

**GAMBARAN FAKTOR PENYEBAB “*INTRAUTERINE  
GROWTH RESTRICTION*” (IUGR) DI RUMAH  
SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK  
SADEWA SLEMAN**

**NASKAH PUBLIKASI**



Disusun oleh :  
Laila Afiliasi Puji Nuraini  
1610104175

**PROGRAM STUDI BIDAN PENDIDIK DIPLOMA IV  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA  
2017**

**GAMBARAN FAKTOR PENYEBAB “*INTRAUTERINE  
GROWTH RESTRICTION*” (IUGR) DI RUMAH  
SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK  
SADEWA SLEMAN**

**NASKAH PUBLIKASI**

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat  
Mencapai Gelar Sarjana Sains Terapan  
Program Studi Bidan Pendidik Jenjang Diploma IV  
Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas ,Aisyiyah Yogyakarta



Disusun Oleh :  
Laila Afiliasi Puji Nuraini  
1610104175

**PROGRAM STUDI BIDAN PENDIDIK DIPLOMA IV  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA  
2017**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**GAMBARAN FAKTOR *PENYEBAB* "INTRAUTERINE GROWTH  
RESTRICTION" (IUGR) DI RUMAH SAKIT  
KHUSUS IBU DAN ANAK SADEWA  
SLEMAN**

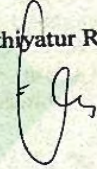
**NASKAH PUBLIKASI**

Disusun Oleh :  
Laila Afiliasi Puji Nuraini  
1610104175

Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Dipublikasikan  
Program Studi Bidan Pendidik Diploma IV  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Di Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

Oleh :

Pembimbing : Fathiyatur Rohmah , SST., M.Kes  
Tanggal :  
Tanda tangan :



# GAMBARAN FAKTOR PENYEBAB “*INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION*” (IUGR) DI RUMAH SAKIT KHUSUS IBU DAN ANAK SADEWA SLEMAN

Laila Afiliasi Puji Nuraini, Fathiyatur Rohmah  
Email : lailaoshin29@gmail.com

**Tujuan penelitian** : untuk mengetahui gambaran faktor penyebab IUGR di RSKIA Sadewa, Sleman, Yogyakarta Pada tahun 2016. **Metode Penelitian** : Menggunakan jenis kuantitatif, dengan desain deskriptif analitik. Pendekatan waktu *retrospektif* (1 Januari 2016 hingga 31 Desember 2016). Teknik sampel dalam penelitian ini menggunakan *Total Sampling*, sebanyak 91 kasus IUGR, diambil dari data sekunder. Disajikan secara deskriptif dengan analisis data Univariat. **Hasil** : Ditemukan factor penyebab IUGR dari maternal dan fetal. Faktor maternal yang paling dominan yaitu Anemia sebesar 56 (61.5%) dan usia ibu yang beresiko sebesar 48 (52.8%). Faktor fetal yang paling dominan yaitu *Oligohydramnion* 43 (47.3%). **Simpulan dan Saran** : Ditemukan kasus IUGR sebanyak 91 kasus. Faktor maternal yang paling dominan adalah Anemia dan usia ibu saat hamil. Sedangkan pada faktor fetus yaitu *Oligohydramnion*. Bidan diharapkan dapat melakukan skrining dalam pendiagnosaan IUGR dan RSKIA Sadewa dapat memaksimalkan penggunaan buku KIA pada semua pasien hamil saat pelayanan ANC.

**Kata Kunci** : Faktor Penyebab, IUGR,

**Objective:** The objective of this research is to investigate the description of the factors causing IUGR in Sadewa Maternal Hospital of Sleman, Yogyakarta in 2016. **Method:** The study was quantitative research using descriptive analytic design and cross sectional approach. The study described the number and percentage of the causes of IUGR. The respondents were all cases of IUGR in 2016. The samples were taken as many as 91 respondents using Total Sampling. **Result:** Factors causing IUGR were found from maternal and fetal. The most dominant maternal factors were anemia of 56 (61.5%) and risky age of 48 (52.8%). The most dominant fetal factor was Oligohydramnion 43 (47.3%). **Conclusion and Suggestion:** It is found that there are 91 cases of IUGR. The most dominant maternal factors are anemia and age. Meanwhile, the fetus factor is Oligohydramnion. Midwives are expected to conduct screening for the diagnosis of IUGR. Besides, Sadewa Maternal Hospital should maximize the use of maternal health book in all pregnant patients at ANC services.

