

**HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DENGAN BAYI BERAT
LAHIR RENDAH (BBLR) DI PKU MUHAMMADIYAH BANTUL
YOGYAKARTA TAHUN 2012-2013**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun Oleh :
Lutfi Humaeroh
201310104248**

**PROGRAM STUDI BIDAN PENDIDIK JENJANG D IV
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
TAHUN 2014**

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DENGAN BAYI BERAT
LAHIR RENDAH (BBLR) DI PKU MUHAMMADIYAH BANTUL
YOGYAKARTA TAHUN 2012-2013**

NASKAH PUBLIKASI



**Disusun Oleh:
Lutfi Humaeroh
201310104248**

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian
Skripsi Pada Program Studi Bidan Pendidik Jenjang DIV
STIKES 'Aisyiah Yogyakarta

Oleh:
Pembimbing : Sulistyaningsih, S.KM, MH. Kes
Tanggal : 14 Juli 2014
Tanda Tangan :

HUBUNGAN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DENGAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH (BBLR) DI PKU MUHAMMADIYAH BANTUL YOGYAKARTA TAHUN 2012-2013¹

Lutfi Humaeroh² Sulistyaningsih³

Intisari : DIY tahun 2012 terdapat 2.012 kasus BBLR, jumlah kasus tertinggi adalah Kabupaten Bantul (534 kasus). Hasil studi pendahuluan di RSUD Muhammadiyah Bantul, kejadian BBLR yang lahir hidup dan tunggal tahun 2012 sebanyak 85 (8,77%) kelahiran dan tahun 2013 sebanyak 53 (5,67%) kelahiran. Tujuan penelitian adalah diketahui hubungan antara KPD dengan BBLR. Teknik sampel menggunakan simple random sampling yaitu 114 data ibu yang melahirkan hidup dan tunggal. Hasil penelitian ini adalah ada hubungan antara KPD dengan BBLR dengan $p \text{ value} = 0,015 < \alpha (0.05)$ dan $OR = 3,036$.

Kata kunci : KPD, BBLR

Abstract : Yogyakarta in 2012 there were 2.012 cases of low birth weight (LBW) and in Bantul the highest of it (534 cases). The results of a preliminary study at RSUD Muhammadiyah Bantul is live-born LBW in 2012 there were 85 cases (8,77%) and by 2013 there were 53 cases (5,67%). To investigate the correlation between Premature Rupture of the Membranes (PROM) with Low Birth Weight (LBW). Sampling technique using total sampling as many as 114 data of mothers. The result of the study is it can be concluded that there are significant effect of PROM with LBW PKU Muhammadiyah Bantul with statistical test results obtained $p \text{ value} = 0.015 < \alpha (0.05)$ and $OR = 3,036$.

Keywords: Premature Rupture of the Membranes, Low Birth Weight

PENDAHULUAN

Masa pertumbuhan dan perkembangan bayi adalah salah satu periode yang paling rentan dalam siklus hidup manusia dan berat bayi saat lahir menjadi prediktor yang kuat dalam menentukan hal itu (Muthayya, 2009). Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang ketika dilahirkan mempunyai berat badan kurang dari 2500 gram (Manuaba, 2007).

Beberapa negara yang melaporkan insiden BBLR yang lebih tinggi tercatat angka kematian bayi yang lebih tinggi pula, sebanyak 19 juta bayi pertahunnya di negara berkembang merupakan bayi BBLR. Diantara 18 negara di Asia sebanyak 13% dari kelahiran bayi (1 dari 7 kelahiran bayi) mengalami BBLR. Di Indonesia, insidensi BBLR pada tahun 2011 sebesar 11,1%. Indonesia menjadi negara urutan ketiga dengan angka kejadian BBLR tertinggi di dunia setelah Afrika selatan dan India (OECD/WHO, 2012). Di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2012 terdapat 2.012 kasus BBLR dan jumlah kasus tertinggi adalah Kabupaten Bantul (534 kasus).

