

**HUBUNGAN ANTARA PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN PLASENTA
PREVIA DI RUMAH SAKIT Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



AMIRAH UMAR ABDAT

G0007183

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

PERSETUJUAN

**Skripsi dengan judul : Hubungan antara Paritas Ibu dengan Kejadian Plasenta
Previa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta**

Amirah Umar Abdat, G.007183, Tahun 2010

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan **Tim Ujian Skripsi** Fakultas
Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Pada Hari , Tanggal 2010

Pembimbing Utama

Penguji Utama

Wuryatno, dr., Sp. OG.

H. Tri Budi Wiryanto, dr., Sp. OG(K).

NIP: 19510724 197805 1 001

NIP: 19510421 198011 1 002

Pembimbing Pendamping

Anggota Penguji

Heru Priyanto, dr., Sp. OG(K).

Muh Eko Irawanto, dr., Sp. KK.

NIP: 140 350 794

NIP: 19751225 200812 1 003

Tim Skripsi

Diding Heri Prasetyo, dr., M.si

NIP 19680429 199902 1 001

commit to user

HUBUNGAN ANTARA PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN PLASENTA PREVIA DI RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA

Amirah Umar Abdat¹, Wuryatno², Heru Priyanto², Tri Budi Wiryanto², Muh Eko
Irawanto³

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Penelitian dilaksanakan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Dr. Moewardi, Surakarta pada tanggal 17 Mei – 19 Juni 2010.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Besar populasi adalah 1457 sedangkan besar sampel adalah 80 orang. Terdiri dari 35 ibu primipara dan 45 ibu multipara. Teknik sampling yang digunakan *fixed disease sampling*. Data diperoleh dengan rekam medis. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis menggunakan Uji *Chi Square* pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ dan *Odds Ratio*.

Dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan di bagian Obsgin Rumah Sakit Dr.Moewardi Surakarta diperoleh jumlah plasenta previa pada ibu primipara lebih sedikit dibanding dengan ibu multipara. Pada ibu multipara kejadian plasenta previa sebanyak 21 kasus (70%) dan pada ibu multi[ara 9 kasus (30%). Dari hasil analisis data didapatkan nilai $X^2 = 3,688$ dan $OR = 2,53$; $p=0,055$ sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa.

Kata kunci: paritas ibu – plasenta previa

¹ Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia

² Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia

³ Bagian Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta, Indonesia

RELATION BETWEEN MOM PARITY AND THE INCIDENCE OF PLACENTA PREVIA AT DR MOEWARDI HOSPITAL SURAKARTA

Amirah Umar Abdat¹, Wuryatno², Heru Priyanto², Tri Budi Wiryanto², Muh Eko Irawanto³

The aim of this research is to find out whether there is relationship between mom parity and placenta previa. We hold this research at obstetru and gynecology department, Dr. Moewardi hospital in Surakarta from Mei 17th-June 19th, 2010.

This research is analitical study with cross sectional approach. From 1457 people of population, we took only 80 people for our samples that consist of 45 person multiparity mom and 35 person primiparity mom with fixed disease sampling technic. Data was gathered with medical record. It was gathered reported as table form and then analyzed with Chi Square test in significancy level $\alpha = 0,05$ and Odds ratio.

From the data we have gathered, we got the number of placenta previa at primiparity mom is smaller than multiparity mom. At multiparity mom the number of placenta previa is 21 cases (70%) and at primiparity mom 9 cases (30%). From data analyzed results on value of $X^2 = 3,688$ and $OR = 2,53$; $p=0,055$ so suggested that statistically there is a relationship between mom parity and placenta previa.

Key words: mom parity – placenta previa

¹ The Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta, Indonesia

² Department of Obstetri and Gynecology, The Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta, Indonesia

³ Department of Dermatology, The Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta, Indonesia

NASKAH PUBLIKASI

**HUBUNGAN ANTARA PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN PLASENTA
PREVIA DI RUMAH SAKIT Dr. MOEWARDI SURAKARTA**



AMIRAH UMAR ABDAT (G.0007183) dkk

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

com er

ABSTRAK

Amirah Umar, G0007183, 2010, RELATION BETWEEN MOM PARITY AND THE INCIDENCE OF PLACENTA PREVIA AT DR MOEWARDI HOSPITAL SURAKARTA, Medical Faculty, Sebelas Maret University, Surakarta.

The aim of this research is to find out whether there is relationship between mom parity and placenta previa. We hold this research at obstetru and gynecology department, Dr. Moewardi hospital in Surakarta from Mei 17th-June 19th, 2010.

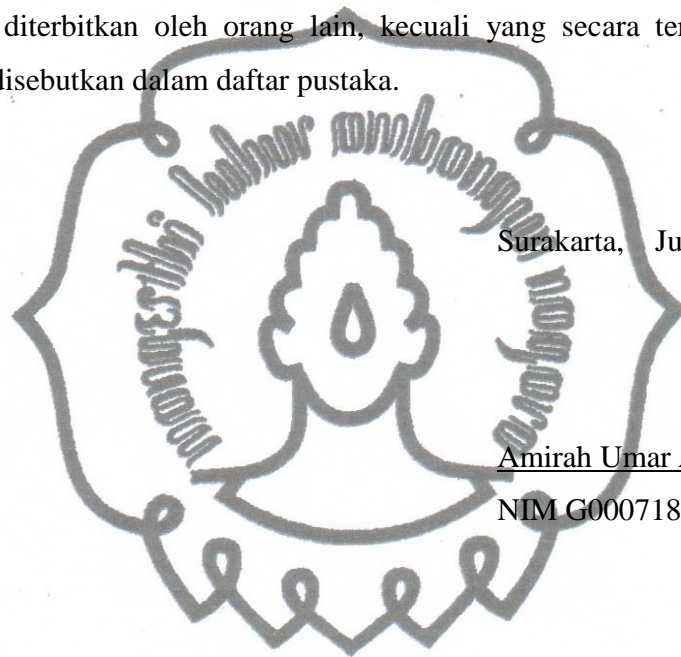
This research is analitical study with cross sectional approach. From 1457 people of population, we took only 80 people for our samples that consist of 45 person multiparity mom and 35 person primiparity mom with fixed disease sampling technic. Data was gathered with medical record. It was gathered reported as table form and then analyzed with Chi Square test in significancy level $\alpha = 0,05$ and Odds ratio.

From the data we have gathered, we got the number of placenta previa at primiparity mom is smaller than multiparity mom. At multiparity mom the number of placenta previa is 21 cases (70%) and at primiparity mom 9 cases (30%). From data analyzed results on value of $X^2 = 3,688$ and $OR = 2,53$; $p=0,055$ so suggested that statistically there is a relationship between mom parity and placenta previa.

Key words: mom parity – placenta previa

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.



Surakarta, Juli 2010

Amirah Umar Abdat

NIM G0007183

ABSTRAK

Amirah Umar, G0007183, 2010, HUBUNGAN ANTARA PARITAS IBU DENGAN KEJADIAN PLASENTA PREVIA DI RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Penelitian dilaksanakan di Bagian Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Dr. Moewardi, Surakarta pada tanggal 17 Mei – 19 Juni 2010.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Besar populasi adalah 1457 sedangkan besar sampel adalah 80 orang. Terdiri dari 35 ibu primipara dan 45 ibu multipara. Teknik sampling yang digunakan *fixed disease sampling*. Data diperoleh dengan rekam medis. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis menggunakan Uji *Chi Square* pada taraf signifikansi $\alpha = 0,05$ dan *Odds Ratio*.

Dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan di bagian Obsgin Rumah Sakit Dr.Moewardi Surakarta pada tanggal 17 Mei-19 Juni 2008 diperoleh jumlah plasenta previa pada ibu primipara lebih sedikit dibanding dengan ibu multipara. Pada ibu multipara kejadian plasenta previa sebanyak 21 kasus (70%) dan pada ibu primipara 9 kasus (30%). Dari hasil analisis data didapatkan nilai $X^2 = 3,688$ dan $OR = 2,53$; $p=0,055$ sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa secara statistik terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Multiparitas meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa.

