

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum.¹ Plasenta berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram.² Plasenta previa dapat dibagi menjadi beberapa jenis. Plasenta Previa *totalis*, yaitu apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta atau ari-ari. Plasenta Previa *parsialis*, yaitu apabila sebagian pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta. Plasenta Previa *marginalis* yaitu apabila pinggir plasenta atau ari-ari berada tepat pada pinggir permukaan jalan ari. Plasenta Letak Rendah yaitu apabila letak tidak normal pada segmen bawah rahim akan tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan.^{3,4}

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Faiz & Ananth pada tahun 2003 prevalensi plasenta previa di USA (*United State*) dijumpai sebanyak 4,0 % dari 1000 kelahiran, sedangkan menurut Romundstad *et al* pada tahun 2006 jumlah kasus plasenta previa pada tahun 1988-2000 di Norwegia sebanyak 1949 kasus dari 845.384 kehamilan.^{5,6} Menurut Saifuddin pada tahun 2006 angka kejadian plasenta previa adalah 0,4% - 0,6% dari keseluruhan persalinan atau 1 diantara 200 persalinan.⁷ Pada beberapa rumah sakit umum pemerintah angka kajadian plasenta previa berkisar 1,7% sampai 2,9% sedangkan di negara maju kejadiannya lebih rendah yaitu kurang dari 1% menurut Prawirohardjo pada tahun 2008.¹ Pada studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Pirngadi Medan terdapat ibu yang mengalami plasenta previa tahun 2006 - Juni 2010 sebanyak 167 orang dari 4633 persalinan.⁸

Plasenta previa menyebabkan terjadinya perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan diatas 28 minggu atau lebih.⁹ Perdarahan menempati persentase tertinggi

penyebab kematian pada ibu yaitu sebesar 28%, persentase kedua penyebab kematian pada ibu adalah eklampsia sebesar 24%, dan tertinggi ketiga disebabkan infeksi sebesar 11%.⁹Faktor risiko yang berpengaruh meliputi umur, paritas, riwayat operasi sesar, kuretase, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya, riwayat abortus, ibu diabetes dan kehamilan ganda.^{5,10,11,12,13}

Morbiditas pada ibu yaitu perdarahan pervaginam tanpa disertai rasa nyeri, dimana perdarahan ini biasanya terjadi pada trimester dua akhir atau trimester tiga awal.^{1,10,14} Mortalitas pada ibu berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu di Indonesia masih sangat tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dari hasil SDKI pada tahun 1991 angka ini sedikit mengalami penurunan jumlah yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup.¹⁵ Berdasarkan laporan dari profil kab/kota, AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2012 hanya 106 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan berdasarkan hasil sensus penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328 per 100.000 kelahiran hidup, angka ini masih cukup tinggi dibandingkan dengan angka nasional SP (Sensus Penduduk) 2010 sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup. Angka di atas menunjukkan bahwa adanya penurunan AKI dibandingkan dengan AKI pada tahun 2002 yang mencapai 307 per 100.000 kelahiran hidup.¹⁶

Menurut hasil penelitian Prawirohardjo frekuensi plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas dan umur. Frekuensi plasenta previa pada primigravida yang berumur lebih dari 35 tahun dua kali lebih besar dari pada primigravida yang berumur kurang dari 20 tahun, dan pada paritas ketiga atau lebih yang berumur lebih dari 35 tahun kira-kira tiga kali lebih besar dibandingkan dengan paritas ketiga atau lebih pada umur 20 tahun.¹ Menurut hasil penelitian Wardana plasenta previa terjadi 1,3 kali lebih sering pada ibu yang sudah beberapa kali melahirkan dari pada ibu yang baru sekali melahirkan (Primipara). Semakin tua umur ibu maka kemungkinan untuk mendapatkan plasenta previa semakin besar.¹¹

Berdasarkan hasil penelitian Kurniawan K. tahun 2015 yang berjudul hubungan antara usia ibu dan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum Cut Metia Kabupaten Aceh Utara tahun 2012-2013 terdapat hubungan antara usia ibu dan paritas dengan kejadian plasenta previa.¹⁷ Berdasarkan penelitian Herawati T yang berjudul faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa di rumah sakit muhammadiyah Palembang tahun 2009 menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dan paritas dengan kejadian plasenta previa.¹⁸