**Keywords** : Cause Factor, IUGR

## PENDAHULUAN

Berpijak dari tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) no.3 poin ke 2 bahwa pada tahun 2030, target SDGs adalah mengakhiri kematian yang dapat dicegah pada bayi baru lahir dan balita, dimana setiap negara menargetkan untuk mengurangi kematian neonatal setidaknya menjadi kurang dari 12 per 1000 kelahiran dan kematian balita menjadi serendah 25 per 1000 kelahiran.

Prevalensi IUGR di dunia adalah 6 kali lebih tinggi di negara berkembang, (75%) di antaranya berada di Asia. Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2013, prevalensi IUGR di Indonesia meningkat sekitar 30-40%. Angka pasti insiden IUGR sulit diketahui karena pencatatan tentang usia gestasi tidak tersedia di negara yang sedang berkembang (Winkjosastro 2008).

Pencatatan prevalensi IUGR tidak ada di Indonesia. Pemerintah, Dinas Kesehatan, maupun lembaga riset hanya mempublikasikan angka kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), tanpa mengklasifikasikan usia gestasi dan diagnosa pendukungnya. Tidak semua BBLR dikategorikan IUGR, karena beberapa bayi prematur meskipun berat badan lahirnya <2500gr akan tetapi pertumbuhannya sesuai dengan usia gestasinya. Sedangkan IUGR adalah ketidak mampuan janin dalam mencapai pertumbuhan normalnya, baik dalam kondisi preterm, aterm, maupun posterm.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 persentase BBLR di Indonesia mencapai 10,2%. Persentase BBLR tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Tengah dan terendah di Sumatra Utara, sementara di Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki persentase 9,4%. Dinas kesehatan dan kesejahteraan sosial D.I Yogyakarta menyebutkan bahwa pada tahun 2013 jumlah BBLR sebesar 2.148 kasus, dan Kabupaten Sleman merupakan wilayah dengan kasus BBLR tertinggi yang mencapai 661 kasus ( 4,3 %

), kasus BBLR tertinggi kedua adalah Kabupaten Gunung Kidul 519 kasus ( 6,4 % ) , kemudian diikuti oleh Kabupaten Bantul 469 kasus ( 3,5 %), Kabupaten Kulon Progo 322 kasus ( 6,1 %) dan kota Yogyakarta 277 kasus ( 5,2 %). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, terdapat peningkatan prevalensi BBLR di Sleman tahun 2015 yaitu sebanyak 823 kasus (5,82%).

*World Health Organisation* (WHO) menganjurkan pada negara – negara berkembang seperti Indonesia agar memperhatikan masalah terkait dengan IUGR ini karena akan memberikan beban ganda. Beberapa faktor penyebab IUGR di negara berkembang seperti Indonesia antara lain karena Anemia, Hipertensi, Infeksi, Gemeli, Penyakit Jantung dan Asma (Winkjosastro 2008).

Dampak jangka panjang yang akan muncul yaitu cardiovascular diseases (CVD). Resiko ini akan semakin meningkat bila pada masa kanak- kanak terjadi kenaikan berat badan dengan cepat atau terjadi obesitas. Konsep fisiologi hubungan proses kehidupan intrauterin dengan dampak penyakit kemudian hari ini dikenal sebagai fetal programming. Konsep ini dikembangkan dari hipotesis *Fetal Origin Of Adult Disease* (FOAD) oleh Barker, atau lebih dikenal dengan Barker Hypothesis, yaitu penyakit pada orang dewasa yang telah terprogram sejak kecil (Winkjosastro dalam Sarwono, 2010).

Peran bidan sangat penting saat *Antenatal Care* (ANC), melakukan pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU) secara akurat dan berkala selama kunjungan ANC merupakan salah satu cara deteksi dini adanya kemungkinan IUGR serta masalah kehamilan lainnya. Salah satu kewenangan bidan dalam pemeriksaan saat ANC adalah 10 T yaitu salah satunya dengan pemeriksaan TFU (Departemen Kesehatan 2007).

Studi pendahuluan dilakukan pada bulan Desember 2016 dengan melakukan wawancara pada penanggung

jawab (PJ) kamar bayi, didapatkan RSKIA Sadewa mencapai angka kelahiran kisaran 300 kelahiran perbulan, atau sekitar 4.200 kelahiran pertahun. Pada penelitian sebelumnya oleh Fitriana di RSUD Sleman disebutkan data BBLR tahun 2015 ada 79 kasus. Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSKIA Sadewa angka kejadian kehamilan dengan *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) pada tahun 2016 sebanyak 108 kasus. Maka memberi dorongan bagi peneliti untuk meneliti tentang gambaran faktor penyebab IUGR di RSKIA Sadewa, Sleman Yogyakarta pada tahun 2016.

## METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik. Pengambilan datanya menggunakan pendekatan waktu Retrospektif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh seluruh pasien masuk rawat inap dengan diagnosa IUGR yang berjumlah 108 kasus sejak Januari 2016 sampai Desember 2016. Sampel yang digunakan dalam penelitian yaitu sebanyak 91 kasus IUGR. Karena terdapat 17 kasus IUGR yang masuk kriteria eksklusi. Pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik total sampling.

## HASIL ANALISIS

### 1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 distribusi frekuensi berdasarkan faktor penyebab IUGR

Klasifikasi	Frekuensi	%
<b>Faktor penyebab</b>		
Anemia	56	61.5 %
Usia	48	52.8 %
<i>Oligohydramnion</i>	43	47.3%
Preeklamsia	19	20.9 %
Hipertensi	14	15.4 %
Riwayat Asma	11	12.1 %
Status Gizi	8	8.8 %
Riwayat Jantung	7	7.7 %
Perokok	7	7.7 %
Infeksi	5	5.5 %
Gemeli	4	4.4 %

Kelainan Kongenital	2	2.2 %
---------------------	---	-------

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

## 2. Deskripsi Hasil Penelitian

### a. Gambaran Penyebab IUGR berdasarkan Faktor Maternal

#### 1) Anemia

Tabel 4.2 Penyebab IUGR berdasarkan faktor Anemia

Anemia	Frekuensi	%
Tidak anemia	35	38.5 %
Anemia ringan	51	56.0 %
Anemia sedang	5	5.5 %
Anemia berat	0	0 %
Total	91	100 %

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

#### 2) Faktor Usia

Tabel 4.4 Penyebab IUGR berdasarkan faktor Usia

Usia Ibu	Frekuensi	%
Usia yang tidak beresiko (20 sampai 35 tahun)	43	47.3 %
Usia yang beresiko (<20 dan >35 tahun)	48	52.8%
Total	91	100 %

Sumber :Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

#### 3) Hipertensi

Tabel 4.5 Penyebab IUGR berdasarkan faktor Hipertensi

Hipertensi Dalam Kehamilan	Frekuensi	%
Tidak hipertensi	77	84.6 %
Hipertensi Gestasional	12	13.2 %
Hipertensi Kronik	2	2.2 %
Total	91	100%

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

4) Preeklamsia  
Tabel 4.6 Penyebab IUGR berdasarkan faktor Preeklamsia

Preeklamsia	frekuensi	%
Tidak Preeklamsia	73	80.2%
Preeklamsia	18	19.8%
Total	91	100 %

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

5) Riwayat penyakit Asma  
Tabel 4.7 Penyebab IUGR berdasarkan faktor riwayat penyakit asma

Penyakit asma	Frekuensi	%
Tidak ada riwayat penyakit asma	84	92.3 %
Ada riwayat penyakit asma	7	7.7 %
Total	91	100%

Sumber :Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

6) Status Gizi

Tabel 4.8 Penyebab IUGR berdasarkan faktor status gizi

Indeks Masa Tubuh (IMT)	Frekuensi	%
Sangat kurus < 17	3	3.3%
Kurus 17-18.4	22	24.2%
Normal 18.5 -25	58	63.7%
Gemuk 25.1 – 27	7	7.7%
Sangat gemuk > 27.1	1	1.1%
Total	91	100%

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

7) Riwayat Penyakit Jantung  
Tabel 4.10 Penyebab IUGR berdasarkan faktor riwayat penyakit jantung

Penyakit jantung	Frekuensi	%
Tidak ada riwayat penyakit jantung	84	92.3 %
Ada riwayat penyakit jantung	7	7.7 %
Total	91	100%

Sumber :Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

8) Perokok  
Tabel 4.11 Penyebab IUGR berdasarkan faktor perokok

Perokok	Frekuensi	%
Tidak Merokok	84	92.3 %
Perokok aktif	0	0 %
Perokok pasif	7	7.7 %
Total	91	100 %

