

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan. Tingkat kematian ibu merupakan masalah kesehatan yang menjadi perhatian World Health Organization (WHO). Fakta menunjukkan lebih dari 350.000 di seluruh dunia meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan dan persalinan. Pada tahun 2016, WHO menyatakan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara penyumbang AKI terbesar di dunia dan di Asia Tenggara (Organization, 2019). Menurut World Health Organization (WHO), Angka Kematian Ibu (AKI) masih sangat tinggi, sekitar 810 wanita meninggal akibat komplikasi terkait kehamilan atau persalinan di seluruh dunia setiap hari, dan sekitar 295 000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Angka kematian ibu di negara berkembang mencapai 462/100.000 kelahiran hidup, sedangkan di negara maju sebesar 11/100.000 kelahiran hidup (WHO, 2020).

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (maternal mortality rate) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global Sustainable Development Goals (SDGs) dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Menurut WHO

(2019) Angka Kematian Ibu (AKI) didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Angka Kematian Ibu (AKI) mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2019).Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan meningkat setiap tahun. Pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.627 kematian. (Profil Kesehatan, 2021)

Berdasarkan Data Profil Kesehatan Provinsi Riau terlihat bahwa kasus kematian ibu di tahun 2020 dapat terjadi pada saat masa kehamilan, masa melahirkan, dan masa nifas yaitu sebanyak 129 kasus. persentase penyebab kematian ibu terbanyak adalah perdarahan dan penyebab lainnya masing-masing 35 % diikuti dengan Hipertensi dalam Kehamilan sebanyak 21% dan Infeksi 5%. Sedangkan gangguan sistem peredaran darah dan gangguan metabolik masing-masing 2%. Salah satu penyebab adanya komplikasi obstetri maupun penyebab kematian maternal adalah plasenta previa.

Plasenta previa merupakan kondisi dimana implantasi plasenta disegmen bawah rahim sehingga menutupi kanalis servikalis dan mengganggu proses persalinan dengan terjadinya perdarahan. Gejala perdarahan awal pada plasenta previa pada umumnya berhenti secara spontan, kadang-kadang terjadi waktu bangun tidur, tidak jarang perdarahan terjadi saat infartum (Saifudin, 2014).

Bila tidak mendapatkan penatalaksanaan dan perawatan yang baik dan tepat, plasenta previa menyebabkan perdarahan hingga terjadi syok bahkan kematian. Plasenta previa menyebabkan mortalitas perinatal sekitar 50 per 1000 kelahiran hidup dan meningkatkan morbiditas pada ibu karena perdarah terjadi bukan hanya pada masa kehamilan saja namun juga terjadi saat inpartum dan postpartum. Hasil penelitian jatiningrum, dkk (2015) menyatakan bahwa plasenta previa mempunyai resiko lebih besar untuk bersalin secara secar. Menurut penelitian sankoro *et al* (2017) plasenta previa mempunyai risiko terhadap terjadinya perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum serta persalinan secar.

Plasenta Praevia adalah komplikasi obstetrik yang berpotensi parah di mana plasenta terletak di dalam segmen bawah rahim, menghadirkan obstruksi pada serviks dan dengan demikian menjadi penyulit proses kelahiran (Putri, 2019). Plasenta Previa terjadi pada 1/200 kelahiran, mempersulit sekitar 0,3% kehamilan dan berkontribusi pada sekitar 5% dari semua kelahiran prematur. Tingkat kekambuhan adalah 4 sampai 8% dari kehamilan berikutnya (Ndomba et al., 2021).

Plasenta previa terjadi pada kira-kira 1 di antara 200 persalinan (0.5%) di Indonesia. Perdarahan antepartum mempengaruhi 3-5% kelahiran. Plasenta previa (31%) dan solusio plasenta (22%) menyebabkan sebagian besar perdarahan antepartum (perdarahan sinus marginal, vasa previa, servisititis, trauma genital dan infeksi). Sebagian besar kematian ini selama dan setelah kehamilan dan persalinan (94%), dapat dihindari.

Prevalensi plasenta previa adalah 0,52 persen di seluruh dunia. Plasenta previa paling umum di Asia (1,22%) dan Eropa (0,36%). Amerika Utara 0,29%, Afrika Sub-Sahara 0,27% Sebuah blastokista dataran rendah menyebabkan plasenta previa. Peningkatan paritas ibu, usia ibu, plasenta yang lebih besar karena banyak kehamilan, cedera endometrium akibat dilatasi dan kuretase, operasi caesar sebelumnya, bekas luka rahim dan miomektomi atau endometritis, dan faktor paritas berdampak pada plasenta previa (Siti Aras Diana, 2019). Paritas menggambarkan seorang wanita yang telah melahirkan anak-anak yang lahir hidup. 50 (50%) dari 146 ibu memiliki Plasenta Previa, 97 (66,4%) berusia 20-34, dan 90 (61,6%) memiliki multiparitas. Usia dan paritas terkait dengan plasenta previa (Putri Andika, 2022).

Manuaba (2016) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa terdiri dari umur ibu, paritas dan endometrium yang cacat. Plasenta previa yang terjadi pada ibu dengan endometrium yang cacat berupa adanya bekas persalinan berulang dengan jarak pendek, bekas operasi, bekas kuretase, atau manual plasenta, adanya

mioma uteri atau polip, dan pada keadaan malnutrisi.

Kejadian plasenta previa juga ada hubungannya dengan riwayat seksio ceasaria. Hasil penelitian Asih dan Idawati (2016) Shi et al (2018), menyatakan bahwa ada hubungan antara riwayat seksio ceasaria dengan kejadian plasenta previa. Hasil penelitian Suwanti dkk (2014), Asih dan Idawati (2016) menyatakan bahwa ada hubungan riwayat abortus dengan terjadinya plasenta previa. Hasil penelitian Suwanti (2014) menunjukkan bahwa jarak kelahiran/persalinan berpengaruh terhadap plasenta previa.

Hasil penelitian Kurniawan dan Mulina (2015), Rohimah (2016), dan Gargari *et al* (2016) menunjukkan bahwa usia ibu mempengaruhi terjadinya plasenta previa, dimana usia muda (<20 tahun) dan ≥ 35 tahun mempunyai risiko terjadinya plasenta previa. Hasil penelitian Mgaya *et al* (2013), Kurniawan dan Mulina (2015), dan Anita (2017) menyatakan bahwa paritas merupakan faktor risiko terjadinya plasenta previa. Hasil prasurvei angka kejadian komplikasi obstetri di RSUD Rokan Hulu Tahun 2022 terdapat beberapa kasus yang ditemui diantaranya adalah Aborus dengan 100 kasus, Hipertensi 49 kasus, Eklamsia 25 kasus, Anemia 42 kasus, hyperemesis gravidarum 64 kasus, dan Plasenta Previa 52 kasus.

Berdasarkan latar belakang di atas dan hasil prasurvei yang telah dilakukan di RSUD Rokan Hulu tersebut, maka peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul” Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau Tahun 2022”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan Kejadian Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau Tahun 2022”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau Tahun 2022.

