
Cukup	0,61
Kurang	2,39
Riwayat kehamilan sebelumnya	
Berisiko	6,09
Tidak berisiko	3,91
Literasi kesehatan kehamilan:	
Paparan informasi perawatan kehamilan	
Kurang terpapar	9,10
Terpapar	0,90
Perawatan kehamilan	
Rendah	0,14
Tinggi	9,86

Perawatan kehamilan pada kelompok kasus (BBLR) menunjukkan bahwa ibu yang melakukan perawatan kehamilan rendah cenderung melahirkan bayi dengan BBLR (13,49%) sedangkan pada kelompok kontrol (BBLN) ibu dengan perawatan kehamilan tinggi lebih banyak melahirkan bayi dengan berat badan normal (48,10%). Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan perawatan kehamilan rendah berpeluang lebih besar 2,07 kali melahirkan bayi dengan BBLR.

Tabel 2. Literasi Kesehatan Kehamilan dengan Kejadian BBLR

Variabel	Berat badan bayi lahir				nilai p	OR	CI 95%
	N total = 289						
	BBLR (n=73)		BBLN (n=213)				
N	%	N	%				
Paparan informasi perawatan kehamilan							
Kurang terpapar	42	14,53	71	24,57	0,000*	2,76	1,55-4,95
Terpapar	31	10,73	145	50,17			
Perawatan kehamilan							
Rendah	39	13,49	77	26,64	0,007*	2,07	1,16-3,67
Tinggi	34	11,76	139	48,10			

Keterangan: *= nilai p signifikan (<0.05)

Tabel 3 menunjukkan hubungan yang signifikan antara variabel usia dengan nilai $p = 0,002$, dan nilai OR sebesar 2,43 (CI 95%: 1,29-4,51), sosial ekonomi dengan nilai $p = 0,015$, dan nilai OR sebesar 2,19 (CI 95%: 1,11-4,54), tinggi badan ibu dengan nilai $p = 0,000$ dan nilai OR sebesar 4,98 (CI 95%: 1,85-13,80), riwayat kehamilan sebelumnya dengan nilai $p = 0,005$ dan nilai

OR sebesar 2,41 (CI 95%: 1,24-4,87) terhadap kejadian BBLR. Namun, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan (nilai $p = 0,495$) dan nilai OR sebesar 0,83 (CI 95%: 0,46-1,48) dengan kejadian BBLR, karena menunjukkan adanya peluang kejadian BBLR yang sama antara kelompok BBLR dan kelompok BBLN.

Tabel 3. Variabel luar dengan kejadian BBLR

Variabel	Berat badan bayi lahir				nilai p	OR	CI 95%
	N total = 289						
	BBLR (n=73)		BBLN (n=213)				
N	%	N	%				
Usia ibu							
Usia rentan	27	9,34	42	14,53	0,002*	2,43	1,29-4,51
Usia Produktif	46	15,92	174	60,21			
Tingkat pendidikan							
Rendah	42	14,53	134	46,37	0,495	0,83	0,46-1,48
Tinggi	31	10,73	82	28,37			
Sosial ekonomi							
Rendah	59	20,42	142	49,13	0,015*	2,19	1,11-4,54
Cukup	14	4,84	74	25,61			
Tinggi badan ibu							
Pendek	13	4,50	9	3,11	0,000*	4,98	1,85-13,80
Tinggi	60	20,76	207	71,63			
Riwayat kehamilan Sebelumnya							
Berisiko	58	20,07	133	46,02	0,005*	2,41	1,24-4,87
Tidak berisiko	15	5,19	83	28,72			

Keterangan: *= nilai p signifikan (<0.05).