Kata kunci: paritas ibu – plasenta previa

ABSTRACT

Amirah Umar, G0007183, 2010, RELATION BETWEEN MOM PARITY AND THE INCIDENCE OF PLACENTA PREVIA AT DR MOEWARDI HOSPITAL SURAKARTA, Medical Faculty, Sebelas Maret University, Surakarta.

The aim of this research is to find out whether there is relationship between mom parity and placenta previa. We hold this research at obstetru and gynecology department, Dr. Moewardi hospital in Surakarta from Mei 17th-June 19th, 2010.

This research is analitical study with cross sectional approach. From 1457 people of population, we took only 80 people for our samples that consist of 45 person multiparity mom and 35 person primiparity mom with fixed disease sampling technic. Data was gathered with medical record. It was gathered reported as table form and then analyzed with Chi Square test in significancy level $\alpha = 0,05$ and Odds ratio.

From the data we have gathered, we got the number of placenta previa at primiparity mom is smaller than multiparity mom. At multiparity mom the number of placenta previa is 21 cases (70%) and at primiparity mom 9 cases (30%). From data analyzed results on value of $X^2 = 3,688$ and $OR = 2,53$; $p=0,055$ so suggested that statistically there is a relationship between mom parity and placenta previa. Multiparity increase the incidence of placenta previa.

Key words: mom parity – placenta previa

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena limpahan nikmat, rahmat, serta anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan skripsi dengan judul **“Hubungan antara Paritas Ibu dengan Kejadian Plasenta Previa di Rumah Sakit dr Moewardi Surakarta”**.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Kita perlu menambah pengetahuan kita mengenai plasenta previa karena merupakan salah satu penyebab tersering perdarahan postpartum. Semoga penelitian ini bermanfaat untuk mencegah terjadinya plasenta previa.

Laporan skripsi merupakan salah satu tugas untuk memenuhi kurikulum di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta dan untuk memenuhi syarat-syarat kesarjanaan pendidikan kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Penulisan skripsi ini tidaklah dapat terselesaikan tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. A.A. Subiyanto, dr, MS selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, yang telah mengizinkan pelaksanaan penelitian ini dalam rangka penyusunan skripsi.
2. Bagian skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi.
3. Wuryatno, dr., Sp.OG selaku Pembimbing Utama yang memberikan banyak waktu, pengarahan, bimbingan, saran dan motivasi.
4. Heru Priyanto, dr., Sp.OG(K) selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan banyak waktu, pengarahan, bimbingan, saran dan motivasi.
5. H. Tri Budi Wiryanto, dr., Sp.OG(K) selaku Penguji Utama yang telah berkenan menguji sekaligus memberikan kritik serta saran guna melengkapi kekurangan dalam skripsi ini.
6. Muh Eko Irawanto, dr., Sp.KK selaku Anggota Penguji yang telah memberikan kritik serta saran dalam penyusunan skripsi ini.
7. Keluarga dan teman-temanku, terima kasih atas dukungan dan semangatnya.
8. Pihak-pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna maka dengan segenap hati penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga skripsi ini berguna bagi para pembaca dalam mempelajari dan mengembangkan ilmu kedokteran pada umumnya dan ilmu obstetri dan ginekologi pada khususnya.

Surakarta, Juli 2010

Amirah Umar Abdat

commit to user

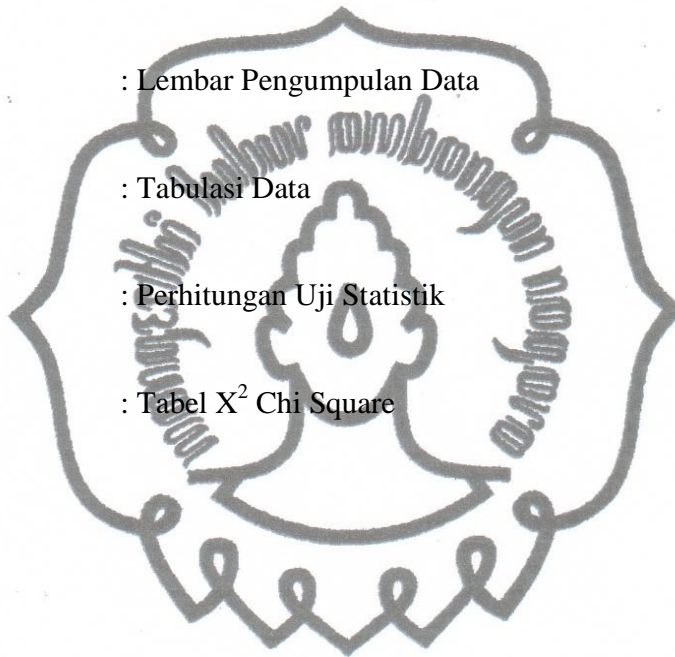
DAFTAR ISI

	halaman
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
1. Manfaat Teoritis.....	4
2. Manfaat Praktis.....	4
BAB II LANDASAN TEORI.....	5
A. Tinjauan Pustaka	5
1. Paritas.....	5
2. Plasenta Previa	
a. pengertian	5
b. frekuensi.....	6
c. klasifikasi.....	6
d. etiologi.....	6
e. patofisiologi	8
f. gambaran klinik.....	10
g. diagnosa.....	11
h. penatalaksanaan.....	13
i. komplikasi.....	16

j. prognosis.....	17
2. Hubungan Paritas Ibu dengan Plasenta Previa.....	17
B. Kerangka Pemikiran	20
C. Hipotesis	20
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	21
A. Desain Penelitian	21
B. Tempat dan Waktu Penelitian	22
C. Populasi Penelitian	22
D. Sampel dan Teknik Sampling	22
E. Variabel Penelitian.....	24
F. Definisi Operasional.....	24
G. Intervensi dan Implementasi.....	25
H. Cara Pengolahan dan Analisa Data.....	26
I. Etika Penelitian.....	27
BAB IV HASIL PENELITIAN	28
BAB V PEMBAHASAN	32
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	35
A. Simpulan.....	35
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA.....	37
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** : Surat Ijin Penelitian Tim Skripsi
- Lampiran 2** : Surat ijin Penelitian Bagian Diklit
- Lampiran 3** : Lembar Pengumpulan Data
- Lampiran 4** : Tabulasi Data
- Lampiran 5** : Perhitungan Uji Statistik
- Lampiran 6** : Tabel X^2 Chi Square



DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Distribusi Pasien Menurut Umur

Tabel 2 : Distribusi Pasien Menurut Usia Kehamilan

Tabel 3 : Tabel Kontingensi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan diseluruh dunia lebih dari 585.000 ibu meninggal tiap tahun saat hamil atau bersalin. Artinya, setiap menit ada satu perempuan yang meninggal. Di Indonesia menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2009 Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi, yaitu 390 per 100.000 kelahiran hidup, dan menurut survei kesehatan daerah Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Tengah tahun 2007 adalah 20 orang dengan jumlah kelahiran hidup 24.176 orang. Tingginya angka kematian ibu itu menempatkan Indonesia pada urutan teratas di ASEAN dalam hal tersebut. Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001 menyebutkan angka kematian ibu di Indonesia 396 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah itu meningkat dibandingkan dengan hasil survei 1995, yaitu 373 per 100.000 kelahiran hidup. Departemen Kesehatan menargetkan tahun 2010 angka kematian ibu turun menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Namun target tersebut masih jauh untuk dicapai (Prawirohardjo, 2009).

Penyebab terpenting kematian maternal di Indonesia adalah perdarahan (40-60%), infeksi (20-30%) dan keracunan kehamilan (20-30%), sisanya sekitar 5% disebabkan *commit to user* yang memburuk saat kehamilan

atau persalinan. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri atas perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum merupakan kasus gawat darurat yang kejadiannya berkisar 3% dari semua persalinan, penyebabnya antara lain plasenta previa, solusio plasenta, dan perdarahan yang belum jelas sumbernya (Karkata, 2007).