2. Tujuan khusus

Penelitian ini bertujuan diketahuinya :

- a. Distribusi frekuensi Usia ibu, paritas, riwayat seksio ceasaria, riwayat abortus dan jarak kelahiran pada ibu yang mengalami Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau Tahun 2022.
- b. Hubungan usia ibu, paritas, riwayat seksio ceasaria, riwayat abortus dan jarak kelahiran dengan kejadian Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau Tahun 2022
- c. Faktor paling dominan yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa kebidanan dalam pembelajaran mata kuliah asuhan kebidanan pada ibu hamil dan ibu bersalin. Memberi manfaat dan menambah perbendaharaan bahan bacaan bagi mahasiswa Universitas Pasir Pengaraian Jurusan Kebidanan tentang hubungan paritas dan umur ibu dengan kejadian Plasenta Previa.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi petugas dan seluruh masyarakat tentang faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian Plasenta Previa.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Bagi penulis sendiri untuk menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan terutama mata kuliah metodologi penelitian. Hasil penelitian ini sangat berguna untuk lebih mendalami tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Plasenta Previa

a. Pengertian Plasenta Previa

Perdarahan obstetrik yang terjadi pada kehamilan trimester ke tiga dan yang terjadi setelah anak atau plasenta lahir pada umumnya adalah perdarahan yang berat, dan jika tidak mendapat penanganan yang cepat bisa mendatangkan syok yang fatal. Salah satu efeknya adalah plasenta previa. Oleh sebab itu, perlulah keadaan ini diantisipasi diawal-awalnya selagi perdarahan belum sampai ke tahap yang membahayakan ibu dan janinnya. Antaisipasi dalam perawatan prenatal adalah sangat mungkin oleh karena pada umumnya penyakit ini berlangsung perlahan diawali gejala dini berupa perdarahan berulang yang mulanya tidak banyak tanpa disertai rasa nyeri dan terjadi pada waktu yang tidak tertentu tanpa trauma (Sarwono, 2020)

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum (Sarwono, 2020). Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segman bawah rahim

seolah plasenta tersebut bermigrasi.

Plasenta previa adalah suatu keadaan patologis dimana plasenta berimplantasipada segmen bawah uterussehingga menutupi seluruh atau sebagian jalan lahir (ostium uteri internum) (lidia dkk. 2019).

Plasenta previa berdasarkan terabanya jaringan plasenta melalui jalan lahir diklasifikasikan menjadi plasenta previa totalis yaitu implantasi plasenta menutupi seluruh pembukaan jalan lahir, plasenta previa partialis yaitu plasenta yang implantasinya menutupi sebagian pembukaan jalan lahir, plasenta previa marginalis yaitu plasenta yang implantasinya berada tepat di pinggir pembukaan jalan lahir dan plasenta letak rendah yaitu implantasi plasenta yang terletak 3-4 cm dari pembukaan jalan lahir.

Andyanita (2022) mengemukakan plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi di sekitar segmen bawah rahim (SBR), sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (OUI). Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim kearah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi.

b. Etiologi

Belum diketahui secara pasti. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grande multipara, primigrapida tua, bekas secsio sesarea, bekas aborsi, kelainan janin, dan leioma uteri. Penyebab

secara pasti belum diketahui secara jelas (Ani dkk. 2015) Penyebab blastokista berimplantasi pada segmen bawah rahim berjumlah diketahui dengan pasti. mungkin secara kebetulan saja blastokista menempa desidua di daerah segmen bawah rahim tanpalatar belakang lainyang mungkin.

Teori lain mengemukakan sebagai salah satu penyebabnya adalah vaskularisasi desidua yang tidak memadai, mungkin sebagai akibat dari proses radang atau atrofi. Paritas tinggi, usia lanjut, cacat rahim misalnya bekas bedah sesar, kerokan, miomektomi, dan sebagainya berperan dalam proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium yang semuanya dapat di pandang sebagai faktor resiko terjadinya plasenta previa. Cacat bekas bedah sesar berperan menaikkan insiden dua sampai tiga kali.

Pada perempuan perokok dijumpai insiden plasenta lebih tinggi 2 kali lipat. Hipoksemia akibat karbon mono-oksida hasil pembakaran rokok menyebabkan plasenta menjadi hipertrofi sebagai upaya kompensasi. plasenta yang terlau besar seperti pada kehamilan ganda dan eritroblastosis fetalis bisa menyebabkan pertumbuhan plasenta melebar ke segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostrium uteri internum.

c. Gejala Klinik

Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya

baru terjadi pada akhir trimester kedua keatas. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sesuatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, jadi berulang. Pada setiap pengulangan terjadi perdarahan yang lebih banyak bahkan seperti mengalir.

Pada plasenta letak rendah perdarahan baru terjadi pada waktu mulai persalinan. Perdarahan bisa sedikit sampai banyak mirip pada solusio plasenta. Perdarahan diperhebat berhubung segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi sekuat segmen atas rahim. Dengan demikian, perdarahan bisa berlangsung sampai pasca persalinan. Perdarahan bisa juga bertambah disebabkan servik dan segmen bawah rahim pada plasenta previa lebih rapuh dan mudah mengalami robekan . robekan lebih mudah terjadi pada upaya pengeluaran plasenta dengan tangan misalnya pada retensio plasenta sebagai komplikasi plasenta akreta.

Berhubung plasenta terletak bagian bawah, maka pada palpasi abdomen sering ditemui bagian terbawah janin masih tinggi diatas simfisis dengan letak janin tidak dalam letak memanjang . palpasi abdomen tidak membuat ibu hamil merasa nyeri dan perut tidak tegang sarwono, 2020) Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri, sedikit, tanpa sebab, berulang dan akan lebih banyak dari sebelumnya, letak janin masih tinggi di atas simfisis, palpasi abdomen tidak terasa nyeri dan

perut tidak tegang.

d. Klasifikasi

Berdasarkan derajat abnormalitasnya, plasenta previa dibagi (Sarwono 2020):

- 1) Plasenta previa totalis atau komplik adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum
- 2) Plasenta previa parsialis adalah Plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum serviks
- 3) Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum serviks
- 4) Plasenta letak rendah adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2cm dianggap letak normal.



Gambar 1. Klasifikasi Plasenta Previa

Plasenta previa berdasarkan derajat invasinya, dibagi menjadi tiga (Cunningham, 2014), yaitu :

1) Plasenta Akreta

Melekatnya vili korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium. Tanda khas dari plasenta akreta pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus, apabila tali pusat ditarik.

2) Plasenta Inkreta

Melekatnya vili korion plasenta hingga memasuki/mencapai lapisan miometrium, sehingga tidak mungkin dapat lepas dengan sendirinya. Perlu dilakukan plasenta manual dengan tambahan kuretase tajam dan dalam hingga histerektomi.

3) Plasenta Perkreta

Melekatnya vili korion hingga menembus lapisan otot hingga mencapailapisan serosa dinding uterus.

Klasifikasi plasenta previa menurut browne adalah:

- 1) Tingkat 1, lateral plasenta previa : pinggir bawah plasenta berinsersi sampai ke segmen bawah rahim, namun tidak sampai ke pinggir pembukaan.
- 2) Tingkat 2, marginal plasenta previa : plasenta mencapai pinggir pembukaan (Ostium).
- 3) Tingkat 3, complete plasenta previa : plasenta menutupi ostium waktu tertutup dan tidak menutupi bila pembukaan hampir

lengkap.