Berdasarkan angka kejadian BBLR tersebut, BBLR sangat berisiko terhadap kematian bayi. Muthayya (2009) menyebutkan bayi yang berat lahirnya 2.000-2.499 gram berisiko 4 kali lipat lebih tinggi terhadap kematian bayi daripada bayi yang berat lahirnya 2.500-3.499 gram dan semakin parah

pembatasan pertumbuhan dalam kategori BBLR, semakin tinggi pula resikonya, disebabkan organ yang belum matur (Wiknjosastro, 2007).

Organ bayi yang belum matur, antara lain termoregulator belum sempurna, surfaktan dan pembuluh darah belum terbentuk sempurna dan daya tahan tubuh terhadap infeksi berkurang. Hal itu berdampak pada efek jangka pendek seperti hipotermia, hipoglikemi, hiperglikemia, gangguan pernafasan, perdarahan dalam otak dan gangguan imunologik. BBLR juga sensitif terhadap lingkungan yang baru dan dapat menyebabkan bayi mudah terserang penyakit serta memberikan dampak panjang terhadap kehidupannya pada masa depan (Wiknjosastro, 2007).

Dampak panjang yang diakibatkan BBLR, membuat masyarakat menyadari bahwa dengan melahirkan BBLR berarti harus memiliki kesiapan material dan spiritual. Berdasarkan segi material, harus memiliki dana lebih untuk merawat dan membesarkan bayinya, karena BBLR memerlukan perawatan yang lebih intensif di Rumah Sakit maupun di rumah. Berdasarkan spiritual mereka perlu memiliki kesabaran dalam merawat bayinya karena perawatan terhadap BBLR berbeda dengan bayi yang memiliki berat badan normal.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR, salah satu faktornya adalah ketuban pecah dini (KPD). KPD terjadi pada aterm dan preterm, pada aterm 90% terjadi dalam 24 jam sedangkan pada preterm sering lebih lama, sedangkan pada kehamilan 28–30 minggu, 50% inpartu dalam 24 jam dan 80% inpartu dalam 1 minggu (Hanafiah, 2011). Menurut Yulaikhah (2006) KPD pada periode laten merupakan penyebab terbesar persalinan prematur dengan segala akibatnya seperti BBLR. Sejalan dengan Nugroho (2012) yang mengatakan KPD berpengaruh terhadap kejadian BBLR pada persalinan usia kehamilan 34-36 minggu.

Dalam hal ini, pemerintah sebenarnya telah membuat kebijakan yaitu dengan adanya upaya pencegahan dan penanggulangan BBLR. Pencegahan dan penanggulangan BBLR yang dilakukan adalah meningkatkan kualitas SDM, antara lain mengadakan pelatihan manajemen BBLR, melakukan deteksi dini risiko BBLR dengan melakukan pelayanan antenatal yang berkualitas, asuhan persalinan normal/dasar dan pelayanan kesehatan neonatal oleh tenaga profesional. Hal ini merupakan faktor penting untuk memantau kesehatan dan deteksi dini terhadap kelainan pada kehamilan ibu dan janin yang dikandung melalui promosi kesehatan (Dinkes DIY, 2013).

Tujuan penelitian ini diketahuinya hubungan antara KPD dengan BBLR di PKU Muhammadiyah Bantul.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian menggunakan *survey analitik* dengan pendekatan *retrospektif* dan rancangan penelitan *case control*. Teknik sampling menggunakan *simple random sampling* pada data ibu yang melahirkan bayi hidup dan tunggal di PKU Muhammadiyah Bantul, dengan jumlah 57 data ibu yang melahirkan BBLR (kasus) dan 57 data ibu yang melahirkan BBLN (kontrol). Analisis bivariat menggunakan uji chi-square dengan nilai *Odds Rasio* (OR) dan analisis multivariat menggunakan uji regresi linier bergandandengan derajat kesalahan 5%