BAHASAN

Paparan informasi perawatan kehamilan dengan kejadian BBLR

Pada penelitian ini, paparan informasi perawatan kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Ibu yang kurang terpapar informasi kehamilan berpeluang lebih besar 2,766 kali melahirkan bayi BBLR dibandingkan dengan yang terpapar informasi. Hal ini didukung oleh penelitian lain yang menyebutkan bahwa ibu hamil yang terpapar promosi kesehatan kehamilan secara signifikan akan melakukan perubahan gaya hidup selama masa kehamilan, serta pemanfaatan pelayanan kesehatan kehamilan [16,17]. Paparan informasi yang cukup akan mempengaruhi literasi kesehatan, yaitu meningkatkan kemampuan untuk mengetahui, memahami dan melaksanakan tindakan berdasarkan informasi yang didapat [18]. Namun, paparan informasi tidak akan berdampak langsung dengan kondisi akhir dari kehamilan, tapi juga dipengaruhi oleh hal-hal lain seperti pengurangan pajanan rokok dan kemampuan ibu dalam perawatan kehamilan [19]. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa ibu

dengan literasi kesehatan yang rendah akan kurang dalam melakukan konseling kesehatan sejak pra kehamilan dan baru melakukan perawatan kehamilan saat akhir usia kehamilan [20].

Paparan informasi yang didapatkan oleh ibu hamil juga harus dikuatkan dengan adanya konsultasi langsung dengan tenaga kesehatan melalui kunjungan *antenatal*, karena tidak semua informasi kesehatan mudah dipahami dan dapat memenuhi kebutuhan informasi ibu hamil [21]. Dubey, et al (2015) menyebutkan bahwa kejadian BBLR yang berhubungan dengan kurangnya literasi kesehatan, memiliki keterkaitan dengan rendahnya kesadaran ibu terkait ketersediaan dan fungsi dari *antenatal care* [22]. Solhi, Abbasi, Ebadi, & Azar (2019) juga menyebutkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan terbukti memiliki hubungan yang signifikan antara perawatan ibu hamil dengan literasi kesehatan [23].

Hubungan perawatan kehamilan dengan kejadian BBLR

Perawatan kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Perawatan kehamilan di sini meliputi: kunjungan ibu ke

pelayanan kesehatan saat hamil yang dilihat dari kunjungan ANC, tempat ibu mendapatkan perawatan kehamilan, orang yang memberikan perawatan kehamilan pada ibu, ibu mengonsumsi atau tidak suplemen vitamin, tablet besi, dan mendapatkan suntikan tetanus, serta kebiasaan makan ibu selama hamil. Pada penelitian ini ibu yang melakukan perawatan kehamilan rendah berpeluang lebih besar 2,070 kali dibandingkan dengan yang melakukan perawatan kehamilan tinggi. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa kurangnya pemanfaatan pelayanan ANC, konsumsi tablet besi dan makanan tambahan selama kehamilan dapat meningkatkan risiko kelahiran bayi dengan BBLR [24]. Hasil penelitian lainnya juga menunjukkan bahwa pemanfaatan perawatan kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR [25]. Ahmed, Hassen, & Wakayo (2018) juga menyebutkan ibu yang kurang dalam melakukan kunjungan ANC memiliki peluang lebih besar 3,61 melahirkan bayi dengan BBLR [26].

Pemanfaatan *antenatal care* (ANC) selama masa kehamilan merupakan sarana langsung bagi ibu hamil untuk mendapatkan informasi kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan dan mengetahui risiko terkait kehamilan, sehingga dapat dilakukan pencegahan maupun penatalaksanaan jika kehamilan disertai dengan penyakit tertentu [27]. Hal ini didukung oleh penelitian Haftu, *et al* (2018) yang menyebutkan bahwa ibu yang patuh melakukan perawatan kehamilan dengan melakukan kunjungan ANC selama kehamilan akan menurunkan jumlah kelahiran bayi dengan BBLR [28]. Cakupan ANC di Kabupaten Lombok Utara masih belum mencapai target 98% di semua kunjungan K1 dan K4, meskipun pada kunjungan K1 sudah mencapai 109,8% namun pada K4 baru mencapai 93% [6].