- 4) Tingkat 4, central plasenta previa : plasenta menutupi seluruh ostium pada pembukaan hampir lengkap.

Ibu hamil yang terdiagnosis mengalami plasenta previa pada kehamilan kurang dari 28 minggu, harus mendapatkan pemeriksaan ultrasonografi ulangan pada usia kehamilan antara 32 minggu hingga 35 minggu untuk mendeteksi ulang letak plasenta karena letak plasenta masih bisa berubah seiring dengan membesarnya kehamilan. Pada ibu hamil dengan plasenta previa yang memiliki riwayat seksio sesarea membutuhkan pemeriksaan ulangan untuk memastikan ada tidaknya plasenta akreta.

Silver,dkk (2018) menyebutkan plasenta akreta adalah salah satu kondisi paling berbahaya yang terkait dengan kehamilan, karena perdarahan dapat mengakibatkan kegagalan multi sistem organ, kebutuhan untuk masuk ke unit perawatan intensif, histerektomi, dan bahkan kematian.

e. Patofisiologi

Segmen bawah uterus tumbuh dan meregang setelah minggu ke 12 kehamilan, dalam minggu-minggu berikutnya ini dapat menyebabkan plasenta terpisah dan menyebabkan terjadinya perdarahan. Perdarahan terjadi secara spontan dan tanpa disertai nyeri, seringkali terjadi saat ibu sedang istirahat (Sataloff dkk, 2014). Segmen bawah uterus telah terbentuk pada usia kehamilan 20

minggu. Usia kehamilan yang bertambah menyebabkan segmen-segmen bawah uterus akan melebar dan menipis serta servik mulai membuka. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan servik pada ibu hamil dengan plasenta previa dapat menyebabkan terjadinya perdarahan.

Darah yang keluar berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna merah kehitaman. Sumber perdarahannya adalah robeknya sinus uterus akibat terlepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena robekan sinus marginalis dari plasenta. Makin rendah letak plasenta, makin dini perdarahan terjadi karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi (Wiknjosastro, 2014). Plasenta previa dapat mengakibatkan terjadinya anemia bahkan syok, terjadi robekan pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, bahkan infeksi pada perdarahan yang banyak sampai dengan kematian.

Saifuddin (2014) mengungkapkan teori bahwa pada usia kehamilan yang lanjut, umunya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagaimana diketahui tapak plasenta terbentuk dari jaringan maternal yaitu bagian bagian desidua basalis yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yng berimplentasi disitu sedikit banyak akan

mengalami lasersi akibat pelepasan pada desidua sebagai tapak plasenta.

Demikian pula pada waktu serviks mendatar (*effacement*) dan membuka (*dilation*) ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempat laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruang intervillus dari plasenta. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan pada plasenta previa betapa pun pasti akan terjadi (*unavoidable bleeding*). Perdarahan ditempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh karena segmen bawah rahim dan serviks tidak mampu berkontraksi dengan kuat karena elemen otot yang dimilikinya sangat minimal, dengan akibat pembuluh darah pada tempat itu tidak akan tertutup dengan sempurna.

Perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan kecuali jika terjadi laserasi mengenai sinus yang besar dari plasenta pada mana perdarahan akan berlangsung lebih banyak dan lebih lama. Oleh karena pembentukan segmen bawah rahim itu akan berlangsung progresif dan bertahap, maka laserasi baru akan mengulang kejadian perdarahan. Demikianlah perdarahan akan berulang tanpa sesuatu sebab lain (*causeless*).

Darah yang keluar berwarna merah segar tanpa rasa nyeri (*painless*). Pada plasenta yang menutupi seluruh ostrium uteri internum perdarahan terjadi lebih awal dalam kehamilan oleh karena

segmen bawah rahim terbentuk lebih dahulu pada bagian terbawah yaitu pada bagian osrium uteri internum.

Sebaliknya, pada plasenta previa parsialis atau letak terendah, perdarahan terjadi pada waktu mendekati atau mulai persalinan. Perdarahan pertama biasanya sedikit tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan berikutnya. Untuk berjaga-jaga mencegah syok hal tersebut perlu dipertimbangkan. Perdarahan pertama sudah bisa terjadi pada kehamilan dibawah 30 minggu ke atas.

Berhubung tempat perdarahan terletak dekat dengan osrium uteri internum, maka perdarahan lebih mudah mengalir ke luar rahim dan tidak membentuk hematoma retroplasenta yang mampu merusak jaringan lebih luas dan melepaskan tromboplasentin kedalam sirkulasi maternal. Dengan demikian, sangat jarang terjadi koaglopati pada plasenta previa. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah dinding segmen bawah rahim yang tipis mudah diinvasi oleh pertumbuhan vili dan trofoblas, akibatnya plasenta melekat lebih kuat pada dinding uterus. Lebih sering terjadi plasenta akreta dan plasenta inkreta, bahkan plasenta perkreta yang pertumbuhan villinya bisa sampai menembus ke buli-buli dan kerektum bersama plasenta previa.

Plasenta akreta dan perkreta lebih sering terjadi pada uterus yang sebelumnya pernah bedah sesar. Segmen bawah rahim dan

serviks yang rapuh mudah robek oleh sebab kurangnya elemen otot yang terdapat disana. Kedua kondisi ini berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan pascapersalinan pada plasenta previa, misalnya dalam kala 3 karena plasenta sukar melepas dengan sempurna atau setelah uri lepas karena segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi dengan baik.

f. Diagnosis

Diagnosis dan gambaran klinis plasenta previa ditegakan berdasarkan pada gejala klinis, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang (Lina dkk. 2021):

1) Anamnesis :

- a) Keluhan utama pasien ketika datang kefasilitas kesehatan biasanya karena ada pendarahan pada kehamilan lanjut (trimester III).
- b) Sifat pendarahannya tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang. Kadang terjadi pada bangun tidur dipagi hari, tanpa disadari tempat tidur sudah dipenuhi dengan darah.
- c) Jumlah darah yang keluar biasanya akan bertambah banyak dari jumlah darah yang keluar sebelumnya. Banyak sedikitnya darah yang keluar bergantung pada seberapa besar bagian plasenta yang lepas dan pembuluh darah yang putus oleh pelepasan atau robeknya plasenta.