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

9) Infeksi  
Tabel 4.12 Penyebab IUGR berdasarkan Riwayat Infeksi

Riwayat Infeksi	Frekuensi	%
Tidak ada riwayat infeksi	86	94.5 %
TORCH	2	2.2 %
Hepatitis B	3	3.3 %
Total	91	100 %

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

#### b. Gambaran Penyebab IUGR berdasarkan Faktor Fetal

1) *Oligohydramnion*  
Tabel 4.13 Penyebab IUGR berdasarkan faktor fetal

Faktor Fetal	Frekuensi	%
Tidak ada faktor pencetus dari fetal <i>Oligohydramnion</i>	42	46.2%
Gemeli	43	47.3%
Kelainan Kongenital	4	4.4 %
Total	2	2.2 %
	91	100 %

Sumber : Data Rekam Medis Pasien IUGR RSKIA Sadewa Tahun 2016

## PEMBAHASAN

### 1. Gambaran Penyebab IUGR di RSKIA Sadewa Berdasarkan Faktor Maternal

Faktor maternal yang ditemukan pada penelitian ini diantaranya yaitu anemia, usia, Status Gizi, Hipertensi, Preeklamsia, infeksi, riwayat jantung, riwayat asma, dan perokok.

#### a. Anemia

Berdasarkan faktor maternal, penyebab IUGR yang tertinggi pada penelitian ini yaitu anemia.

Pada data yang diambil didapatkan hasil bahwa responden dengan anemia ringan sebanyak 51 responden (56.0%). Berdasarkan teori dari (Saifuddin 2002), ibu hamil dengan kondisi anemia menyebabkan berkurangnya suplai oksigen pada metabolisme. Berkurangnya kadar hemoglobin untuk mengikat oksigen dapat mengakibatkan efek tidak langsung pada ibu dan bayi antara lain pertumbuhan janin terhambat / IUGR, BBLR, dan menyebabkan perdarahan pada ibu saat melahirkan.

Peran bidan dalam hal ini sangat penting karena sebenarnya anemia dapat dicegah. Tugas bidan dalam melakukan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil pada (PERMENKES 2014) ayat (3) yaitu meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, pemberian imunisasi, suplementasi gizi, konsultasi kesehatan, dan pelayanan kesehatan lainnya.

b. Usia Ibu

Pada penelitian ini responden yang masuk pada usia yang beresiko (< 20 tahun dan > 35 tahun) dengan diagnosa IUGR sebanyak 48 responden (52.8%). Menurut (Winkjosastro 2008) usia ibu berpengaruh pada pertumbuhan janin. Usia yang beresiko tinggi adalah dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun. Jika usia ibu semakin muda maka aliran darah menuju serviks dan uterus masih belum sempurna sehingga penyaluran nutrisi dari ibu ke janin tidak adekuat. Semakin tua usia ibu maka akan terjadi perubahan pembuluh darah dan menurunnya fungsi hormon yang mengatur proses siklus reproduksi (endometrium) yang juga akan mempengaruhi proses penyaluran nutrisi dari ibu ke janin.

Peran bidan dalam hal ini adalah dengan memberikan KIE pada masyarakat mengenai pentingnya kontrasepsi. Sebagai mana telah diatur dalam (PERMENKES 2014) pasal (22) mengenai penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi bahwa “menunda kehamilan pada pasangan muda atau ibu yang belum berusia 20 (dua puluh) tahun” dan “tidak menginginkan kehamilan pada pasangan suami istri yang berusia lebih dari 35 (tiga puluh lima) tahun”. Sebenarnya kehamilan pada usia yang beresiko dapat dicegah dengan metode kontrasepsi.

c. Preeklamsia

Pada penelitian ini ditemukan responden dengan Preeklamsia sebanyak 19 responden (20.9%). Beberapa teori menyatakan bahwa preeklamsia menjadi faktor penyebab IUGR. Pada preeklamsia terdapat spasmus arteriola spiralis desidua dengan akibat menurunnya aliran darah ke plasenta. Menurunnya aliran darah ke plasenta akan mengakibatkan gangguan fungsi plasenta berupa hipoksia plasenta (Winkjosastro et al, 2008).