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Karakteristik subyek penelitian melalui hasil pengambilan data sekunder dari tanggal 2-17 Juni 2014 sebanyak 114 data ibu. Variabel perdarahan antepartum, sebab lain (konsumsi alkohol, merokok dan NAPZA), faktor janin dan faktor plasenta tidak ditemukan kejadian pada subyek yang diteliti oleh peneliti, sedangkan pada variabel status gizi tidak ditemukan data pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) sebagai indikator status gizi. Data penelitian berturut-turut akan dijabarkan sebagai berikut:

Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu di RSUD
PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2012-2013

Sumber : data rekam medik tahun 2012-2013

No	Karakteristik Responden	Kasus (n=57)		Kontrol (n=57)		N	%
		F	%	F	%		
1.	Umur						
	Berisiko (<20 tahun dan > 35 tahun)	11	19,3	8	14,0	19	16,7
	Tidak Berisiko (20-35 tahun)	46	80,7	49	86,0	95	83,3
2.	Paritas (Jumlah Anak)						
	Berisiko (1 dan > 4)	38	66,7	32	56,1	70	61,4
	Tidak Berisiko (2-3)	19	33,3	25	43,9	44	38,6
3.	Jarak Kehamilan						
	Berisiko (< 2 tahun)	6	10,5	4	7,0	10	8,8
	Tidak Berisiko (> 2 tahun)	51	89,5	53	93,0	104	91,2
4.	Pendidikan						
	Dasar (SD)	5	8,8	6	10,5	11	9,6
	Menengah (SMP,SMA)	32	56,1	27	47,4	59	51,8
	Perguruan Tinggi	20	35,1	24	42,1	44	38,6
5.	Pekerjaan						
	Bekerja	33	57,9	36	63,2	69	60,5
	Tidak Bekerja	24	42,1	21	36,8	45	39,5
6.	Anemia						
	Ya	9	15,8	6	10,5	15	13,2
	Tidak	48	84,2	51	89,5	99	86,8
7.	Hipertensi						
	Ya	10	17,5	3	5,3	13	11,4
	Tidak	47	82,5	54	94,7	101	88,6
8.	Preeklamsi/ Eklamsi						
	Ya	5	8,8	0	0	5	4,4
	Tidak	52	91,2	57	100	109	95,6

Sumber : data rekam medik tahun 2012-2013

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas ibu dalam kelompok kasus umur tidak berisiko yaitu 80,7%, paritas berisiko yaitu 66,7% dan jarak kehamilan

tidak berisiko 89,5%, pendidikan menengah yaitu 56,1%, ibu yang bekerja yaitu 57,9%, tidak terjadi anemia yaitu 84,2%, tidak hipertensi yaitu 82,5% dan tidak terjadi preeklamsi/eklamsia yaitu 91,2%.

Kelompok kontrol yang ditunjukkan dari tabel 1, mayoritas umur ibu tidak berisiko yaitu 86,0%, paritas berisiko yaitu 43,9% dan jarak kehamilan tidak berisiko yaitu 93%, pendidikan menengah yaitu 47,4%, ibu yang bekerja yaitu 63,2%, tidak anemia yaitu 89,5% dan tidak hipertensi yaitu 94,7% serta tidak terjadi preeklamsi/eklamsia yaitu 100%.

Paritas ibu yang berisiko lebih banyak mengalami BBLR sebesar 66,7%, dikarenakan risiko komplikasi yang serius, seperti perdarahan dan infeksi meningkat secara bermakna mulai dari persalinan yang keempat dan seterusnya, sehingga ada kecenderungan bayi lahir dengan kondisi BBLR bahkan terjadinya kematian ibu dan bayi (Trihardiani, 2011).

Jarak kehamilan ibu yang tidak berisiko yaitu < 2 tahun, lebih banyak tidak mengalami BBLR sebesar 89,5%, dikarenakan paritas yang < 2 tahun dapat menimbulkan pertumbuhan janin kurang baik, persalinan lama dan perdarahan pada saat persalinan karena keadaan rahim belum pulih dengan baik (Kliegman et al., 2007).