2) Inspeksi :

- a) Adanya pendarahan pervagina dengan jumlah banyak atau sedikit dan berwarna segar.
 - b) Jika pendarahan banyak, ibu akan tampak pucat.
- 3) Palpasi abdomen :
- a) Janin sering dalam keadaan belum cukup bulan, sehingga TFU masih rendah.
 - b) Sering dijumpai kesalahan letak janin (sungsang, lintang).
 - c) Bagian terbawah janin belum turun, jika presentasi kepala, biasanya masih dapat digoyangkan.
- 4) Pemeriksaan inspekulo:
- Dengan memakai spekulum secara hati-hati, untuk melihat sumber perdarahan, apakah dari dalam uterus, kelainan vagina, atau pecahnya varises.
- 5) Pemeriksaan USG
- Pada pemeriksaan USG terlihat letak plasenta disegmen bawah rahim.
- 6) Pemeriksaan dalam
- Bahaya pemeriksaan dalam pada plasenta previa antara lain, yaitu dapat menyebabkan pendarahan yang hebat, dapat menimbulkan infeksi, dan merangsang his (kontraksi rahim) yang akan memicu terjadinya partus prematurus (pemeriksaan dalam dapat dilakukan dimeja operasi.

g. Penanganan

Setiap ibu dengan perdarahan antepartum harus segera dikirim ke rumah sakit yang memiliki fasilitas untuk melakukan transfusi darah dan operasi. Sebelum dirujuk anjurkan ibu untuk tirah baring total dengan menghadap kekiri, menghindari tekanan rongga perut (misal batuk dan mencedan). Pasang infus cairan NaCl fisiologis. Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi ibu secara teratur tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi atau syok akibat perdarahan.

Penanganan plasenta previa bergantung kepada :

- 1) Keadaan umum pasien, kadar hb
- 2) Jumlah perdarahan yang terjadi
- 3) Umur kehamilan/taksiran BB janin
- 4) Jenis plasenta previa
- 5) Paritas dan kemajuan persalinan

Ada beberapa penanganan pada plasenta previa :

- 1) Penanganan ekspektif

Kriteria :

- a) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu
- b) Perdarahan sedikit
- c) Belum ada tanda-tanda persalinan
- d) Keadaan umum baik, kadar hb 8 gr% atau lebih.

Rencana penanganan:

- a) Istirahat baring mutlak.

- b) Infus D 5% dan elektrolit
- c) Spasmolitik, tokolitik, plasentotrofik, roboransia
- d) Periksa hb, hct, cot, golongan darah
- e) Pemeriksaan usg
- f) Awasi perdarahan terus-menerus, tekanan darah, nadi dan denyut jantung janin.
- g) Apabila ada tanda-tanda plasenta previa tergantung keadaan pasien ditunggu sampai kehamilan 37 minggu selanjutnya penanganan secara aktif.

2) Penanganan aktif

Kriteria:

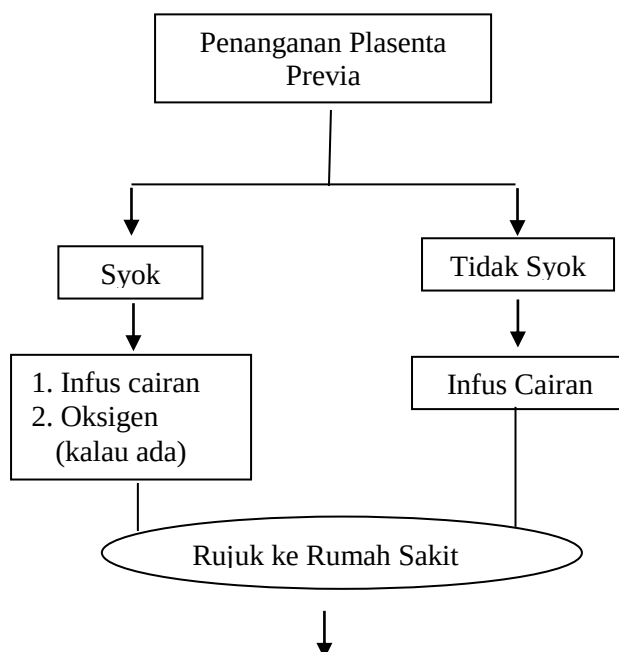
- a) Umur kehamilan ≥ 37 minggu, bb janin ≥ 2500 gram
- b) Perdarahan banyak 500 cc atau lebih
- c) Ada tanda-tanda persalinan
- d) Keadaan umum pasien tidak baik, ibu anemis hb $< 8\text{gr\%}$

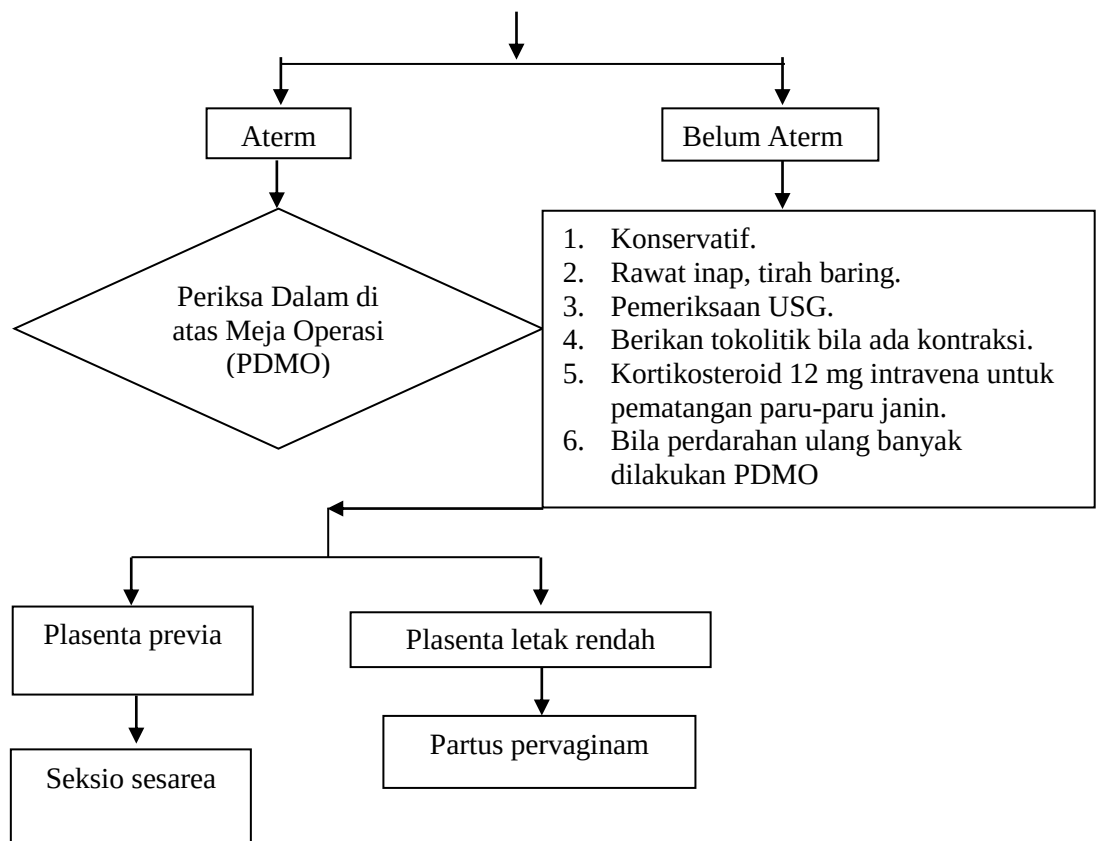
Untuk menentukan tindakan selanjutnya sc atau partus pervaginum, dilakukan pemeriksaan dalam kamar operasi, insfusi transfusi darah terpasang indikasi seksio sesarea :

1. Plasenta previa totalis
2. Plasenta previa pada primigravida
3. Plasenta previa pada janin letak lintang atau letak sungsang
4. Anak berharga dan fetal distres
5. Plasenta previa lateralis jika :
 - a. Pembukaan masih kecil dan perdarahan banyak
 - b. Sebagian besar OUI ditutupi plasenta
 - c. Plasenta terletak di sebelah belakang (posterior)
6. Profause bleeding, perdarahan sangat banyak dan mengalir dengan cepat.