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal, plasenta terletak di bagian atas uterus, biasanya di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Angka kejadian plasenta previa adalah 0,4-0,6% dari keseluruhan persalinan. Dengan penatalaksanaan yang baik mortalitas perinatal adalah 50 per 1000 kelahiran hidup. Pada awal kehamilan, plasenta mulai terbentuk, berbentuk bundar, berupa organ datar yang bertanggung jawab menyediakan oksigen dan nutrisi untuk pertumbuhan bayi dan membuang produk sampah dari darah bayi. Plasenta melekat pada dinding uterus dan pada tali pusat bayi, yang membentuk hubungan penting antara ibu dan bayi (Davood, 2008).

Angka-angka dari Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo menunjukkan bahwa frekuensi plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas dan umur. Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo frekuensi plasenta previa pada primigravida yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 2 kali lebih besar dibandingkan dengan primigravida yang berumur kurang dari 25 tahun, pada para 3 atau lebih yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira 3 kali lebih besar dibandingkan dengan para 3 atau lebih yang

berumur kurang dari 25 tahun (Prawirohardjo, 2009). Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Wiji Lestari dengan judul Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Antepartum di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo (2007) didapatkan hasil bahwa wanita multipara memiliki risiko 2,76 kali lebih besar untuk mengalami terjadinya perdarahan antepartum daripada wanita primipara.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul karya tulis: Hubungan Antara Paritas Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan dalam penulisan diatas, maka masalah yang akan diteliti adalah apakah terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui salah satu faktor risiko ibu hamil yang mengalami plasenta previa

- b. Mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa
- c. Mengetahui apakah multiparitas merupakan salah satu faktor yang meningkatkan terjadinya plasenta previa
- d. Mengetahui angka kejadian plasenta previa pada multiparitas dan primiparitas

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis
 - a. Memberikan manfaat teoritis hubungan paritas ibu dengan kejadian plasenta previa.
 - b. Menyediakan data untuk penelitian lanjutan yang berhubungan dengan plasenta previa.
2. Manfaat Aplikatif
 - a. Untuk melakukan deteksi dini terhadap kejadian plasenta previa.
 - b. Untuk mengurangi plasenta previa dengan upaya preventif pada ibu multiparitas.
 - c. Hasil penelitian dapat menjadi informasi bagi masyarakat mengenai faktor yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa dan bertindak segera agar tidak terjadi keparahan akibat penyakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Paritas

Para adalah jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi mampu bertahan hidup. Titik ini dicapai pada usia kehamilan 20 minggu atau berat janin 500 gram (Varney, 2006).

Primipara adalah wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup. Primigravida yaitu wanita yang hamil untuk pertama kalinya. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup (Varney, 2006)

2. Plasenta Previa

a. Pengertian

Plasenta previa adalah keadaan plasenta berimplantasi rendah pada segmen bawah rahim, menutupi atau tidak menutupi ostium uteri internum pada usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan janin mampu hidup diluar rahim (Sumapraja dan Rachimhadi, 2007).

Plasenta previa adalah komplikasi obstetri yang terjadi pada trimester kedua dan ketiga kehamilan. Hal itu dapat menyebabkan kematian yang serius baik bagi janin dan ibu. Ini adalah salah satu

penyebab utama perdarahan vagina pada trimester kedua dan ketiga (Patrcik, 2009).

b. Frekuensi

Plasenta previa terjadi pada kira-kira 1 diantara 200 persalinan. Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo, antara tahun 1971 – 1975, terjadi 37 kasus plasenta previa diantara 4781 persalinan yang terdaftar, atau kira-kira 1 diantara 125 persalinan terdaftar (Sumapraja dan Rachimhadi, 2007).

c. Klasifikasi Plasenta Previa

Plasenta previa diklasifikasikan oleh Patrick (2009) menjadi beberapa jenis:

1) Plasenta previa totalis

Ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.

2) Plasenta previa parsialis

Ostium uteri internum tertutup sebagian oleh plasenta.

3) Plasenta previa marginalis

Pinggir bawah plasenta sampai pada pinggir ostium uteri internum.

4) Plasenta previa letak rendah

Terjadi jika plasenta tertanam di segmen bawah uterus.

d. Etiologi Plasenta Previa

Menurut Sheiner (2001) etiologi plasenta previa sampai saat ini belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa teori dan faktor risiko yang berhubungan dengan plasenta previa, diantaranya:

commit to user

- 1) Ovum yang dibuahi tertanam sangat rendah di dalam rahim, menyebabkan plasenta terbentuk dekat dengan atau di atas pembukaan serviks.
- 2) Lapisan rahim (*endometrium*) memiliki kelainan seperti fibroid atau jaringan parut (dari previa sebelumnya, sayatan, bagian bedah caesar atau aborsi).
- 3) Hipoplasia endometrium : bila kawin dan hamil pada umur muda.
- 4) Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi.
- 5) Tumor-tumor, seperti mioma uteri, polip endometrium.
- 6) Plasenta terbentuk secara tidak normal.
- 7) Kejadian plasenta previa tiga kali lebih sering pada wanita multipara daripada primipara. Pada multipara, plasenta previa disebabkan vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir (Sumapraja dan Rachimhadi, 2005).
- 8) Ibu merokok atau menggunakan kokain.
- 9) Ibu dengan usia lebih tua. Risiko plasenta previa berkembang 3 kali lebih besar pada perempuan di atas usia 35 tahun dibandingkan pada wanita di bawah usia 20 tahun (Sheiner, 2001). Hasil penelitian Wardana (2007) menyatakan usia wanita produktif yang

aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun. Diduga risiko plasenta previa meningkat dengan bertambahnya usia ibu, terutama setelah usia 35 tahun. Plasenta previa merupakan salah satu penyebab serius perdarahan pada periode trimester ke III. Hal ini biasanya terjadi pada wanita dengan usia lebih dari 35 tahun (Varney, 2006). Prevalensi plasenta previa meningkat 3 kali pada umur ibu > 35 tahun. Plasenta previa dapat terjadi pada umur diatas 35 tahun karena endometrium yang kurang subur dapat meningkatkan kejadian plasenta previa (Manuaba, 2008). Hasil penelitian Wardana (2007) menyatakan peningkatan umur ibu merupakan faktor risiko plasenta previa, karena sklerosis pembuluh darah arteli kecil dan arteriole miometrium menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh lebih lebar dengan luas permukaan yang lebih besar, untuk mendapatkan aliran darah yang adekuat.

e. Patofisiologi

Letak plasenta biasanya umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi. Di tempat-tempat tertentu pada implantasi plasenta terdapat vena-vena yang lebar (sinus) untuk menampung darah kembali. Pada pinggir plasenta di beberapa tempat terdapat suatu ruang vena yang luas untuk menampung darah

yang berasal dari ruang interviller di atas. Darah ibu yang mengalir di seluruh plasenta diperkirakan naik dari 300 ml tiap menit pada kehamilan 20 minggu sampai 600 ml tiap menit pada kehamilan 40 minggu. Perubahan-perubahan terjadi pula pada jonjot-jonjot selama kehamilan berlangsung. Pada kehamilan 24 minggu lapisan sinsitium dari vili tidak berubah akan tetapi dari lapisan sitotropoblast sel-sel berkurang dan hanya ditemukan sebagai kelompok-kelompok sel-sel; stroma jonjot menjadi lebih padat, mengandung fagosit-fagosit, dan pembuluh-pembuluh darahnya lebih besar dan lebih mendekati lapisan tropoblast (Kay, 2003).

Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada triwulan ketiga karena saat itu segmen bawah uterus lebih mengalami perubahan berkaitan dengan semakin tuanya kehamilan. Menurut Manuaba (2008) Implantasi plasenta di segmen bawah rahim dapat disebabkan :

- a. Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implantasi
- b. Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi janin
- c. Villi korealis pada korion leave yang persisten

Menurut Davood (2008) Sebuah penyebab utama perdarahan trimester ketiga, plasenta previa memiliki tanda yang khas, yaitu pendarahan tanpa rasa sakit. Pendarahan diperkirakan terjadi dalam

hubungan dengan perkembangan segmen bawah uterus pada trimester ketiga.

Dengan bertambah tuanya kehamilan, segmen bawah uterus akan lebih melebar lagi, dan serviks mulai membuka. Apabila plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus, pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks tidak dapat diikuti oleh plasenta yang melekat disitu tanpa terlepasnya sebagian plasenta dari dinding uterus. Pada saai itu mulailah terjadi perdarahan. Darahnya berwarna merah segar berlainan dengan darah yang disebabkan solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman. Sumber perdarahannya ialah sinus uterus yang terobek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus, atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahannya tak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan itu, tidak sebagaimana serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala III dengan plasenta yang letaknya normal. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi. Oleh karena itu, perdarahan pada plasenta previa totalis akan terjadi lebih dini daripada plasenta letak rendah yang mungkin baru berdarah setelah persalinan mulai (Oxorn, 2003).

f. Gambaran Klinik

Kay (2003) menyebutkan bahwa gejala plasenta previa mencakup satu atau kedua hal berikut:

- 1) Tiba-tiba, tanpa rasa sakit pendarahan vagina yang berkisar dari ringan sampai berat. Darah sering berwarna merah terang. Pendarahan dapat terjadi pada awal minggu ke-20 kehamilan tetapi yang paling umum selama trimester ketiga.
- 2) Gejala persalinan prematur. Satu dari 5 wanita dengan tanda-tanda plasenta previa juga memiliki kontraksi rahim.

Perdarahan plasenta previa mungkin *taper off* dan bahkan berhenti untuk sementara. Tapi itu hampir selalu dimulai lagi hari atau minggu kemudian. Beberapa wanita dengan plasenta previa tidak memiliki gejala apapun. Dalam kasus ini, plasenta previa hanya dapat didiagnosis oleh USG dilakukan untuk alasan lain (Kay, 2003).

Apabila janin dalam presentasi kepala, kepalanya akan di dapatkan belum masuk ke dalam pintu-atas panggul yang mungkin karena plasenta previa sentralis; mengolak ke samping karena plasenta previa posterior; atau bagian terbawah janin sukar ditentukan karena plasenta previa anterior. Tidak jarang terjadi kelainan letak, seperti letak lintang atau letak sungsang (Scearce, 2007).

g. Diagnosa

Jika plasenta previa terdeteksi pada akhir tahun pertama atau trimester kedua, sering kali lokasi plasenta akan bergeser ketika rahim membesar. Ini dapat dilakukan pemeriksaan USG. Beberapa wanita mungkin bahkan tetap tidak terdiagnosis sampai persalinan, terutama dalam kasus-kasus plasenta previa sebagian (Faiz, 2003).

1) Anamnesis

Pada anamnesis dapat dinyatakan beberapa hal yang berkaitan dengan perdarahan antepartum seperti umur kehamilan saat terjadinya perdarahan, apakah ada rasa nyeri, warna dan bentuk terjadinya perdarahan, frekuensi serta banyaknya perdarahan.

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa rasa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida (Wiknjosastro, 2007).

2) Pemeriksaan luar

Inspeksi

Dapat dilihat perdarahan yang keluar pervaginam: banyak atau sedikit, darah beku dan sebagainya. Jika telah berdarah banyak maka ibu kelihatan anemis.

Palpasi

Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah, sering dijumpai kesalahan letak janin, bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih goyang atau terapung (*floating*) atau mengolok di atas pintu atas panggul (Sheiner, 2001).

3) Ultrasonografi

Menegakkan diagnosa plasenta previa dapat pula dilakukan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Penentuan letak

plasenta dengan cara ini ternyata sangat tepat, tidak menimbulkan bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya, dan tidak rasa nyeri (Wiknjosastro, 2007).

USG *abdomen* selama trimester kedua menunjukkan penempatan plasenta previa. Transvaginal Ultrasonografi dengan keakuratan dapat mencapai 100% identifikasi plasenta previa. Transabdominal ultrasonografi dengan keakuratan berkisar 95% (Johnson, 2003).

Dengan USG dapat ditentukan implantasi plasenta atau jarak tepi plasenta terhadap ostium. Bila jarak tepi kurang dari 5 cm disebut plasenta letak rendah. Bila tidak dijumpai plasenta previa, dilakukan pemeriksaan inspekulo untuk melihat sumber perdarahan lain (Oyelese, 2006).

4) Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uetri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta previa harus dicurigai (Johnson, 2003).

h. Penatalaksanaan Plasenta Previa Menurut Searce (2007)

1) Terapi ekspektatif (pasif)

Tujuan ekspektatif ialah supaya janin tidak terlahir prematur, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam

melalui kanalis servisis. Upaya diagnosis dilakukan secara non invasif. Pemantauan klinis dilakukan secara ketat dan baik.

Syarat-syarat terapi ekspektatif:

- i. Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti.
 - ii. Belum ada tanda-tanda in partu.
 - iii. Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal).
 - iv. Janin masih hidup.
- 2) Terapi aktif

Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin. Cara menyelesaikan persalinan dengan plasenta previa

- i. Seksio sesarea

Prinsip utama dalam melakukan seksio sesarea adalah untuk menyelamatkan ibu, sehingga walaupun janin meninggal atau tak punya harapan untuk hidup, tindakan ini tetap dilakukan.

- ii. Melahirkan pervaginam

Perdarahan akan berhenti jika ada penekanan pada plasenta. Penekanan tersebut dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut:

A. Amniotomi dan akselerasi

Umumnya dilakukan pada plasenta previa lateralis/marginalis dengan pembukaan > 3 cm serta presentasi kepala. Dengan memecah ketuban, plasenta akan mengikuti segmen bawah rahim dan ditekan oleh kepala janin. Jika kontraksi uterus belum ada atau masih lemah, akselerasi dengan infus oksitosin

B. Versi Braxton Hicks

Tujuan melakukan versi Braxton Hicks ialah mengadakan tamponade plasenta dengan bokong (dan kaki) janin. Versi Braxton Hicks tidak dilakukan pada janin yang masih hidup

C. Traksi dengan Cunam Willet

Kulit kepala janin dijepit dengan Cunam Willet, kemudian beri beban secukupnya sampai perdarahan berhenti. Tindakan ini kurang efektif untuk menekan plasenta dan seringkali menyebabkan perdarahan pada kulit kepala. Tindakan ini biasanya dikerjakan pada janin yang telah meninggal dan perdarahan tidak aktif

Menurut Manuaba (2008) Plasenta previa dengan perdarahan merupakan keadaan darurat kebidanan yang memerlukan penanganan yang baik. Bentuk pertolongan pada plasenta previa adalah:

1. Segera melakukan operasi persalinan untuk dapat menyelamatkan ibu dan anak untuk mengurangi kesakitan dan kematian

2. Memecahkan ketuban di atas meja operasi selanjutnya pengawasan untuk dapat melakukan pertolongan lebih lanjut
3. Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang mempunyai fasilitas yang cukup.

i. Komplikasi

Berikut ini adalah kemungkinan komplikasi plasenta previa oleh Usta (2005) :

- 1) Pertumbuhan janin lambat karena pasokan darah yang tidak mencukupi
- 2) Anemia janin
- 3) Janin yang tertekan akibat rendahnya pasokan oksigen
- 4) *Shock* dan kematian ibu jika pendarahan berlebihan
- 5) Infeksi dan pembentukan bekuan darah
- 6) Kehilangan darah yang membutuhkan transfusi
- 7) Prematur, pengiriman sebelum minggu ke-37 kehamilan, yang biasanya menimbulkan risiko terbesar pada janin (Cunningham, 2006).
- 8) Cacat lahir. Cacat lahir terjadi 2,5 kali lebih sering pada kehamilan yang dipengaruhi oleh plasenta previa daripada kehamilan tidak terpengaruh. Penyebab saat ini tidak diketahui (Cunningham, 2006).

j. Prognosis

Mortalitas perinatal kurang dari 50 per 1000, kematian janin disebabkan karena hipoksia. Setelah lahir dapat terjadi perdarahan postpartum karena trofoblas menginvasi segmen bawah uteri. Bila perdarahan tidak dapat dihentikan maka dilakukan histerektomi. Mortalitas ibu rendah dengan pelayanan obstetri yang baik dan tidak dilakukan pemeriksaan sebelum masuk rumah sakit (Cunningham, 2006 dan Jones, 2002).