Ibu yang berpendidikan tinggi lebih sedikit mengalami BBLR daripada yang berpendidikan menengah. Sejalan dengan penelitian Suriani (2010) menyimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan dengan kejadian berat bayi lahir rendah dengan nilai $p = 0,000$ (OR = 1,80; 95%CI= 1,43 –2,26). Tingkat pendidikan merupakan faktor yang mendasari pengambilan keputusan. Pendidikan menentukan kemampuan menerima dan mengembangkan pengetahuan dan teknologi. Semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin mampu mengambil keputusan bahwa pelayanan kesehatan selama hamil dapat mencegah gangguan sedini mungkin bagi ibu dan janinnya. Pendidikan juga sangat erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan.

BBLR terjadi lebih banyak pada ibu yang bekerja. Hal ini dikarenakan kelelahan yang berlebihan dapat diakibatkan oleh beban kerja terlalu berat dan posisi tubuh saat bekerja. Kebiasaan mengangkat barang-barang berat didalam pekerjaan sehari-hari pada wanita hamil akan menyebabkan gangguan kesehatan yaitu gangguan tulang punggung dan tulang belakang, hal ini akan membahayakan kehamilannya (Puspitasari, 2010).

Beberapa komplikasi langsung dari kehamilan seperti anemia, preeklamsia/eklamsia, hipertensi, kehamilan kembar, KPD dan kelainan lainnya, keadaan tersebut mengganggu kesehatan ibu dan juga pertumbuhan janin dalam kandungan sehingga meningkatkan resiko kelahiran bayi dengan berat rendah (Cunningham et al., 2005 ; Prawirohardjo, 2008 ; Manuaba, 2010). Tabel 1

menunjukkan ibu yang BBLR lebih banyak terjadi pada ibu yang tidak mengalami kejadian anemia, hipertensi dan preeklamsi/eklamsi, begitu juga dengan kejadian KPD yang ditunjukkan tabel 4 halaman 43.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi variabel di RSUD
PKU Muhammadiyah Bantul tahun 2012-2013

No.	Variabel	2012		2013		Total	
		f	%	f	%		
1.	BBLR						
	BBLR	85	8,77	53	5,67	138	7,25
	Tidak BBLR	884	91,23	881	94,33	1.765	92,74
2.	KPD						
	KPD	47	4,85	63	6,75	110	5,78
	Tidak KPD	922	95,15	871	93,25	1.793	94,22

Sumber : data rekam medik tahun 2012-2013

Tabel 2 menunjukkan kejadian BBLR di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul sebanyak 138 data bayi atau 7,82% dan kecenderungan kejadian BBLR dari tahun 2012-2013 turun. Tabel 2 menunjukkan kasus BBLR tahun 2012-2013 sebanyak 138 (7,82%). Kecenderungan pada tahun 2012-2013 mengalami penurunan. Hal ini dikarenakan pihak rumah sakit mampu memperkuat tindakan promotif dan preventif dengan melakukan pencegahan terhadap terjadinya BBLR, seperti mencegah terjadinya faktor risiko BBLR.

Tindakan pencegahan antara lain mengoptimalkan ANC (*Antenatal Care*) yang berkualitas khususnya pemberian informasi dan edukasi tentang faktor risiko yang menyebabkan BBLR dan penanganan terhadap kondisi medis yang menjadi faktor risiko BBLR.

Kejadian BBLR dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain: KPD, umur ibu, paritas, jarak kehamilan, pekerjaan, pendidikan, kejadian anemia, hipertensi dan preklamsi/eklamsi. Tabel 1 menunjukkan mayoritas umur ibu yang tidak berisiko (20-35 tahun), tidak terjadi BBLR. Sejalan dengan Cunningham (2005) usia reproduksi perempuan adalah 20-35 tahun. Pada usia <20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna dan >35 tahun terjadi penurunan kesehatan reproduktif.

Pegangan hidup umat Islam di dunia ini adalah Al-Quran dan Al-Hadist, Allah SWT berfirman dalam QS. An-Nisa' ayat 9:

وَلْيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكَوْا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ
فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَيْلِقُوا قَوْلًا سَدِيدًا

Artinya : “Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka, oleh sebab itu

hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan Hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar.”