Hubungan usia ibu dengan kejadian BBLR

Penelitian ini menemukan bahwa usia ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Ibu yang hamil pada usia rentan yaitu < 20 tahun dan > 35 tahun berpeluang 2,431 kali melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan ibu yang hamil pada usia produktif, yaitu ibu yang hamil pada usia 20-35 tahun.

Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa usia ibu yang muda memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR [29]. Wanita yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 34 tahun terbukti lebih besar mengalami kelahiran BBLR dibandingkan dengan yang berusia 25-29 tahun [30]. Penelitian lain juga menyebutkan

bahwa semakin tinggi usia ibu maka akan meningkatkan kelahiran bayi BBLR, selain itu BBLR juga lebih tinggi terjadi pada ibu yang berusia muda atau < 20 tahun [31]. Hal ini dikarenakan wanita yang hamil pada usia < 20 tahun sangat rentan mengalami kekurangan gizi sehingga berpengaruh pada pertumbuhan janin, sedangkan pada usia 35 tahun telah terjadi penurunan fungsi organ reproduksi sehingga berisiko mengalami komplikasi saat persalinan [32].

Hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian BBLR

Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian BBLR. Tingkat pendidikan yang rendah maupun yang tinggi memiliki peluang yang sama terhadap kejadian BBLR. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah kelahiran bayi berat normal pada ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah cukup tinggi (46,37%) dibandingkan dengan kelahiran BBLR (14,53%).

Hal tersebut didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR [29]. Namun, hasil ini juga bertolak belakang dengan penelitian lain yang menyebutkan bahwa ibu yang telah menyelesaikan sekolah dasar, SMP dan SMA lebih sedikit melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak bersekolah [33].

Penyebab tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR, kemungkinan dipengaruhi oleh pengetahuan kesehatan yang telah dimiliki ibu karena telah terpapar informasi perawatan kehamilan di saat kehamilan, sehingga menyebabkan ibu lebih memperhatikan kondisi kesehatan kehamilannya. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan akan meningkatkan literasi kesehatan, sehingga dapat meningkatkan perhatian terhadap kondisi kesehatan [34].

Hubungan sosial ekonomi dengan kejadian BBLR

Pada penelitian ini terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi sosial ekonomi yang diukur dari jumlah pendapatan per bulan dari suami ibu hamil memiliki dengan kejadian BBLR. Ibu dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah, yaitu pendapatan suami kurang dari UMK memiliki peluang lebih besar 2,196 kali melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan kondisi sosial ekonomi cukup.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa rumah tangga yang memiliki penghasilan kurang dari upah minimal memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR [35]. Jumlah pendapatan yang kurang kemungkinan akan mempengaruhi kecukupan nutrisi yang terdapat pada makanan yang dikonsumsi ibu, sehingga juga akan mempengaruhi pertumbuhan janin. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa kondisi sosial ekonomi memiliki hubungan dengan kebutuhan nutrisi yang tidak tercukupi pada ibu hamil dan status ekonomi yang rendah memiliki kemungkinan yang lebih besar terhadap peningkatan kondisi ketidakamanan pangan ibu hamil [36]. Pada penelitian ini terdapat data terkait nutrisi yang diperoleh ibu hamil selama kehamilan, namun tidak dianalisis dan dijadikan variabel penelitian.