3. Hubungan Paritas Ibu Dengan Plasenta Previa

Etiologi terjadinya plasenta previa tidak selalu dapat diterangkan dengan jelas. Tetapi, paritas tinggi sering ditemukan pada plasenta previa (Llwellyn, 2002).

Beberapa pendapat menerangkan kejadian plasenta previa, antara lain kejadian plasenta previa meningkat pada keadaan endometrium yang kurang baik seperti vaskularisasi yang berkurang atau perubahan atrofi pada desidua (Mose, 2004). Vaskularisasi pada desidua yang berkurang plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin (Wardana dan Karkata, 2007). Kejadian plasenta previa tiga kali lebih sering pada wanita multipara daripada primipara. Pada multipara, plasenta previa disebabkan vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir (Sumapraja dan Rachimhadi, 2005).

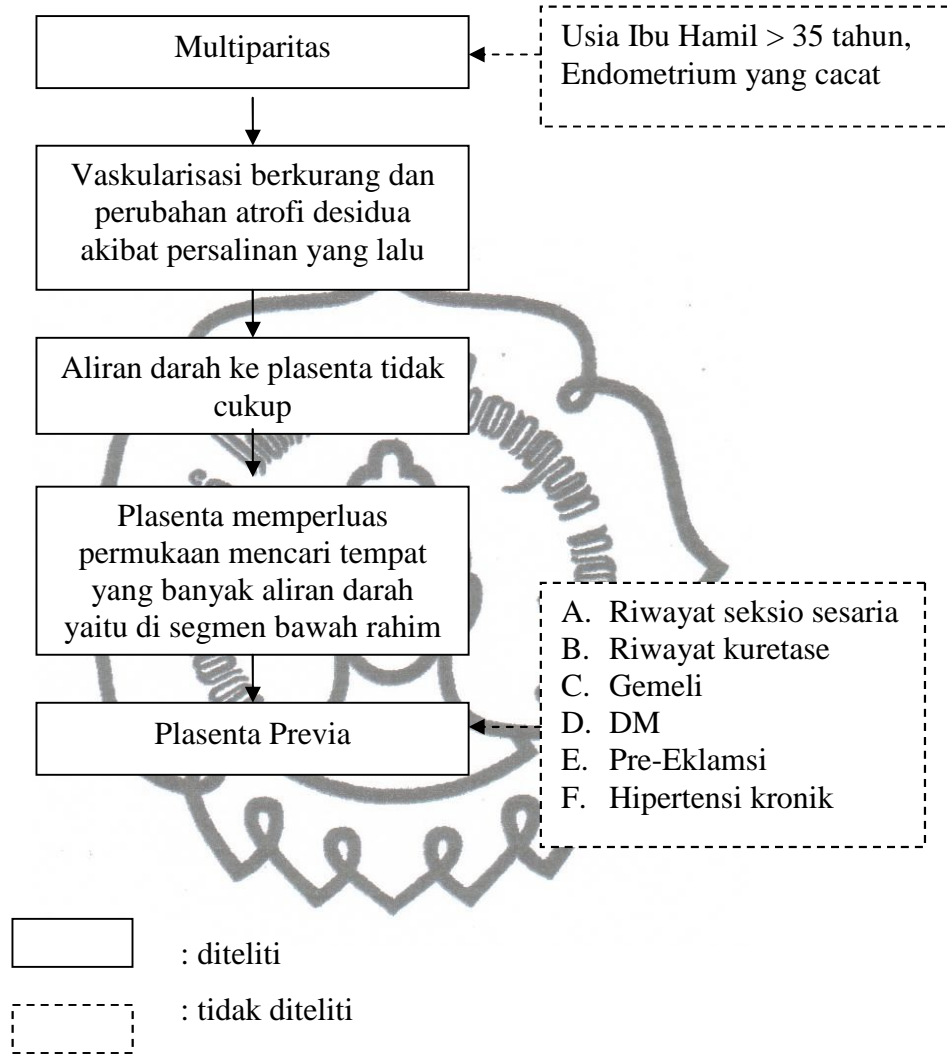
Bahwasanya vaskularisasi yang berkurang, atau perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan yang lampau dapat menyebabkan plasenta previa tidaklah selalu benar, karena tidak nyata dengan jelas bahwa plasenta previa didapati untuk sebagian besar pada penderita dengan paritas yang tinggi. Perdarahan tanpa alasan dan tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta previa. Pada setiap perdarahan antepartum, pertama kali harus dicurigai bahwa penyebabnya ialah plasenta previa sampai kemudian dugaan itu salah (Davood, 2008).

Menurut Sheiner (2001) bahwa kejadian plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas ibu. Konsep “Migrasi Plasenta” yang menjadi predisposisi plasenta previa pada multipara. Mekanisme pergerakan ini tidak jelas, tetapi ada yang mengatakan bahwa perpindahan ke atas plasenta letak rendah adalah akibat dari proses pembentukan segmen bawah rahim. Pada nulipara, perpanjangan segmen bawah rahim terjadi jauh hari sebelum persalinan sedangkan pada multipara, perkembangan segmen bawah rahim dan penipisan serviks mungkin tertunda sampai pada proses persalinan. Migrasi plasenta disebabkan karena pada bagian tepi bawah plasenta mengalami atrofi sehingga kekurangan suplai darah yang menyebabkan plasenta tumbuh ke atas mencari suplai darah. Migrasi plasenta ini sesungguhnya tidak terjadi tetapi karena pergerakan ke atas akibat pembentukan segmen bawah rahim sehingga seolah-olah plasenta bermigrasi. Riwayat kehamilan sebelumnya menyebabkan plasenta letak rendah dengan mekanisme lain. Beberapa kehamilan berakhir dengan

terminasi yang berbahaya bagi tempat implantasi. Tempat ini menjadi tidak cocok untuk implantasi berikutnya yang mana kemudian terjadi implantasi pada segmen bawah rahim (Hung, 2007).