Ayat tersebut, secara eksplisit menganjurkan kepada orang tua untuk tidak meninggalkan dan menelantarkan keturunannya yang lemah. Orang tua harus menjaga anaknya, baik sejak kehamilan, menyusui anak, merawat dan membesarkan anak.

Kejadian KPD sebanyak 110 data ibu atau 7,82% dan kecenderungan kejadian BBLR dari tahun 2012-2013 naik. Tabel 3 menunjukkan kejadian KPD tahun 2012-2013 memiliki kecenderungan naik. Hal ini dikarenakan ketuban pecah dini diakibatkan oleh beberapa faktor risiko yang tidak diketahui secara pasti.

Menurut Prawirohardjo (2010) penyebab KPD belum diketahui secara pasti, namun kemungkinan yang menjadi faktor predisposisi adalah infeksi, selaput ketuban yang abnormal, serviks inkompetensia, kelainan letak janin, usia ibu <20 tahun dan >35 tahun, faktor multigraviditas/paritas, riwayat KPD sebelumnya, defisiensi gizi yaitu tembaga atau asam askorbat, ketegangan rahim yang berlebihan, kesempitan panggul, kelelahan ibu dalam bekerja, serta trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam dan amniosintesis.

Berdasarkan paritas, primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Ibu primipara yang mengalami KPD berkaitan dengan kondisi psikologis, mencakup sakit saat hamil, gangguan fisiologis seperti emosi dan termasuk kecemasan akan kehamilan (Cunningham, 2006). Penelitian ini menunjukkan (tabel 1 halaman 40) jumlah paritas berisiko (1 dan ≥ 4) lebih banyak dibandingkan paritas yang tidak berisiko (2-3).

Berdasarkan usia ibu, lebih banyak pada ibu yang tidak berisiko yaitu (20-35 tahun). Sejalan dengan Nugroho (2012) umur yang ≤ 20 tahun, termasuk usia yang terlalu muda dengan keadaan uterus yang kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan mengalami KPD. Sedangkan ibu dengan usia ≥ 35 tahun tergolong usia yang terlalu tua untuk melahirkan khususnya pada ibu primi (tua) dan berisiko tinggi mengalami KPD.

Tabel 4. Tabel Silang Hubungan Kejadian KPD dengan BBLR di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2012-2013

Kejadian KPD	Kejadian BBLR				Total		X ²	p value	OR
	BBLR		Tidak BBLR		F	%			
	f	%	f	%					
KPD	19	16,67	8	7,02	27	23,69	5,872	0,015	3,063
Tidak KPD	38	33,33	49	42,98	87	76,31			
Total	57	50	57	50	114	100			

Sumber : data rekam medik tahun 2012-2013

Tabel 4 menunjukkan mayoritas adalah ibu yang tidak mengalami KPD dengan tidak BBLR yaitu 49 (42,98%) Nilai X² = 5,872 (> X tabel yaitu 3,841) dan p value=0,015 (<0,05) menunjukkan ada hubungan antara KPD dengan BBLR. Nilai OR=3,063, artinya ibu dengan kejadian KPD memiliki peluang

3,063 kali untuk mengalami BBLR dibandingkan ibu yang tidak KPD

Salah satu faktor risiko BBLR adalah KPD. Tabel 3 menunjukkan OR KPD terhadap BBLR adalah 3,063 yang artinya ibu dengan kejadian KPD memiliki peluang 3,063 kali untuk mengalami BBLR dibandingkan ibu yang tidak KPD. Sejalan dengan hasil penelitian Nugroho (2012) menyebutkan KPD berpengaruh terhadap kejadian BBLR pada persalinan usia kehamilan 34-36 minggu dengan nilai $p < 0,0001$ CI95%=7,64-110,69 dan Rasio Prevalens = 29,07 sedangkan pada penelitian ini ditunjukan pada tabel 4 halaman 43, tahun 2012 sebesar 16,67% dan tahun 2013 sebesar 7,02%.