Berikut penatalaksanaan penderita plasenta previa dalam bentuk bagan.

Gambar 2.1 : Bagan Penanganan Plasenta Previa





h. Cara Menyelesaikan Persalinan dengan Plasenta Previa.

1. Seksio Cesárea.

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

b. Tujuan Seksio Sesarea

- 1) Melahirkan janin dengan segera sehingga uterus dapat segera berkontraksi dan menghentikan perdarahan
- 2) Menghindarkan kemungkinan terjadinya robekan pada servik uteri jika janin dilahirkan pervaginam.

2. 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 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*

Tujuannya adalah 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 di jepit dengan *Cunam Willet*, kemudian beri beban secukupnya sampai perdarahan berhenti. Tindakan ini kurang efektif untuk penekanan plasenta dan sering sekali menyebabkan perdarahan pada kulit kepala. Tindakan ini biasanya dikerjakan pada janin yang sudah meninggal dan perdarahan yang tidak aktif.

i. Komplikasi

Komplikasi kehamilan dengan plasenta previa memiliki kemungkinan infeksi nifas yang besar karena luka bekas plasenta dekat dengan ostium uteri internum. Ibu juga dapat mengalami anemia karena telah banyak kehilangan darah. Sedangkan pada bayi dapat terjadi hyfoxia yang dapat menyebabkan kematian janin atau bayi baru lahir.

Komplikasi dari plasenta previa sebagai berikut:

a) Anemia dan syok. Kondisi ini dapat terjadi karena pembentukan segmen rahim terjadi secara ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya di uterus dapat berulang dan semakin banyak dan perdarahan yang terjadi itu tidak dapat dicegah sehingga penderita menjadi anemia bahkan syok.

b) Perdarahan pada kala III.

Hal ini karena plasenta yang berimplentasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos kedalam memmetrium bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta inkreta dan bahkan plasenta perkreta.

Paling ringan adalah plasenta akreta yang perlekatannya lebih kuat tetapi villinya belum masuk ke dalam miometrium.

Walaupun biasanya tidak seluruh permukaan maternal plasenta mengalami akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah perdarahan dalam kala tiga.

Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang pernah SC . dilaporkan plasenta akreta terjadi 10 % sampai 35 % pada pasien yang pernah sc satu kali, naik menjadi 60 % sampai 65 % bila telah sc tiga kali.

- c) Serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai oleh perdarahan yang banyak.

Oleh karena itu, harus sangat berhati-hati pada semua tindakan manual di tempat ini misalnya padawaktu mengeluarkan anak melalui insisi pada segmen bawah rahim ataupun waktu mengeluarkan plasenta dengan tangan pada retensio plsenta. Apabila oleh salah satu sebab terjadi perdarahan banyak yang tidak terkendali dengan cara-cara yang lebih sederhana seperti penjahitan segmen bawah rahim, ligasi arteria uterina, ligasi arteria ovarika, pemasangan tmpon, atau ligasi arterianhipogastika, maka pada keadaan yang sangat gawat seperti ini jalan keluarnya adalah melakukan histerioktomi total. Morbiditas dari semua tindakan ini tentu merupakan komplikasi tidak langsung dari

plasenta previa.

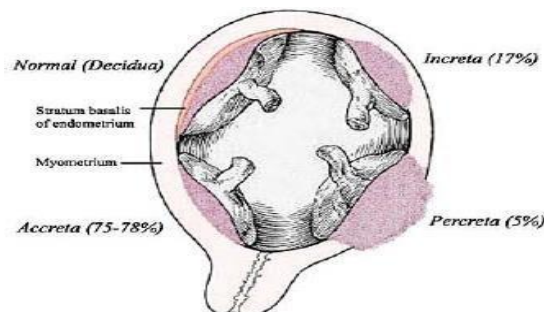
- d) Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi. Hal ini memaksa lebih sering di ambil tindakan operasi dengan segala konsekuensinya.
- e) Kelahiran prematur dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan <37 minggu dapat dilakukan amniosentesis untuk mengetahui kematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.
- f) Komplikasi lain dari plsenta previa yang dilaporkan dalam kepustakaan selain masa rawatan yang lebih lama, adalah beresiko tinggi untuk solusio plasenta, persalinan SC, kelainan letak janin, perdarahan pascapersalinan, kematian maternal akibat perdarahan, dan *disseminated intravascular coagulation*.
- g) Kemungkinan infeksi nifas besar karena luka plasenta lebih dekat pada ostiumdan merupakan porte d'entrée yang mudah tercapai. Lagi pula, pasien biasanya anemis karena perdarahan sehingga daya tahannya lemah.

Bahaya plasenta previa adalah :

- a. Anemia dan syok hipovolemik karena pembentukan segmen rahim terjadi secara ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya diuterus dapat berulang dan semakin banyak dan

perdarahan yang terjadi itu tidak dapat dicegah.

- b. Akibat plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudalah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menorobos ke dalam miometrium bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta inkreta bahkan plasenta perkreta
- c. Paling ringan adalah plasenta akreta yang perlekatannya lebih kuat tetapi vilinya masih belum masuk ke dalam miometrium. Walaupun tidak seluruh permukaan maternal plasenta mengalami akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah perdarahan dalam kala tiga. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang pernah seksio sesaria. Dilaporkan plasenta akreta terjadi sampai 10%-35% pada pasien yang pernah seksio sesaria satu kali dan naik menjadi 60%-65% bila telah seksio sesaria tiga kali.



Gambar 2.2 Jenis Plasenta Previa

Serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai dengan perdarahan yang banyak. Oleh karena itu harus sangat berhati-hati pada semua tindakan manual ditempat ini misalnya pada waktu mengeluarkan anak melalui insisi pada segmen bawah rahim ataupun waktu mengeluarkan plasenta dengan tangan pada retensio plasenta.

Apabila oleh salah satu sebab terjadi perdarahan banyak yang tidak terkendali dengan cara-cara yang lebih sederhana seperti penjahitan segmen bawah rahim, ligasi a.uterina, ligasi a.ovarika, pemasangan tampon atau ligasi a.hipogastrika maka pada keadaan yang sangat gawat seperti ini jalan

keluarnya adalah melakukan histerektomi total. Morbiditas dari semua tindakan ini tentu merupakan komplikasi tidak langsung dari plasenta previa.

1. Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi. Hal ini memaksa lebih sering diambil tindakan operasi dengan segala konsekuensinya.
2. Kehamilan prematur dan gawat janin sering tidak terhindarkan karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan < 37 minggu dapat dilakukan amniosintesis untuk mengetahui kematangan paru-paru janin dan pemberian kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.
3. Solusio plasenta

4. Kematian maternal akibat perdarahan
5. Disseminated intravascular coagulation (DIC)
6. Infeksi sepsis.

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Plasenta Previa

Lina dkk. (2021), faktor-faktor yang meningkatkan kejadian plasenta previa :

a. Umur

- Umur muda : endometrium masih belum sempurna
- Umur tua : endometrium tumbuh kurang subur

b. Paritas

Paritas meningkatkan kejadian plasenta previa makin besar karena endometrium belum sempat tumbuh.

c. Endometrium yang cacat

- Bekas persalinan yang berulang dengan jarak pendek
- Bekas operasi, kuret/manual plasenta
- Malnutrisi.

Lidian dan Siti (2019) menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat meningkatkan terjadinya plasenta previa yaitu ibu dengan riwayat seksio sesarea, kuretase, miomektomi/ evakuasi uterus, usia lanjut, paritas, dan ibu dengan riwayat plasenta previa.

a. Usia Ibu

Menurut Manuaba (2014) usia ibu hamil digolongkan dalam 2 kelompok yaitu: usia dengan faktor risiko dalam kehamilan adalah

usia <20 tahun dan ≥ 35 tahun, dan usia bukan faktor risiko dalam kehamilan adalah usia 20-34 tahun.

Usia ibu yang berisiko terjadinya plasenta previa adalah usia muda dikarenakan endometrium masih belum sempurna dan umur ibu diatas 35 tahun dikarenakan endometrium yang kurang subur. Sesuai dengan hasil penelitian elvira (2012), Kurniawan dan Mulina (2015), Rohimah (2016), dan Gargari *et al* (2016) menunjukkan bahwa usia ibu mempengaruhi terjadinya plasenta previa, dimana usia muda (<20 tahun) dan ≥ 35 tahun mempunyai risiko terjadinya plasenta previa.

b. Paritas

Paritas adalah suatu keadaan seorang wanita yang melahirkan anak baik hidup ataupun mati tetapi bukan aborsi tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas dapat berpengaruh untuk terjadinya plasenta previa disebabkan karena implantasi plasenta yang berulang pada daerah fundus di persalinan sebelumnya mengakibatkan jaringan parut daerah fundus dan membuat plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim yang belum pernah ditempati plasenta untuk berimplantasi

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang wanita. Klasifikasi paritas menurut Mochtar (2012) dibedakan menjadi:

1. Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar.
2. Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu, tidak lebih dari lima kali.
3. Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan lima orang anak atau lebih.

Uterus yang melahirkan banyak anak cenderung bekerja tidak efisien dalam semua kala dalam persalinan karena melemahnya otot-otot rahim untuk berkontraksi sehingga berisiko terjadinya persalinan lama dan perdarahan post pasca persalinan (Wiknjosastro, 2014).

paritas diklasifikasikan menjadi: Primipara, yakni adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar; Multipara adalah wanita yang sudah melahirkan dua kali atau lebih; dan Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih.

Hasil penelitian Mgaya *et al* (2013), Kurniawan dan Mulina (2015), dan Anita (2017) menyatakan bahwa paritas merupakan faktor risiko terjadinya plasenta previa. Dimana paritas tinggi (1 dan > 3) mempunyai risiko lebih besar dikarenakan adanya jaringan parut pada uterus akibat kehamilan berulang yang menyebabkan kurangnya vaskularisasi dan atrofi desidua plasenta sehingga plasenta lebih tipis dan mencakup daerah lebih luas.

Paritas tinggi kejadian plasenta previa makin besar karena endometrium belum sempat tumbuh.

c. Riwayat Seksio Ceasarea

Seksio Sesarea adalah tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka perut dan dinding uterus (Wiknjosastro, 2014). Seksio sesarea adalah upaya melahirkan janin dengan metode laparatomi dan histerektomi. Tindakan pembedahan seksio sesaria dilakukan untuk keselamatan ibu dan janin selama persalinan berlangsung. Indikasi dilakukannya *Sectio Caesarea* (SC) secara umum adalah bila terdapat masalah pada jalan lahir (*passage*), his (*power*) dan/atau janin (*passenger*) atau terdapat kontraindikasi persalinan per vaginam. Indikasi ini dapat dibedakan menjadi tiga kelompok besar, yaitu indikasi maternal, indikasi fetal, dan keduanya.

Indikasi fetal meliputi gawat janin, malpresentasi, makrosomia dan kelainan kongenital, sedangkan indikasi maternal meliputi persalinan lama, disproporsi cepalo pelvik, ibu dengan penyakit bawaan seperti jantung, ibu dengan infeksi HIV/AIDS. Wanita yang telah menjalani operasi caesar memiliki risiko akan mengalami komplikasi di kehamilan selanjutnya, seperti robeknya uterus yang dikarenakan luka akibat operasi di uterus dan abnormalnya plasenta. Risiko masalah plasenta akan terus bertambah di setiap operasi Caesar yang dijalani (Margaret, 2017).

Hasil penelitian Asih dan Idawati (2016), Shi *et al* (2018), menyatakan bahwa ada hubungan antara riwayat Seksio ceasaria dengan kejadian plasenta previa. Plasenta previa terjadi dikarenakan adanya proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium yang semuanya dapat dipandang sebagai faktor risiko bagi terjadinya plasenta previa dan cacat bekas bedah sesar berperan menaikkan insiden dua sampai tiga kali (Asih dan Idawati, 2016)

d. Riwayat Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Hal ini disebabkan karena endometrium dianggap mengalami luka atau kecacatan, apalagi pada ibu riwayat abortus yang dilakukan tindak kuretase. Sesuai dengan hasil penelitian Suwanti dkk (2014), Asih dan Idawati (2016) menyatakan bahwa ada hubungan riwayat abortus dengan terjadinya plasenta previa. Riwayat abortus dengan mempunyai risiko 3 kali lebih besar untuk terjadi plasenta previa.

e. Jarak Kelahiran

Jarak kelahiran yang pendek (<24 bulan) merupakan faktor risiko pada kehamilan (Manuaba, 2014). Hasil penelitian suwanti (2014) menunjukkan bahwa Jarak Persalinan berpengaruh terhadap kejadian plasenta previa. Hal ini dapat dikarenakan kondisi endometrium di

fundus uteri belum siap menerima implantasi, sehingga plasenta mencari tempat implantasi yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Budi Santoso tahun 2008 yang mengatakan wanita dengan jarak kelahiran <24 bulan dan ≥ 10 tahun dibandingkan wanita dengan jarak kelahiran ≥ 2 dan 9 tahun.