Deteksi dini pada kasus preeklamsia juga dapat dilakukan oleh ibu hamil sendiri. Terdapat pada buku KIA halaman 8, pada poin tanda bahaya pada kehamilan ada gambar dan penjelasan “Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang”. Jika ibu hamil dan keluarga diberi penjelasan mengenai tanda bahaya melalui buku KIA ini maka kejadian preeklamsia akan dapat segera ditangani.

d. Hipertensi

Dalam pengambilan data didapatkan responden IUGR dengan Hipertensi Gestasional



sebanyak 12 responden (13.2%), dan 2 responden (2.2%). Pada teorinya baik Hipertensi Kronik maupun Gestasional dalam kehamilan sama – sama berpengaruh terhadap pertumbuhan janin keduanya menjadi penyebab pertumbuhan janin menjadi terhambat / IUGR (Hayward et al. 2012).

Pada pemeriksaan kehamilan di RSKIA setiap ibu hamil yang datang untuk periksa selalu di cek tekanan darahnya. Hal ini di gunakan untuk memantau kesejahteraan ibu dan janin. Pada ibu yang tidak memiliki buku KIA, hasil pemeriksaan tekanan darah didokumentasikan di status pasien. Jika pasien memiliki buku KIA, maka bidan juga akan mendokumentasikannya di buku KIA.

e. Riwayat Penyakit Asma

Responden yang memiliki riwayat penyakit jantung hanya 7 responden (7.7%). Secara teori disebutkan pengaruh penyakit asma pada ibu dan janin sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin dan akan mengakibatkan keguguran, persalinan prematur dan pertumbuhan janin terhambat. (Rocklin 2011).

f. Status Gizi

Pada penelitian ini ditemukan responden yang memiliki status gizi buruk dengan (IMT <18,5) yaitu sebesar 8 responden (8,8%). Status gizi yang buruk pada ibu hamil akan menyebabkan risiko IUGR pada janinnya 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu yang memiliki status gizi baik (Nurmalasari 2014). Secara teori kehamilan yang terjadi pada ibu

dengan IMT yang rendah memiliki kecenderungan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi yang adekuat untuk pertumbuhan janin yang akan berdampak terhadap berat badan lahir bayi (Blössner et al. 2005).

g. Penyakit Jantung

Responden yang memiliki riwayat penyakit jantung hanya 7 responden (7.7%). Secara teori pada penderita penyakit jantung mempunyai gejala yaitu mudah lelah, napas terengah-engah dan kongesti paru. Keadaan ini berpengaruh pada oksigenasi ke janin sehingga pasokan nutrisi berkurang dan menyebabkan IUGR (Winkjosastro 2008).

h. Merokok

Pada penelitian ini ditemukan 7 responden (7.7%) yang menjadi perokok pasif. Karbon monoksida, nikotin yang dihasilkan dari asap rokok perokok aktif kemudian terhisap oleh ibu hamil juga dapat menurunkan perfusi plasenta. Nikotin yang masuk kedalam darah ibu dapat melewati plasenta dan mempengaruhi beberapa organ tubuh janin. Dampak dari pengaruh zat-zat tersebut adalah pertumbuhan bayi dibawah normal (Stillman 2009).

i. Infeksi

responden dengan riwayat TORCH sebanyak 2 (2.2%), dan responden dengan HbSag (+) yaitu dengan riwayat penyakit Hepatitis B sebanyak 3 responden (3.3%). (Mousa et al. 2011) dalam jurnalnya yang berjudul *Toxoplasma Infection In Pregnant Women With Previous Adverse Pregnancy Outcome*, membahas beberapa dampak yang akan muncul ketika seorang wanita hamil terinfeksi virus toxoplasma. Infeksi intrauterin adalah penyebab lain dari hambatan pertumbuhan intrauterin.

## 2. Gambaran Penyebab IUGR di RSKIA Sadewa Berdasarkan Faktor Fetal

### a. *Oligohydramnion*

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden dengan *Oligohydramnion* sebanyak 43 responden (47.3%). Keadaan oligohidramnion dapat menyebabkan kompresi tali pusat. Oligohidramnion biasanya berhubungan dengan anomaly congenital (agenesis terutama ginjal atau obstruksi saluran kemih), dan mengakibatkan pertumbuhan janin terhambat, posterm (>42 minggu), rupture membrane, insufisiensi uteroplasenta (Sattar et al. 2011).

### b. Gemeli

Pada penelitian ini ditemukan responden dengan Gemeli sebanyak 4 responden (4.4%). Pada kehamilan ganda terjadi distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi. Berat badan janin pada kehamilan kembar lebih kecil daripada janin pada kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Hal ini dikarenakan regangan yang berlebihan menyebabkan peredaran darah dan oksigenasi ke janin berkurang (Puccio et al. 2014).