Hubungan tinggi ibu dengan kejadian BBLR

Tinggi badan ibu pada penelitian ini memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Pada penelitian ini, ibu yang memiliki tinggi badan kurang (< 145 cm) berpeluang 4,983 kali melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan ibu yang memiliki tinggi badan yang cukup (≥ 145 cm).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa peluang ibu dengan tinggi kurang untuk melahirkan bayi BBLR lebih tinggi dibandingkan dengan melahirkan bayi dengan berat normal [7]. Tinggi ibu yang kurang juga berhubungan secara signifikan dengan kejadian BBLR [25]. Pada penelitian lain juga menyebutkan bahwa ibu yang pendek menunjukkan adanya kondisi malnutrisi yang kemungkinan dapat diturunkan ke bayinya [37]. Tinggi badan yang kurang akan mempengaruhi ukuran panggul ibu, sehingga menghambat pertumbuhan janin dan penambahan usia gestasi [7]. Ukuran panggul akan berbeda-beda pada setiap individu, dan untuk beberapa kemungkinan, hal tersebut dapat menjelaskan penyebab terhambatnya pertumbuhan bayi, namun tidak cukup kuat untuk menjelaskan kejadian BBLR [38]. Hal ini dikarenakan tinggi badan ibu pada penelitian ini tidak diukur secara langsung, hanya dilihat dari catatan buku KIA ibu, sehingga memungkinkan terjadinya ketidakakuratan data.

Hubungan riwayat kehamilan sebelumnya dengan kejadian BBLR

Penelitian ini menemukan bahwa riwayat kehamilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Riwayat kehamilan yang dimaksud

adalah riwayat kehamilan berisiko yang meliputi: ibu dengan kehamilan pertama kali atau *nullipara* dan ibu dengan kehamilan *multipara* atau lebih dari 4 kali, ibu yang memiliki riwayat kelahiran BBLR dan keguguran di kehamilan sebelumnya.

Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa BBLR tinggi terjadi pada ibu multipara dibandingkan dengan kelompok paritas lainnya, dan secara signifikan meningkat dengan adanya peningkatan jumlah paritas [9,33]. Penelitian lainnya juga menyebutkan bahwa ibu dengan riwayat BBLR sebelumnya dan riwayat kehamilan yang berisiko secara signifikan memiliki hubungan dengan kejadian BBLR [25].

Ibu dengan kehamilan *nullipara* atau pertama kali berisiko melahirkan BBLR dikarenakan kehamilan pertama adalah fase yang belum pernah dialami oleh ibu dan jalan lahir baru akan dicoba dilalui oleh janin. Sebaliknya, pada ibu dengan kehamilan lebih dari 4 kali, atau kehamilan sering akan menyebabkan banyaknya jaringan parut pada rahim, sehingga kekuatan rahim berkurang dan menyebabkan kurangnya persediaan darah ke plasenta sehingga janin tidak mendapatkan nutrisi yang cukup [39]. Begitupun pada ibu yang memiliki riwayat kelahiran BBLR sebelumnya, akan memiliki risiko kelahiran BBLR yang terjadi akibat adanya kelainan uterus seperti septum pada uterus, sehingga menyebabkan kegagalan vaskularisasi ke plasenta dan mengurangi kapasitas endometrium sehingga menghambat pertumbuhan janin [40].

Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa literasi kesehatan kehamilan yang diukur dari paparan ibu terhadap informasi perawatan kehamilan dan tindakan perawatan kehamilan yang dilakukan ibu memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian BBLR. Perawatan kehamilan merupakan bagian dari kemampuan literasi kesehatan, yaitu pengambilan keputusan kesehatan dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan status kesehatan yang dilakukan setelah adanya informasi kesehatan dan pengetahuan kesehatan [18]. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa wanita dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah akan cenderung berperilaku tidak sehat, seperti memperlambat melakukan pemeriksaan kesehatan, perawatan kehamilan, serta kurang dalam melakukan tindak lanjut terhadap hasil dari pemeriksaan kesehatan [20].

Oleh karena itu, upaya peningkatan literasi kesehatan pada ibu hamil akan meningkatkan kesehatan kehamilan dan berat badan bayi. Dalam upaya peningkatan tersebut diperlukan pemanfaatan

informasi kesehatan dalam bentuk promosi kesehatan melalui berbagai media [22,41].