Manuaba (2010) menyebutkan KPD merupakan komplikasi langsung dalam kehamilan yang mengganggu kesehatan ibu dan juga pertumbuhan janin dalam kandungan sehingga meningkatkan resiko kelahiran BBLR. KPD juga menyebabkan oligohidromnion yang akan menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia dan hipoksia pada janin dan membuat nutrisi ke janin berkurang serta pertumbuhannya terganggu (Manuaba, 2010).

Penelitian ini menunjukkan ada hubungan secara signifikan antara KPD dengan BBLR, seperti yang ditunjukan tabel 4 halaman 43 bahwa $p\ value = 0,015$. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Nugroho (2012) yang mengatakan KPD berpengaruh terhadap kejadian BBLR pada persalinan usia kehamilan 34-36 minggu.

Menurut Prawirohardjo (2008) terjadinya selaput ketuban pecah karena ketidakseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraselular matriks, perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen. Salah satu komplikasi dari KPD adalah meningkatkan resiko persalinan prematur dan melahirkan bayi dengan berat lahir rendah.

Salah satu faktor penyebab KPD adalah infeksi kehamilan akan tetapi Infeksi juga dapat didapatkan dari adanya KPD. Faktor lain dari KPD adalah serviks yang inkompeten, riwayat KPD terdahulu, paritas, umur ibu dan kehamilan kembar.

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Logistik Berganda
Faktor-faktor Risiko yang mempengaruhi Kejadian BBLR

Variabel	Exp (B)	Sig.
Kejadian KPD	3,646	0,010
Umur	1,770	0,316
Paritas	1,875	0,165
Jarak Kehamilan	1,904	0,417
Pendidikan	0,867	0,674
Pekerjaan	0,574	0,222
Kejadian Anemia	1,613	0,423
Kejadian Hipertensi	1,625	0,550
Kejadian Preeklampsia/Eklampsia	1,591	0,999

Sumber : data rekam medik RSUD Muhammadiyah bantul

Tabel 5 menunjukkan nilai sig. pada variabel KPD adalah 0,01 ($< 0,05$) menunjukkan ada pengaruh dan nilai Exp (B) 3,646 lebih besar dari variabel lainnya, sehingga lebih berpengaruh terhadap kejadian BBLR. Tabel 5, menunjukkan faktor yang paling berpengaruh terhadap BBLR adalah KPD,

karena KPD menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim, sehingga memudahkan terjadinya infeksi ascenden. Selain itu, infeksi dalam kehamilan menyebabkan asupan janin terganggu sehingga luaran janin adalah BBLR dan dapat terjadi partus preterm (Prawirohardjo, 2008). KPD juga dapat menyebabkan oligohidramnion yang akan menekan tali pusat sehingga terjadi asfiksia dan hipoksia pada janin dan membuat nutrisi ke janin berkurang serta pertumbuhannya terganggu (Manuaba, 2010).

Janin dengan asupan nutrisi yang terganggu, dapat terjadi partus preterm yang berisiko terjadinya BBLR yang disebut prematuritas murni (Pantiawati, 2010). Faktor penyebab lainnya adalah usia ibu, paritas, jarak kehamilan, merokok, penggunaan NAPZA, perdarahan antepartum, hipertensi preeklamsi, faktor janin dan faktor plasenta. (Kliegman et al., 2007; Manuaba, 2007). Menurut Prawirohardjo (2006) BBLR dapat ditangani dengan cara: mempertahankan suhu dengan ketat, mencegah infeksi dengan ketat, pengawasan nutrisi dan penimbangan dengan ketat.

SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

- a. Kejadian BBLR di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2012-2013 sebanyak 138 (7,82%) kasus, memiliki kecenderungan turun.
- b. Kejadian KPD di RSUD Muhammadiyah Bantul tahun 2012-2013 sebanyak 110 (5,78%) kasus, memiliki kecenderungan naik.
- c. Ibu yang mengalami KPD mempunyai risiko BBLR 3,063 kali lebih besar dibandingkan yang tidak mengalami KPD.
- d. Ada hubungan antara KPD dengan BBLR (*p value* 0,015).