### c. Kelainan Kongenital

Responden dengan Kelainan kongenital pada penelitian ini ada sebanyak 2 responden (2.2%). Kedua bayi responden dengan kelainan kongenital lahir mati. Keduanya dilahirkan dengan kelainan *Ananche-paly*. Berat lahir masing masing 1.250gr terminasi pada usia 34+2mgg dan yang kedua 1.065gr terminasi pada usia 32+1 mgg.

## PENUTUP

### 1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 91 kasus IUGR. Penyebabnya dari faktor maternal dan fetal. Faktor maternal yang paling dominan yaitu Anemia sebesar 56 (61.5%) dan usia ibu yang beresiko sebesar 48 (52.8%). Faktor fetal yang paling dominan yaitu *Oligohydramnion* 43 (47.3%).

### 2. Saran

Bidan diharapkan dapat melakukan skrining dalam pendidiagnosaan IUGR dan RSKIA Sadewa dapat memaksimalkan penggunaan buku KIA pada semua pasien hamil saat pelayanan ANC.

## DAFTAR PUSTAKA

- Angsar, M. D. (2010). *Hipertensi dalam kehamilan ilmu kebidanan Edisi IV*, Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Kemendes RI, (2015). Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). *Rakorpop Kementerian Kesehatan RI*, (97), p.24.
- Kemendrian Kesehatan, (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Kemendrian Kesehatan Republik Indonesia, UNICEF, (2016). Buku Kesehatan Ibu Dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA (Japan International Cooperation Agency)
- Kozuki, N., Lee, A.C. & Katz, J., (2012). Moderate to severe , but not mild , maternal anemia is associated with increased risk of small for gestational age outcomes. *The Journal of Nutrition*, 142, pp.358–362.
- Kramer MS: (1987)., Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *B World Health Organ* 65:663–737.

- Kupferminc, M.J. et al., (2002). Mid-trimester severe intrauterine growth restriction is associated with a high prevalence of thrombophilia. , 109(12), pp.1373–1376.
- Longtine, M. S., Chen, B., Odibo, A. O., Zhong, Y., & Nelson, D. M. (2012). Villous trophoblast apoptosis is elevated and restricted to cytotrophoblasts in pregnancies complicated by preeclampsia, IUGR, or preeclampsia with IUGR. *Placenta*, 33(5), 352-359.
- Lausman, A. et al., (2013). Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management Maternal Fetal Medicine Committee. *J Obstet Gynaecol Can*, 74135(2958), pp.741–748
- Manuaba, I. B. G. (1998). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan. EGC.
- Muhammad, Taj., (2010). Maternal Factors Associated With Intrauterine Growth Restriction. *J Ayub Med Coll ...*, 22(4), pp.64–69.
- Peraturan Menteri Kesehatan, (2014). Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
- Prawirohardjo, S. (2007). *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Puccio, G. et al., (2014). Intrauterine growth pattern and birthweight discordance in twin pregnancies: a retrospective study *Italian Journal Of Pediatrics*. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(1), pp.1–7.
- Rocklin, R.E.,(2011). Asthma , asthma medications and their effects on maternal / fetal outcomes during pregnancy. , 32, pp.189–197.
- Saifuddin, A. B., Adriaansz, G., Wiknjosastro, G. H., & Waspodo, D. (2002). Anemia dalam kehamilan. *Saifuddin AB, Adriaansz G, Wiknjosastro GH, DW, editors. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 281-4.
- Sattar, M.A., Rezk, S. & Wahed, A., (2011). Intrauterine Growth Restriction : Role Of Ultrasound And Color Flow Doppler. *Al-Azhar University Journal*, 9(3), pp.187–208.
- Tunny, S.Y.B.J.L.V.R.J., (2015). Small for gestational age births among South Indian women: temporal trend and risk factors from 1996 to 2010. *TT -. BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(7), p.7.
- Unger, H.W. et al., (2015). Factors associated with ultrasound-aided detection of suboptimal fetal growth in a malaria-endemic area in Papua New Guinea. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, p.83.
- Winkjosastro, G.H.W., (2008). Korelasi antara fraksi ejeksi jantung dengan kadar endothelin-1 darah tali pusat pada pertumbuhan janin terhambat dan normal. *Maj Obstet Ginekol Indonesia*, 32(3), pp.131–138.
- Wiknjosastro Gulardi, H. (2008) "Pertumbuhan Janin Terhambat Dalam Buku Ilmu Kebidanan." Jakarta: Bina Pustaka: hal 696-717