B. Kerangka Pemikiran



Gambar 1. Kerangka Pemikiran

C. Hipotesis

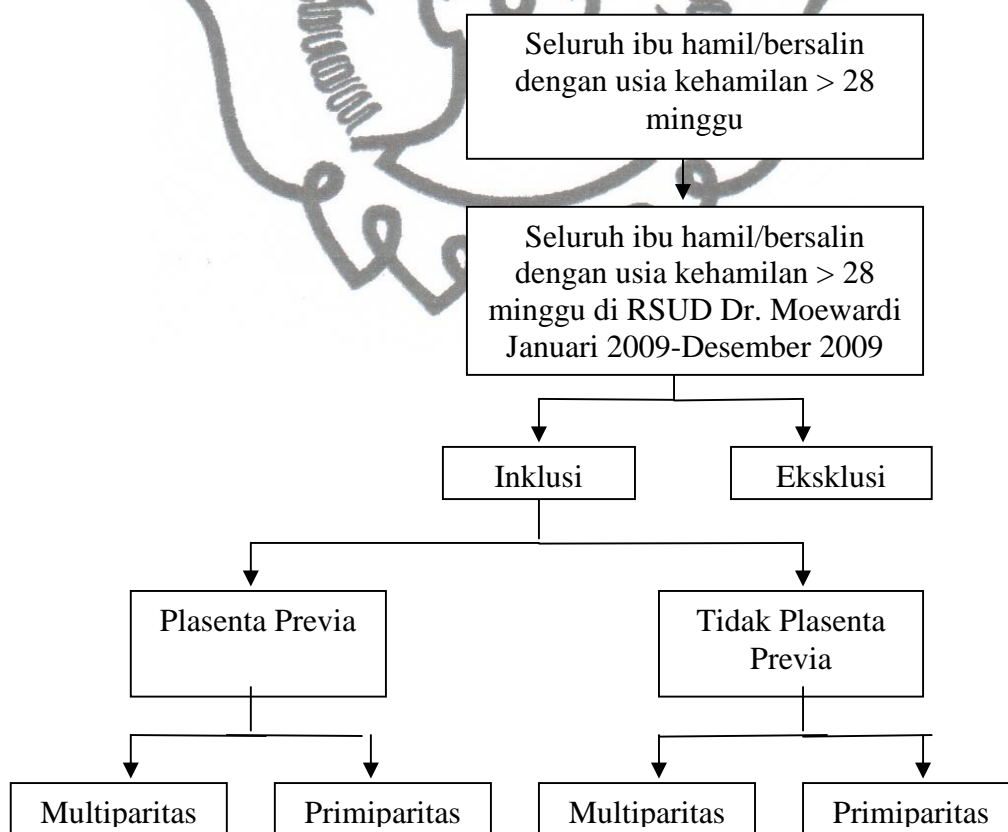
Terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Multiparitas meningkatkan risiko plasenta previa.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dimana variabel bebas dan variabel terikat diobservasi hanya sekali pada saat yang sama. Gambar 2 menyajikan diagram rancangan penelitian *cross sectional* untuk hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa.



Gambar 2. Desain Penelitian Hubungan Paritas Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada bulan Mei 2010 di bagian Obstetri dan Ginekologi. Kemudian untuk melengkapi, dilakukan pengambilan data sekunder dari rekam medis RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Data sekunder tersebut merupakan data dari bulan Januari 2009 – Desember 2009.

C. Populasi Penelitian

Populasi sasaran (target) dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil/bersalin yang memenuhi kriteria inklusi yaitu usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Populasi sumber (aktual, referensi, terjangkau) dalam penelitian ini adalah semua ibu hamil/bersalin di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Peneliti memilih populasi sumber pada lokasi penelitian ini karena alasan kepraktisan dan Rumah Sakit ini adalah Rumah Sakit pusat rujukan.

D. Sampel dan Teknik Sampling

1. Teknik Sampling

Teknik memilih populasi sumber adalah purposif. Teknik memilih sampel adalah *fixed disease sampling*, yaitu memilih sampel berdasarkan status penyakit (plasenta previa atau tidak) yang dirawat inap di RSUD Dr. Moewardi sejak Januari 2009 hingga Desember 2009. Subjek yang disertakan dalam penelitian ini bila memenuhi kriteria restriksi.

2. Besar Sampel

Basar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini menggunakan rumus besar sampel minimal untuk data nominal.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Keterangan:

- n = besarnya sampel yang diperlukan
- p = perkiraan prevalensi penyakit yang diteliti atau paparan populasi (10%)
- q = 1 - p
- Z α = nilai statistik Z α pada kurve normal standar pada tingkat kemaknaan (1,96)
- d = persisi absolut yang dikehendaki pada kedua sisi proporsi populasi (dalam penelitian ini peneliti menggunakan tingkat kepercayaan 0,10)

Dengan perhitungan diatas diperoleh besar sampel minimal 34, dengan kriteria restriksi penelitian sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- 1) Ibu hamil dengan usia 20 - 35 tahun.
- 2) Ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu di RSUD

Dr. Moewardi mulai 1 Januari 2009-31 Desember 2009.

commit to user

- 3) Ibu hamil dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu dengan catatan medik lengkap sesuai data yang dibutuhkan.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Riwayat seksio sesarea
- 2) Riwayat kuretase
- 3) Gemeli
- 4) Diabetes mellitus
- 5) Pre-Eklamsi dalam kehamilan
- 6) Hipertensi dalam kehamilan

E. Variabel Penelitian

1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah paritas ibu

2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah plasenta previa

F. Definisi Operasional

1. Paritas

- a. Definisi : Jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi atau bayi telah mencapai titik mampu bertahan hidup
- b. Cara mengukur : Melihat catatan medik pasien
- c. Alat ukur : Catatan medik pasien

- d. Kategori : Primipara yaitu wanita yang pernah hamil sekali dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup
Multipara yaitu seorang wanita yang telah mengalami dua kehamilan atau lebih dengan janin mencapai titik mampu bertahan hidup
- e. Skala : Nominal
2. Plasenta previa
- a. Definisi : Plasenta yang terletak menutupi atau dekat dengan ostium uteri internum
- b. Cara mengukur : Melihat USG dan laporan operasi pada catatan medik pasien
- c. Alat ukur : Catatan medik pasien
- d. Kategori : Terjadi plasenta previa
Tidak terjadi plasenta previa
- e. Skala : Nominal

G. Intervensi dan Implementasi

Merupakan cara dan alat penelitian

1. Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk memperoleh data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan medik pasien yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan.

2. Cara pengumpulan data

Data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data retrospektif, yaitu dengan melihat catatan medik pasien dalam hal ini ibu bersalin pada tanggal 1 Januari 2009 - 31 Desember 2009. Adapun cara pengambilan data dalam penelitian ini adalah :

- a. Peneliti mengajukan ijin pada Direktur RSUD Dr. Moewardi Surakarta
- b. Setelah mendapat ijin, peneliti mengamati catatan medik pasien untuk mendapat data yang diperlukan
- c. Dengan menggunakan rumus sampel diambil jumlah sampel yang diperlukan
- d. Sampel yang memenuhi kriteria retriaksi dipilih dan dilakukan pencatatan data dengan mengisi lembar *check list* sesuai dengan data yang dibutuhkan berdasarkan catatan medik pasien.

H. Cara Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Tahap-tahap pengolahan data dalam penelitian ini adalah:

a. *Editing*

Kegiatan untuk mengkoreksi data yang tidak jelas agar bila terjadi kekurangan atau kesalahan data dapat dengan mudah terlihat dan segera dilakukan perbaikan.

b. *Coding*

Kegiatan untuk memberikan kode pada *check list* sesuai data pada catatan medik pasien.

c. *Tabulating*

Kegiatan memasukkan data-data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai kriteria

2. Analisa data

Untuk mengetahui hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa dilakukan analisis rasio odd dengan uji X^2 . Uji statistik ini digunakan pada penelitian analitik dengan skala nominal dikotomik. Data akan diolah dengan menggunakan program *Statistical Product and Service Solution (SPSS) 16.00 for Windows*.

I. Etika Penelitian

1. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data

2. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan sebagai hasil.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Data Hasil Penelitian

Dari penelitian yang telah dilaksanakan dari rekam medik RSUD Dr. Moewardi Surakarta diperoleh data dari bulan Januari sampai dengan Desember 2009 didapatkan populasi penelitian sebanyak 1457 orang dan sampel sebanyak 80 orang. Data yang diperoleh dengan melihat ada tidaknya perdarahan pervaginam pada ibu hamil/bersalin dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu.