2. Saran

- a. Bagi ibu hamil
Pencegahan faktor risiko yang dapat mempengaruhi BBLR seperti KPD, paritas ≥ 4 dan pada ibu yang bekerja. Ibu hamil diajarkan untuk ANC rutin, tepat waktu dalam pengambilan keputusan baik oleh dirinya maupun dari pihak keluarga.
- b. Bidan RSUD Muhammadiyah Bantul
Lebih disiplin melakukan pendokumentasian, khususnya mengenai hasil pemeriksaan pada catatan rekam medis pasien.
- c. Peneliti selanjutnya
Bagi peneliti yang ingin melakukan penelitian serupa diharapkan mampu menyempurnakan penelitian ini dengan menambahkan faktor resiko lain yang belum diteliti baik dari faktor risiko BBLR maupun KPD seperti perdarahan antepartum, status gizi, faktor janin dan faktor plasenta.

DAFTAR PUSTAKA

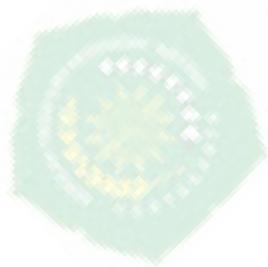
- Chapman, V. 2006. *Asuhan kebidan Persalinan Dan Kelahiran*. Jakarta: EGC.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno. K.J., Gilstap, L.C., Hauth, J.C., dan Wenstrom, K.D. 2009. *Obstetri William*. Edisi 21. Jakarta : EGC.
- Departemen Agama RI. 2010. *Alquran dan terjemahannya*. Jawa Barat: Penertbit Diponegoro
- Dinkes Kabupaten Bantul. 2013. *Profil Kesehatan Kabupaten Bantul 2012*. Bantul. Tersedia dalam: http://dinkes.bantulkab.go.id/documents/20120725082404_narasi-profil-2012.pdf (diakses 10 April 2014).
- Dinkes Provinsi D.I.Yogyakarta. 2013. *Profil Kesehatan 2012 Provinsi D.I.Y*. Tersedia dalam: http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/14_Profil_Kes.Prov.DIYogyakarta_2012.pdf (diakses 3 Desember 2013).
- Kliegman, R et al. 2007. *Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Manuaba, I.B.G; I.A Chandranita Manuaba; I.B.G Fajar Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta : EGC.
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Muthayya, S. 2009. *Maternal nutrition & low birth weight - what is really important?*. Indian J Med Res 130, November 2009, pp 600-608.
- Nugroho, L.C. 2012. *Perbedaan Luaran Janin pada Persalinan Preterm Usia Kehamilan 34-36 Minggu Dengan dan Tanpa Ketuban Pecah Dini*. Semarang : Universitas Diponegoro Semarang.
- OECD/WHO (2012), “*Low birthweight*”. in *Health at a Glance: Asia/ Pacific 2012*, OECD Publishing. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183902-17-en> (Accesed 15 Januari 2014).
- Prawirohardjo, S. 2008. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP – SP.
- Puspitasari, C. 2010. *Hubungan Karakteristik Ibu Bersalin dengan Kejadian BBLR di RSUD dr. Soediran Wonogiri*. Solo : UMS. Tersedia dalam : http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/3662/CAHYA_NI%20-%20SULASTRI%20Fix.pdf?sequence=1 (diakses 20 April 2014).
- Trirahardi, I. 2011. *Faktor Risiko Kejadian BBLR di Wilayah Singkawang Timur dan Utara Kota Singkawang*. Semarang: UNDIP. Tersedia dalam:

http://eprints.undip.ac.id/32555/1/379_Ismi_Trihardiani_G2C309005.pdf
(diakses 14 April 2014).

Wati. 2009. *Hubungan Paritas Ibu dengan BBLR di RSUD Muhammadiyah Bantul Tahun 2009*. Yogyakarta: Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta.

Wiknjosastro, H. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Yulaikhah, L. 2006. *Seri Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta : EGC



STIKES
'Aisyiyah
YOGYAKARTA