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut mengenai hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige tahun 2013-2015. Selain itu sepanjang pengetahuan penulis belum ada penelitian mengenai hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan apakah ada hubungan antara paritas dan umur ibu dengan kejadian plasenta previa.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui apakah ada hubungan antarparitas dan umur ibu dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik penderita plasenta previa yang meliputi umur, paritas, pendidikan, pekerjaan, riwayat plasenta previa sebelumnya, riwayat seksio sesarea di RSUD HKBP Balige tahun 2013-2015.
2. Untuk mengetahui berapa angka kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige tahun 2013-2015.

3. Untuk mengetahui jenis plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige.
4. Untuk mengetahui parameter laboratorium yang meliputi Hemoglobin dan Hematokrit sewaktu pasien masuk RS.

1.4. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam:

1. Tenaga Kesehatan Rumah Sakit Umum HKBP Balige
Sebagai bahan masukan dan informasi bagi tenaga kesehatan RSU HKBP Balige mengenai sejauh mana hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa sehingga dapat meningkatkan peran tenaga kesehatan untuk mengenali faktor risiko dan memberikan edukasi yang tepat pada ibu hamil berisiko tinggi sebagai upaya menurunkan kejadian kematian akibat plasenta previa.
2. Institusi Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen
Sebagai referensi bagi kepentingan akademis dan tambahan kepustakaan mengenai hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa.
3. Peneliti
Untuk menambah pengetahuan mengenai hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa di RSU HKBP Balige tahun 2013–2015.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Paritas

2.1.1. Definisi

Paritas adalah riwayat reproduksi seorang wanita yang berkaitan dengan kehamilannya (jumlah kehamilan).¹⁵

Primipara adalah seorang wanita yang pernah satu kali melahirkan bayi, bayi yang lahir hidup atau meninggal dengan perkiraan gestasi 20 minggu atau lebih. Dahulu berat lahir 500 g digunakan untuk mendefinisikan paritas, kini tidak lagi penting karena bayi dengan berat lahir kurang dari 500 g dapat bertahan hidup.¹⁵

Multipara adalah seorang wanita yang pernah menyelesaikan dua atau lebih kehamilan hingga 20 minggu atau lebih.¹⁵

2.2.1. Plasenta previa

2.2.2. Definisi

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (ostium uteri interna) dan oleh karenanya bagian terendah sering kali terkendala memasuki Pintu Atas Panggul (PAP) atau menimbulkan kelainan janin dalam rahim.¹

Plasenta previa menurut Depkes RI (1996) yaitu plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal letak plasenta terletak pada bagian atas rahim.¹⁶

2.2.3. Epidemiologi

Plasenta previa lebih banyak terjadi pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada usia di atas 30 tahun, Juga lebih sering terjadi pada kehamilan ganda daripada kehamilan tunggal. Pada beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah dilaporkan insidennya sekitar 1,7% sampai dengan

2,9%. Di Negara maju insidennya lebih rendah yaitu kurang dari 1% mungkin disebabkan berkurangnya perempuan hamil paritas tinggi.¹⁷

2.2.4. Klasifikasi

Klasifikasi Umum

1. Plasenta previa totalis: jika seluruh pembukaan jalan lahir tertutup jaringan plasenta.
2. Plasenta previa parsialis: jika sebagian pembukaan jalan lahir tertutup jaringan plasenta.
3. Plasenta previa marginalis: jika tepi plasenta berada tepat pada tepi pembukaan jalan lahir.
4. Plasenta letak rendah: jika plasenta terletak pada segmen bawah uterus, tetapi tidak sampai menutupi pembukaan jalan lahir.¹⁸

Menurut de Snoo, berdasarkan pembukaan 4 -5 cm:

1. Plasenta previa sentralis (totalis), bila pada pembukaan 4-5 cm teraba plasenta menutupi seluruh ostea.
2. Plasenta previa lateralis; bila mana pembukaan 4-5 cm sebagian pembukaan ditutupi oleh plasenta, dibagi menjadi:
 - a. Plasenta previa lateralis posterior: bila sebagian menutupi ostea bagian belakang.
 - b. Plasenta previa lateralis anterior: bila sebagian menutupi ostea bagian depan.
 - c. Plasenta previa marginalis: bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostea yang ditutupi plasenta.¹⁰

Menurut Browne:

1. Tingkat I, *Lateral plasenta previa*
Pinggir bawah plasenta berinsersi sampai ke segmen bawah rahim, namun tidak sampai ke pinggir pembukaan.
2. Tingkat II, *Marginal plasenta previa*
Plasenta mencapai pinggir pembukaan (Ostea).

3. Tingkat III, *Complete plasenta previa*

Plasenta menutupi ostium waktu tertutup, dan tidak menutupi bila pembukaan hampir lengkap.

4. Tingkat IV, *Central plasenta previa*

Plasenta menutupi seluruhnya pada permukaan hampir lengkap.¹⁰

2.2.4. Faktor Risiko

Etiologi plasenta belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor yang menyebabkan meningkatnya kemungkinan terjadinya plasenta previa yaitu:

a. Umur

Penelitian yang dilakukan oleh Wardana menyatakan usia wanita produktif yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-35 tahun.⁵ Wanita pada umur yang kurang dari 20 tahun mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami plasenta previa karena endometrium belum matang, dan kejadian plasenta previa juga sering pada ibu yang berumur diatas 35 tahun karena kesuburan endometrium berkurang.¹⁰ Wardana 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.¹¹

b. Paritas

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.¹⁰

c. Persalinan yang dialami oleh ibu dengan persalinan prematur, keguguran, bekas persalinan berulang dengan jangka pendek,

persalinan dengan berat badan lahir rendah (BBLR), bayi lahir meninggal dapat berakibat buruk pada kehamilan yang sedang dialami.¹⁰

- d. Dari hasil penelitian sebelumnya, sebanyak 52% plasenta previa ditemukan pada wanita dengan riwayat seksio sesarea. Beberapa studi lain telah mengobservasi bahwa peningkatan frekuensi plasenta previa pada wanita dengan riwayat seksio sesarea atau abortus berhubungan dengan prosedur pembedahan yang merusak rongga uterus, sehingga menyebabkan plasenta berimplantasi ditempat yang lebih rendah.⁵ Pada operasi seksio sesarea dilakukan sayatan pada dinding uterus sehingga dapat mengakibatkan perubahan atropi pada desidua dan berkurangnya vaskularisasi. Kedua hal tersebut dapat menyebabkan aliran darah ke janin tidak cukup dan mengakibatkan pelebaran tempat plasenta dan endometrium yang baik untuk berimplantasi yaitu di segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.¹⁹
- e. Insiden plasenta previa meningkat sesuai jumlah abortus sebelumnya. Insiden plasenta previa sebesar 0,32% pada wanita 1 kali abortus, dan 2,48% pada mereka yang 4 kali melakukan abortus sebelumnya. Studi lain mengatakan bahwa wanita dengan riwayat abortus 2 kali, 2,1 kali lebih berisiko untuk terjadi plasenta previa.¹²
- f. Riwayat plasenta previa sebelumnya, hasil penelitian yang dilakukan oleh Cunningham pada tahun 2001 menyatakan bahwa ibu yang pernah memiliki riwayat plasenta previa sebelumnya memiliki risiko 12 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa kembali karena jaringan endometrium sejak hamil sebelumnya sudah tidak baik.^{13,17}
- g. Pada kehamilan kembar karena ukuran plasenta meningkat.¹⁰
- h. Ibu diabetes kemungkinan karena plasenta lebih besar dari ukuran biasanya.¹⁰
- i. Tumor-tumor, seperti mioma uteri, polip endometrium.¹³