Adapun hasil penelitian lengkapnya sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Pasien Menurut Umur

Umur (tahun)	Primipara			Multipara			Total
	Terjadi plasenta previa	Tidak terjadi plasenta previa	Total	Terjadi plasenta previa	Tidak terjadi plasenta previa	Total	
20-25	7	15	22 (62,8%)	3	4	7 (15,6%)	29 (36,3%)
26-30	1	8	9 (25,7%)	5	14	19 (42,2%)	28 (35%)
31-35	0	4	4 (11,4%)	13	6	19 (42,2%)	23 (28,7%)
Total	8	27	35 (100%)	21	24	45 (100%)	80 (100%)

Dari tabel 4. 1 dapat diketahui bahwa kelompok pasien terbanyak pada kelompok umur 20-25 yaitu 29 orang (36,3%) yang terdiri dari 22 orang primipara dan 7 orang multipara. Sedangkan kelompok terkecil pada kelompok umur 31-35 tahun yaitu 23 orang yang terdiri dari 4 orang primipara dan 19 orang multipara.

Tabel 2. Distribusi Pasien Menurut Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (mg)	Terjadi di plase nta previa	Primipara		Total	Multiapara		Total	Total
		Tidak terjadi plasenta previa	Terjadi plasenta previa		Tidak terjadi plasenta previa	Terjadi plasenta previa		
25-28	0	0	0 (0%)	1	0	1	1	1 (1,3%)
29-32	1	2	3 (8,6%)	4	1	5	8	10 (10%)
33-36	6	2	8 (22,8%)	12	3	15	23	28,8%
37-40	2	16	18 (51,4%)	5	12	17	35	43,8%
41-42	0	6	6 (17,1%)	0	7	7	13	16,2%
Total	9	26	35 (100%)	22	23	45	80	100%

Berdasarkan tabel 4. 2 Distribusi Pasien Menurut Usia Kehamilan, sampel terbanyak pada kelompok Usia Kehamilan 37-40 minggu yaitu sebanyak 35 orang (43,8%) yang terdiri dari 18 primipara dan 17 multipara. Sedangkan kelompok terkecil pada Usia Kehamilan 25-28 minggu yaitu 1 orang (1,3%).

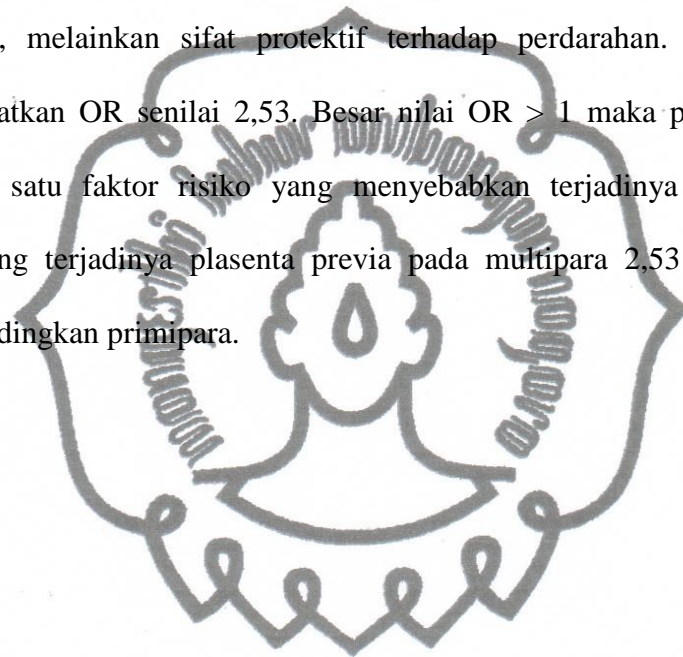
Tabel 3. Tabel Kontingensi

Paritas	Kejadian Plasenta Previa		Total	Uji Statistik
	Terjadi Plasenta Previa	Tidak Terjadi Plasenta Previa		
Multipara	21 (70%)	24 (48%)	45	X^2 hitung 3,688 $P = 0,055$ Odds ratio = 2,53
Primipara	9 (30%)	26 (52%)	35	
Total	30	50	80	

Hasil analisa *Chi-Square* pada tabel kontingensi 2x2 dengan derajat kebebasan (df) = 1 dan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05, didapatkan hasil bahwa nilai *Chi-Square* hitung 3,688. Sedangkan nilai *Chi-Square* tabel adalah 3,841.

Pada analisa *Chi-Square* H_0 ditolak jika *Chi-Square* hitung > *Chi-Square* tabel, atau *p-value* (signifikansi) < α . Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh *Chi-Square* hitung (3,688) < *Chi-Square* tabel (3,841) dan *p-value* (0,055) < α (0,05). Dari kedua pernyataan diatas bisa diambil kesimpulan bahwa pada penelitian hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa menolak H_0 dan menerima H_a , jadi kesimpulannya adalah pada tingkat kepercayaan 95% dan $\alpha = 0,05$ terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa. Namun karena *Chi-Square* hitung lebih kecil daripada *Chi-Square* tabel jadi hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa tidak signifikan. Akan tetapi paritas ibu merupakan faktor risiko terjadinya plasenta previa karena *Odds Ratio* > 1.

Dalam penelitian ini, juga dihitung *odds ratio* (OR) untuk mengetahui besar peluang terjadinya plasenta previa dibanding peluang tidak terjadinya plasenta previa pada variabel yang diteliti. Jika $OR = 1$ menunjukkan bahwa faktor paritas bukan merupakan risiko terjadinya plasenta previa. Bila $OR > 1$ menunjukkan bahwa paritas bukan merupakan risiko, melainkan sifat protektif terhadap perdarahan. Setelah dihitung didapatkan OR senilai 2,53. Besar nilai $OR > 1$ maka paritas merupakan salah satu faktor risiko yang menyebabkan terjadinya plasenta previa. Peluang terjadinya plasenta previa pada multipara 2,53 kali lebih besar dibandingkan primipara.



BAB V

PEMBAHASAN

Jumlah persalinan di RSUD Dr. Moewardi pada bulan Januari sampai Desember 2009 sebanyak 1457 kasus. Di RSUD Dr. Moewardi selama periode Januari sampai Desember 2009 terdapat 78 kasus plasenta previa. Dengan menggunakan rumus besar sampel minimal untuk *cross-sectional* didapatkan sampel minimal sejumlah 34 kasus. Dengan mempertimbangkan kriteria inklusi dan eksklusi diambil sejumlah sampel yaitu sebanyak 80 kasus. Dari 80 kasus ini 30 kasus adalah plasenta previa dan 50 kasus tidak terjadi plasenta previa.

Dari tabel 4. 1. didapatkan kasus plasenta previa pada multipara terbanyak terjadi pada usia antara 31 – 35 tahun sebanyak 13 kasus (61,9%). Hal ini karena plasenta previa juga meningkat dengan meningkatnya usia ibu. Peningkatan usia ibu merupakan faktor risiko plasenta previa, karena sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriole miometrium menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga plasenta tumbuh lebih besar dengan luas permukaan yang lebih lebar, untuk mendapatkan aliran darah adekuat (Wardana dan Karkata, 2007).

Distribusi faktor risiko paritas ibu pada kejadian plasenta previa dengan primipara 30% sedangkan pada multipara 70%. Hal ini menunjukkan kejadian plasenta previa meningkat pada multipara. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa wanita multipara memiliki risiko 2,53 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa daripada wanita primipara. Pada penelitian Wardana dan Karkata

risiko plasenta previa pada muktigravida 1,3 kali lebih besar dibandingkan primigravida.

Pada tabel 4. 2. distribusi pasien menurut usia kehamilan sebagian besar pasien mengalami persalinan pada usia kehamilan 37 – 40 minggu. Tetapi kejadian plasenta previa tertinggi pada usia kehamilan 33 – 36 minggu yaitu sebanyak 18 kasus. Hal ini karena pada usia kehamilan ini terjadi proses pembentukan segmen bawah rahim.

Berdasarkan tabel 4. 3. tabel kontingensi paritas ibu dan plasenta previa yang menggambarkan bahwa kelompok multipara lebih banyak daripada kelompok primipara. Hal ini karena tidak dilakukan *matching* pada kelompok yang terjadi plasenta previa dan kelompok yang tidak terjadi plasenta previa pada saat pengambilan sampel. Selain itu juga dapat dipengaruhi oleh keterbatasan besar sampel.