SIMPULAN

Penelitian menghasilkan kesimpulan meliputi (1) terdapat hubungan yang signifikan antara paparan informasi perawatan kehamilan dengan kejadian BBLR, (2) terdapat hubungan yang signifikan antara perawatan kehamilan dengan kejadian BBLR, (3) terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu, sosial ekonomi, tinggi badan ibu dan riwayat kehamilan sebelumnya dengan kejadian BBLR. Penelitian juga merekomendasikan perlu penyebaran informasi dan edukasi yang lebih banyak tentang perawatan kehamilan yang dilakukan dengan cara mengemas pesan kesehatan tentang kehamilan di dalam kegiatan hiburan yang disenangi oleh masyarakat. Informasi juga dapat disebarluaskan melalui posyandu yang telah terlaksana dan meningkatkan cakupan ANC dan kualitas pelayanan perawatan kehamilan terutama kualitas pemberi layanan, yaitu tenaga kesehatan, terutama dokter, perawat, dan bidan.

PUSTAKA

1. Sudha G, Reddy TM, Narasimhulu S, Reddy KK, Reddy SS. Prevalence and Correlates of Low Birth Weight in Chittoor District of Andhra Pradesh, India. *Obstetrics and Gynecology International*. 2017;7: 00233.
2. Kementerian Kesehatan. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2016.
3. UNICEF. Undernourishment in the Womb Can Lead to Diminished Potential and Predispose Infants to Early Death. 2011.
4. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs to SDGs SDG Health and Health-Related Targets. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2013.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2017. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat; 2017.
7. Syed W, Kamath VC. Maternal short stature: A risk factor for low birth weight in neonates. *Journal of Medical & Allied Sciences*. 2012;2: 62–65.
8. Mumbare SS, Maindarkar G, Darade R, Yenge S, Tolani MK, Patole K. Maternal risk factors associated with term low birth weight neonates: a matched-pair case control study. *Indian Pediatrics*. 2012;49: 25–28.
9. Azhar BS, Islam KS, Ferdouse A, Afrin S. Maternal obstetric and morbidity factors in relation to infant birth weight. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*. 2014;2: 539–547.
10. Das A, Sarkar M. Pregnancy-related health information-seeking behaviors among rural pregnant women in India: validating the Wilson model in the Indian context. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2014;87: 251–262.
11. Smith SA, Carroll LN. Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications. *Information Services & Use*. 2017;37: 235–252.
12. Mackert M, Guadagno M, Lazard A, Donovan E, Rochlen A, Garcia A, et al. Engaging men in prenatal health promotion: a pilot evaluation of targeted e-health content. *American Journal of Men's Health*. 2016;11: 719–725.
13. Lori JR, Dahlem CHY, Ackah JV, Adanu RMK. Examining antenatal health literacy in Ghana. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46: 432–440.
14. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13: 948.
15. Wright SC, Biya TT, Chokwe ME. The effectiveness of a pregnancy leaflet to promote health in Tshwane, South Africa. *Health SA Gesondheid*. 2014;19.
16. Poels M, van Stel HF, Franx A, Koster MPH. The effect of a local promotional campaign on preconceptional lifestyle changes and the use of preconception care. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2018;23: 38–44.
17. Zamawe COF, Banda M, Dube AN. The impact of a community driven mass media campaign on the utilisation of maternal health care services in rural Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16: 21.
18. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. *総合健診*. 2015;42: 450–456.
19. Carrara VI, Hogan C, De Pree C, Nosten F, McGready R. Improved pregnancy outcome in refugees and migrants despite low literacy on the Thai-Burmese border: results of three