Menurut Manuaba (2016) plasenta previa terjadi apabila endometrium kurang baik. Endometrium yang kurang baik disebabkan karena atropi endometrium. Atropi endometrium sering terjadi pada jarak kehamilan pendek. Hal ini karena pada masa postpartum terjadi perubahan pada endometrium yang disebut involusio uteri. Involusio uteri biasanya berlangsung sangat cepat, kecuali pada tempat plasenta. Proses pemulihan untuk tidak terjadinya risiko pada kehamilan berikutnya memerlukan waktu 6 bulan.

f. Riwayat Kuretase

Endometrium yang cacat akibat riwayat kuretase menyebabkan keadaan endometrium kurang baik sehingga plasenta tumbuh meluas dan menutupi ostium uteri internum,¹⁷ keadaan ini menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang baik seperti ostium uteri internum. Tindakan operatif yang dilakukan baik vacuum aspiration (VA) dan dilatation and sharp curettage meningkatkan terjadinya adhesi sehingga pada dinding endometrium akan menghambat pertumbuhan plasenta meluas menutupi ostium uteri internum untuk memenuhi kebutuhan janin.

3. Prognosis

Prognosis ibu dan anak pada plasenta previa dewasa ini lebih baik jika dibandingkan dengan masa lalu. Hal ini berkat diagnosis yang lebih dini dan tidak infasif dengan USG disamping ketersediaan transfusi darah dan infus cairan telah ada di hampir semua rumah sakit kabupaten. Rawat inap yang lebih radikal ikut berperan terutama bagi kasus yang pernah melahirkan dengan seksio sesarea atau bertempat tinggal jauh dari fasilitas yang diperlukan.

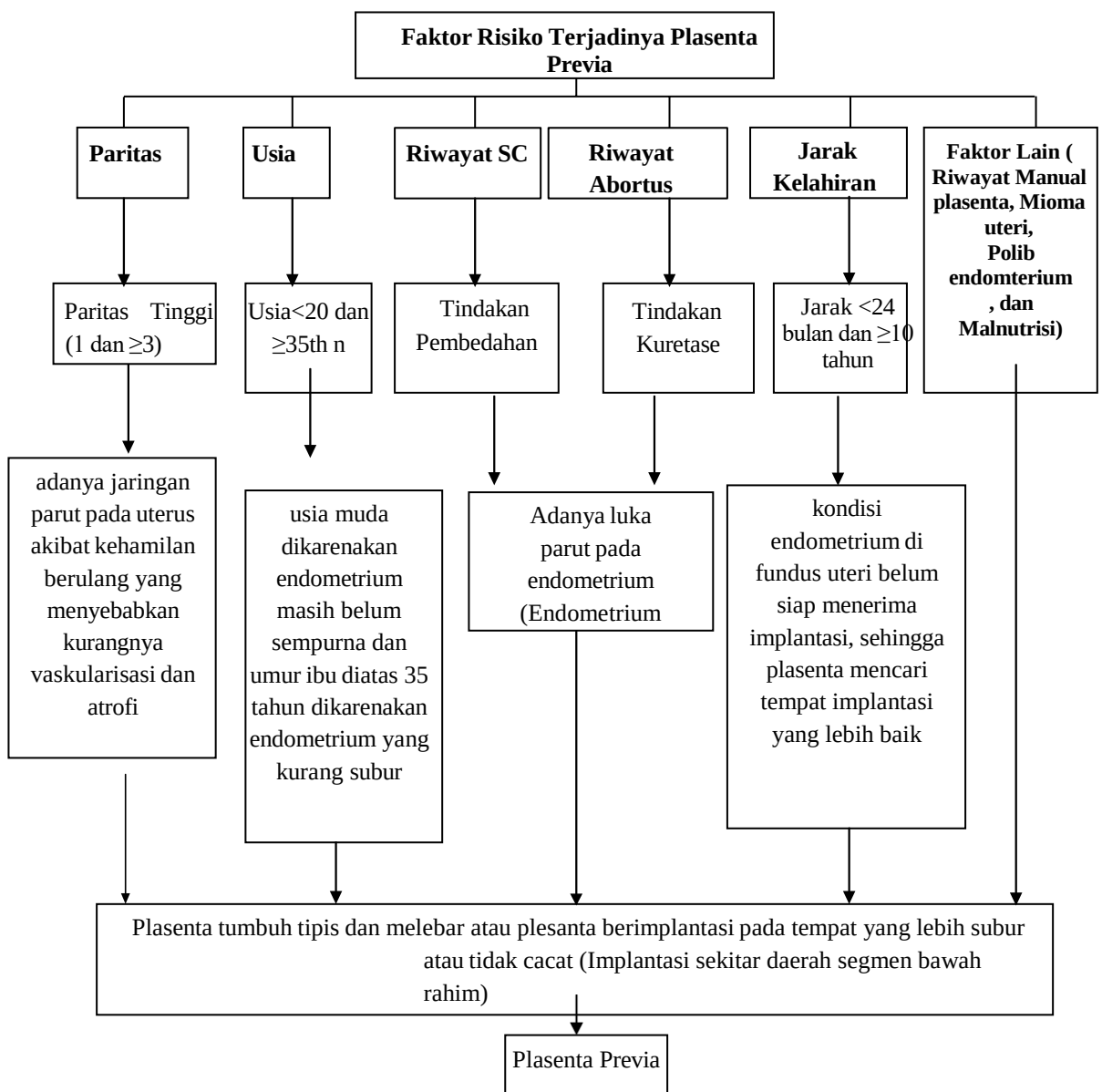
Penurunan jumlah ibu hamil dengan paritas tinggi dan usia tinggi berkat sosialisasi program keluarga berencana menambah penurunan insiden plasenta previa dengan demikian, banyak komplikasi maternal dapat dihindarkan. Namun nasib janin masih belum terlepas dari komplikasi kelahiran premature baik yang lahir spontan maupun karena intervensi seksio sesarea . karenanya kelahiran premature belum sepenuhnya bisa dihindari sekalipun tindakan konservatif diberlakukan . pada satu penelitian yang melibatkan 93.000 persalinan oleh cranedan kawan-kawan (1999) dilaporkan angka kelahiran premature 47%. Hubungan hambatan pertumbuhan janin dan kelainan bawaan dengan plasenta previa belum terbukti.

Walau demikian hingga kini kematian perinatal yang disebabkan oleh prematuritas, tetap memegang peranan utama. Penanganan aktif maupun pasif memerlukan fasilitas yang belum lengkap di banyak tempat di tanah air kita, sehingga beberapa tindakan yang sudah ditinggalkan oleh dunia kebidanan mutakhir terpaksa dipakai juga, seperti pemasangan *cunam willet*

dan versi *braxton hick*.

Tindakan ini masih dianggap penting untuk menghentikan perdarahan dimana fasilitas seksio sesarea belum ada, dengan demikian tindakan-tindakan lebih ditujukan kepada keselamatan ibunya daripada janinnya.