Dari hasil pengolahan data *Chi-Square*, menunjukkan bahwa *Chi-Square* hitung lebih kecil dari *Chi-Square* tabel dan *p-value* kurang 0,05, hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara paritas ibu dengan plasenta previa ($p=0,035$) namun hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa tidak signifikan.

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Eniola *et al* (2002) dengan judul “*Risk Factors for Placenta Previa in Southern Nigeria*” didapatkan hasil kejadian plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas ibu. Selain itu juga ditemukan hubungan antara usia ibu dengan plasenta previa. Penelitian lain oleh Abu Heija *et al* (1999) dengan judul “*Placenta Previa of Age, Gravidity, Parity*”
commit to user

and Previous Caesarean Section” didapatkan hasil risiko plasenta previa meningkat dengan meningkatnya graviditas, paritas, dan riwayat SC. Sedangkan peningkatan usia dan riwayat abortus tidak memiliki makna yang signifikan.

Meningkatnya paritas ibu dengan kejadian plasenta previa disebabkan vaskularisasi yang berkurang dan perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan masa lampau. Aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir (Sumapraja dan Rachimhadi, 2005).

Pada multipara pembentukan segmen bawah rahim terjadi saat mendekati persalinan sedangkan pada nullipara pembentukan segmen bawah rahim terjadi pada jauh hari sebelum persalinan. Keadaan inilah yang mempertinggi risiko plasenta previa. Pendapat lain menurut Goplerud dalam *“Placenta Previa Effects of Age, Gravidity, Parity and Previous Caesarean Section”* (Heija : 1999) mengatakan bahwa perubahan pada pembuluh darah di tempat implantasi terjadi penurunan suplai darah ke endometrium. Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervilous, hal ini meningkatkan risiko plasenta previa.

Pada uji *Odds Ratio* didapatkan hasil 2,53, nilai *Odds Ratio* bila lebih dari 1 menunjukkan bahwa besar peluang terjadinya plasenta previa pada multiparitas pada penelitian ini adalah 2,53 kali.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Terdapat hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa di RSUD Dr. Moewardi pada tahun 2009
2. Multiparitas meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa
3. Besar peluang terjadinya plasenta previa pada ibu multiparitas dalam penelitian hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa ini adalah 2,53 kali.

B. Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan

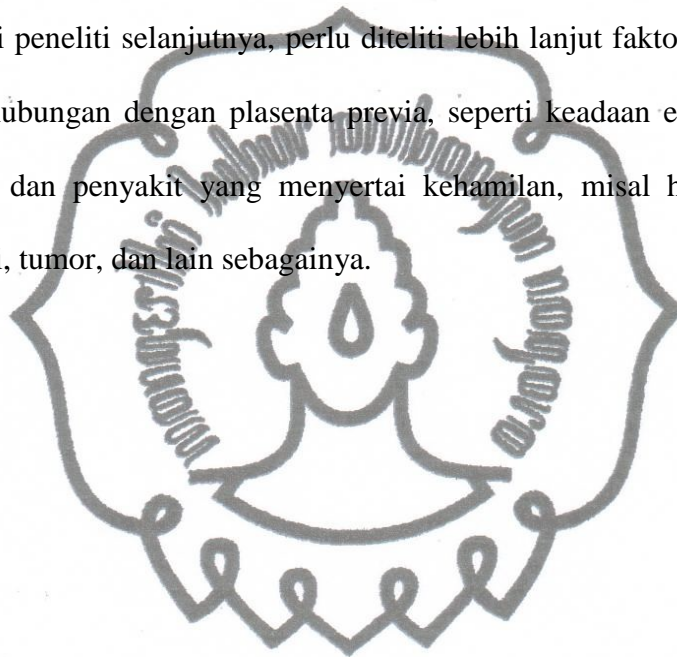
Tenaga kesehatan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan bagi ibu hamil, melakukan deteksi dini melalui pemeriksaan USG pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu pada ibu hamil dengan faktor risiko tersebut, memberi upaya preventif terhadap faktor-faktor risiko terjadinya plasenta previa seperti penyuluhan untuk tidak memiliki anak lebih dari dua.

2. Bagi Masyarakat Dan Keluarga

Perlu meningkatkan pengetahuan mengenai kejadian plasenta previa pada multiparitas sehingga bisa mewaspadaai kemungkinan terjadinya plasenta previa serta pentingnya *Ante Natal Care* secara rutin.

3. Bagi Ilmu Pengetahuan

Bagi peneliti selanjutnya, perlu diteliti lebih lanjut faktor-faktor lain yang berhubungan dengan plasenta previa, seperti keadaan endometrium, usia ibu, dan penyakit yang menyertai kehamilan, misal hipertensi, mioma uteri, tumor, dan lain sebagainya.



DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto E. 2002. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC. pp: 212-24.
- Cunningham FG. 2006. *Obstetri William Vol. 1*. Jakarta: EGC. pp: 685-704.
- Davood S, Parviar K and Ebrahimi S. 2008. Selected pregnancy variables in women with placenta previa. *Res. J. Obstet. Gynecol.* 1: 1-5.
- Faiz AS and Ananth CV. 2003. Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis of observational studies. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 13: 175-190.
- Ghourab S and Al-Jabari A. 2000. Placental migration and mode of delivery in placenta previa. *Ann Saudi Med.* 20: 382-385.
- Hung TH, Hsieh CC and Hsu JJ. 2007. Risk factors for placenta previa in an Asian population. *International Journal of Gynecology and Obstetric.* 97: 26-30.
- Johnson LG, Sergio F and Lorenzo G. 2003. The relationship of placenta previa and history of induced abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics.* 81(2): 191-198.
- Kay HH .2003. Placenta previa and abruption. In JR Scott et al. (eds). *Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp: 365-379.
- Lestari, W. 2007. *Hubungan Antara Paritas Dengan Kejadian Perdarahan Antepartum*. Universitas Indonesia.

- Llewellyn JD. 2002. *Dasar-Dasar Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC. pp: 109-12.
- Manuaba IBG. 2008. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan & Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Mose JC. 2005. *Perdarahan Antepartum dalam: Sastrawinata S. Ilmu Kesehatan Reproduksi: Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC. pp: 83-97.
- Oxorn H. 2003. *Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta: Yayasan Essentia Medika. pp: 425-39.
- Oyelese Y and Smulian JC. 2006. *Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa*. *Obstetrics and Gynecology*. 107(4): 927-941.
- Prawirohardjo. 2009. *Angka Kematian Ibu di Indonesia*. http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=290&Itemid=111. (15 Maret 2010)
- Rayburn WF. 2001. *Perdarahan antepartum dalam: Hacker N.F. Essential Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Hipokrates, pp: 170-8.
- Sastrawinata. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Scarce J and Uzelac PS. 2007. Third-trimester vaginal bleeding. In: AH DeCherney et al. (eds). *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*, 10th ed. *New York: McGraw-Hill*, pp: 328-341.

- Sheiner GI, Shoham-Vardi, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M and Major M. 2001. Placenta previa: Obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J. Matern Fetal. Med* 10: 414-419.
- Sumapraja S dan Rachimhadi T. 2005. *Perdarahan Antepartum dalam: Wiknjastro H. Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. pp: 365-85.
- Taufiqurrahman A. 2008. *Pengantar Metodologi Penelitian untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: UNS Press. pp: 71-6.
- Usta IM, Hobeika E.M, Musa A.A, Gabriel G.E and Nassar A.H. 2005. Placenta previa-acreta: risk factors and complications. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 193: 1504-1059.
- Varney H. 2007. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan vol. 1*. Jakarta: EGC. pp: 643-44.
- Wardana GA dan Karkata MK. 2007. Faktor Risiko Plasenta Previa . *CDK* 34: 229-32.