- cross-sectional surveys. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11: 45.
20. Kilfoyle KA, Vitko M, O’Conor R, Bailey SC. Health Literacy and Women’s Reproductive Health: A Systematic Review. *Journal of Women’s Health*. 2016;25: 1237–1255.
 21. Grimes HA, Forster DA, Newton MS. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 2014;30: e26–33.
 22. Dubey M, Rout AJ, Ram R, Sha JB, Chakraborty M, Biswas N. Relationship between low birth weight of babies and antenatal care of mothers: A cross sectional study at a tertiary care hospital of Kishanganj. *Bihar Mathematical Society Journal*. 2014;4.
 23. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community based Nursing and Midwifery*. 2019;7: 2–12.
 24. Acharya D, Singh JK, Kadel R, Yoo S-J, Park J-H, Lee K. Maternal Factors and Utilization of the Antenatal Care Services during Pregnancy Associated with Low Birth Weight in Rural Nepal: Analyses of the Antenatal Care and Birth Weight Records of the MATRI-SUMAN Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15.
 25. Domple VK, Doibale MK, Nair A, Rajput PS. Assessment of maternal risk factors associated with low birth weight neonates at a tertiary hospital, Nanded, Maharashtra. *Nigerian Medical Journal*. 2016;57: 37.
 26. Ahmed S, Hassen K, Wakayo T. A health facility cross-sectional study in Ghana. *Reproductive Health*. 2019;16: 70.
 27. Razazi R, Aliha JM, Amin A, Taghavi S, Ghadrdoost B, Naderi N. The relationship between health literacy and knowledge about heart failure with recurrent admission of heart failure patients. *Research in Cardiovascular Medicine*. 2018;7: 123.
 28. Zhou H, Wang A, Huang X, Guo S, Yang Y, Martin K, et al. Quality antenatal care protects against low birth weight in 42 poor counties of Western China. *PLoS One*. 2019;14: e0210393.
 29. Yadegari L, Dolatian M, Mahmoodi Z, Shahsavari S, Sharifi N. The Relationship Between Socioeconomic Factors and Food Security in Pregnant Women. *Shiraz E-Medical Journal*. 2017.
 30. Sumarmi S. Maternal Short Stature and Neonatal Stunting: An Inter-Generational Cycle Of based case-control study on determinants of low birth weight in Dasse town, Northeast Ethiopia: the role of nutritional factors. *Nutrition Journal*. 2018;17: 103.
 31. World Health Organization. WHO recommendation on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016.
 32. Haftu A, Hagos H, Mehari M-A, G/Her B. Pregnant women adherence level to antenatal care visit and its effect on perinatal outcome among mothers in Tigray Public Health institutions, 2017: cohort study. *BMC Research Notes*. 2018;11: 872.
 33. Sutan R, Mohamed N, Tamil AM, Yusof A. A case control study on maternal health-seeking behavior at pre-pregnancy stage among mothers with low birth weight babies. *Women’s Health Gynecology*. 2016;2.
 34. Restrepo-Méndez MC, Lawlor DA, Horta BL, Matijasevich A, Santos IS, Menezes AMB, et al. The association of maternal age with birthweight and gestational age: a cross-cohort comparison. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2015;29: 31–40.
 35. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reproductive Health*. 2018;15: 157.
 36. Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Kandungan dan KB*. Jakarta: EGC; 2010.
 37. Mohammed S, Bonsing I, Yakubu I, Wondong WP. Maternal obstetric and socio-demographic determinants of low birth weight: a retrospective (Malnutrition) Development of a WHO growth reference for school-age children and adolescents Buletin of WHO. 2016;85: 667.
 38. Inoue S, Naruse H, Yorifuji T, Kato T, Murakoshi T, Doi H, et al. Association between Short Maternal Height and Low Birth Weight: a Hospital-based Study in Japan. *Journal of Korean Medical Science*. 2016;31: 353–359.
 39. BKKBN. *Deteksi Dini Komplikasi Persalinan*. Jakarta: BKKBN; 2006.
 40. Prawirohardjo S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
 41. Akbarinejad F, Soleymani MR, Shahrzadi L. The relationship between media literacy and health literacy among pregnant women in health centers of Isfahan. *Journal of Education and Health Promotion*. 2017;6: 17.