4. Kerangka Teori

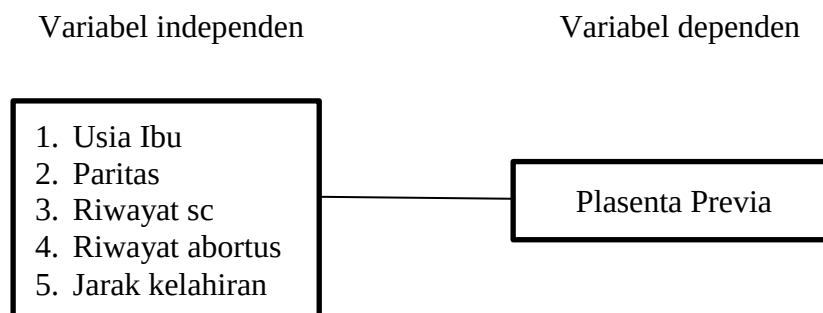


Bagan 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi Manuaba (2010), Kurniawan dan Mulina (2015), dan Shi *et al*(2018)

5. Kerangka konsep

Kerangka konsep/kerangka berfikir merupakan dasar pemikiran yang dasar dan dirumuskan berdasarkan fakta-fakta, observasi dan tujuan. Pustaka menjelaskan hubungan dan keterikatan antar variabel penelitian. Kerangka konsep yang baik yaitu apabila dapat mengidentifikasi variabel-variabel penting sesuai dengan permasalahan penelitian secara rasional mampu menjelaskan keterkaitan antar variabel (Ari Setiawan, 2020). Pada penelitian ini yang merupakan Variabel *independent* atau variabel bebas adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa yaitu usia ibu, Paritas, Riwayat SC, Riwayat Abortus dan Jarak kelahiran. Variabel *dependent* atau variabel terikat dalam penelitian ini yaitu kejadian plasenta previa.



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

6. Hipotesis

Usia ibu, paritas, riwayat sc, riwayat abortus, jarak kelahiran berhubungan dengan kejadian plasenta previa di RSUD Rokan Hulu Provinsi Riau tahun 2022.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian analitik observasional. Penelitian berupaya mencari hubungan antara variabel yang satu dengan variabel lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Plasenta Previa di RSUD Rokan Hulu”.

2. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah case-control. Penelitian case control merupakan penelitian jenis analitik observasional yang dilakukan dengan cara membandingkan antara kelompok kasus dan kelompok control berdasarkan status paparannya. Hal tersebut bergerak dari akibat (penyakit) ke sebab (paparan) (helda,2015).

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu Tahun 2023.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November – Mei 2023.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan sesuatu yang karakteristiknya mungkin diselidiki/diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang tercatat di rekam medik RSUD Rokan Hulu selama kurun waktu januari – desember 2022 sebanyak 1231 orang.

2. Sampel

Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang dirawat di RSUD Rokan Hulu tahun 2022. Sampel terdiri dari kelompok kasus dan kelompok kontrol dengan perbandingan 1 : 1.

a. Sampel pada kelompok kasus ini adalah ibu hamil dengan plasenta previa yang dirawat di RSUD Rokan Hulu Tahun 2022 berjumlah 52. Sampel diambil dengan teknik *total sampling*.

b. Kelompok kontrol adalah ibu hamil yang dirawat bukan dengan plasenta previa di RSUD Rokan Hulu tahun 2022 berjumlah 52. Pengambilan sampel *probability sampling* dengan teknik *simple random sampling* yang artinya teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel dan dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi tersebut. Teknik random sampling yang digunakan adalah dengan cara pengambilan sampel secara acak sederhana sistem undian atau lotre.

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Plasenta previa	Plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh osteum uteri internum, sesuai dengan diagnosa dokter yang ada pada register	Melihat data diregister pasien	0 = Plasenta Previa 1 = Tidak plasenta previa	Nominal
Usia ibu	Lama waktu hidup sejak dilahirkan sampai pada saat persalinan sesuai dengan data yang ada di register	Melihat data diregister pasien	0 = <20 dan ≥ 35 tahun 1 = 20-34 tahun (Gargari <i>et al</i> , 2016)	Nominal
Paritas	Banyak anak yang pernah dilahirkan oleh ibu sesuai dengan data yang ada diregister	Melihat data diregister pasien	0 = paritas 1 dan >3 1 = paritas 2-3	Nominal
Riwayat SC	Adanya riwayat persalinan dengan tindakan pembedahan (SC) sebelumnya sesuai dengan data yang ada di register	Melihat data diregister pasien	0 = ada riwayat SC 1 = tidak ada riwayat SC (Shi <i>et al</i> , 2018)	Nominal
Riwayat Abortus	Adanya riwayat keguguran pada kehamilan sebelumnya sesuai dengan data yang ada diregister	Melihat data diregister pasien	0 = ada riwayat Abortus 1 = tidak ada riwayat Abortus (Asih dan Idawati, 2016)	Nominal
Jarak kelahiran	Waktu antara kelahiran anak sebelumnya dengan kehamilan sekarang sesuai dengan data yang ada diregister	Melihat data diregister pasien	0 = <24 bulan dan ≥ 10 tahun 1 = 2 – 9 tahun (Shi <i>et al</i> , 2018)	Nominal

E. Sumber Data, Pengolahan Data dan Analisis Data

1. Sumber data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data sekunder bersumber dari laporan-laporan yang telah didokumentasikan melalui buku registrasi ibu hamil di Poli KIA dan gambaran umum lokasi penelitian.

2. Pengolahan Data

a. Pengeditan (*editing*)

Editing dimaksudkan untuk meneliti tiap daftar pertanyaan yang diisi agar lengkap untuk mengoreksi kelengkapan pengisian jawaban yang tidak jelas, sehingga jika terjadi kesalahan atau kekurangan data dapat dengan mudah terlihat dan segera dilakukan perbaikan.

b. Pengkodean (*coding*)

Pengkodean yang dilakukan dengan memberi nomor yang berurutan sebagai kode yang mewakili identitas responden dan memberikan kode pada setiap jawaban responden.

c. Pemberian skor (*scoring*)

Skoring adalah memberikan penilaian terhadap item-item yang perlu diberi penilaian atau skor.

d. Pemasukan data (*entry*)

Entry data adalah proses memasukkan data-data dalam tabel berdasarkan variabel penelitian.

e. Tabulasi (*tabulating*)

Tabulating dilakukan dengan memasukkan data ke dalam tabel yang tersedia kemudian melakukan pengukuran masing-masing variabel.

3. Penyajian Data

Data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berdasarkan variabel yang diteliti disertai dengan narasi secukupnya.

4. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk mendapatkan hasil tentang distribusi frekuensi dari variabel penelitian.

b. Analisis Bivariat

Analisis yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (usia ibu, paritas, riwayat seksio ceasaria, riwayat abortus dan jarak kelahiran) dengan variabel dependen (kejadian plasenta previa). Analisis ini menggunakan uji chi square dengan nilai kepercayaan (α) 95%.

1) Jika $p < 0,05$ maka H_a diterima artinya ada hubungan antara variabel independen (usia ibu, paritas, riwayat seksio ceasaria, riwayat abortus dan jarak kelahiran) dengan variabel dependen (kejadian plasenta previa).

2) Jika $p > 0,05$ maka H_a ditolak artinya tidak ada hubungan antara variabel independen (usia ibu, paritas, riwayat seksio ceasaria, riwayat abortus dan jarak kelahiran) dengan variabel dependen (kejadian plasenta previa).

c. Analisis Multivariat

Analisis data multivariat digunakan untuk mengetahui variabel indeviden yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen dengan menggunakan uji regresi logistik ganda. Uji regresi logistik ganda adalah uji regresi yang dilakukan pada penelitian apabila variabel dependen berskala dikotomi (nominal dengan 2 kategori).