2.2.5. Gambaran Klinik

a. Perdarahan pervaginam

Darah berwarna merah terang pada umur kehamilan kedua atau awal trimester ketiga merupakan tanda utama plasenta previa. Perdarahan dapat terjadi selagi penderita tidur atau bekerja biasa dan perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua ke atas. Perdarahan pertama biasanya tidak banyak sehingga tidak berakibat fatal, tetapi perdarahan berikutnya hampir selalu lebih banyak dari perdarahan sebelumnya. Pada plasenta letak rendah perdarahan baru terjadi pada waktu mulai persalinan, perdarahan bisa sedikit sampai banyak mirip pada solusio plasenta.^{1,10,14}

b. Tanpa nyeri

Kejadian yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan tanpa nyeri yang biasanya baru terlihat setelah kehamilan mendekati akhir trimester kedua atau sesudahnya.¹⁰

c. Pada ibu

Tergantung keadaan umum dan jumlah darah yang hilang, perdarahan yang sedikit demi sedikit atau dalam jumlah banyak dengan waktu yang singkat, dapat menimbulkan anemia sampai syok.¹⁰

d. Pada janin

Turun bagian terbawah janin ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP) akan terhalang, tidak jarang akan terjadi kelainan letak janin dalam rahim, dan dapat menimbulkan asfiksia sampai kematian janin dalam kandungan.^{10,14}

2.2.6. Patofisiologi

Letak plasenta 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 aliran darah balik. Pada pinggir plasenta di beberapa tempat terdapat suatu ruang

vena yang luas untuk menampung darah yang berasal dari ruang intervillier 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.²⁰

Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada trimester 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:²¹

1. Endometrium di fundus uteri belum siap menerima implanisasi
2. Endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi janin
3. Villi kolearis yang berasal dari korion dan sebagian kecil dari ibu yang berasal dari desidua basalis.²¹

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.²

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 saat 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.²²

2.2.7. Penegakkan Diagnosis

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.¹⁰

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.¹⁰

Perdarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa rasa nyeri, tanpa alasan, terutama pada multigravida.¹⁰

2. Pemeriksaan luar

a. Inspeksi

Dapat dilihat perdarahan yang keluar pervaginam: banyak atau sedikit, darah beku dan sebagainya. Jika telah berdarah banyak maka ibu kelihatan anemis.¹⁰

b. 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*) di atas pintu atas panggul.¹⁰

c. 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.²³

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).¹²

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.²⁴

d. Pemeriksaan inspekulo

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan serviks dan vagina. Apabila perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum, adanya plasenta previa harus dicurigai.¹²

2.2.8. Penatalaksanaan

Penderita plasenta previa datang dengan keluhan adanya perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester kedua dan trimester ketiga. Penatalaksanaan plasenta previa tergantung dari usia gestasi penderita dimana akan dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu mengakhiri kehamilan, ataupun ekspektatif yaitu mempertahankan kehamilan selama mungkin.¹¹

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.¹⁰

Syarat-syarat terapi ekspektatif:

- a. Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti.
- b. Belum ada tanda-tanda in partu.
- c. Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal).
- d. 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.¹⁰

a. 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

b. 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 seingkali menyebabkan perdarahan pada kulit kepala. Tindakan ini biasanya dikerjakan pada janin yang telah meninggal dan perdarahan tidak aktif.¹⁰

Plasenta previa dengan perdarahan merupakan keadaan darurat yang memerlukan penanganan yang baik. Bentuk pertolongan pada plasenta 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. Mengambil sikap untuk melakukan rujukan ketempat yang mempunyai fasilitas lengkap.¹⁰

2.2.9. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi utama yang bisa terjadi pada ibu hamil yang menderita plasenta previa, di antaranya ada yang bisa menimbulkan perdarahan yang cukup banyak dan fatal.¹

1. Oleh 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.¹
2. Oleh karena plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang menipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos kedalam miometrium 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 vilinya masih 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 seksio sesarea. Dilaporkan plasenta akreta terjadi 10% sampai 35% pada pasien yang pernah seksio sesarean satu kali, naik menjadi 60% sampai 65% bila telah sesio seksarea 3 kali.¹
3. 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 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 arteria uterine, ligasi arteria ovarika, pemasangan

tampon, atau ligasi arteria hipogastrika, maka pada keadaan yang sangat gawat seperti ini jalan keluarnya adalah melakukan histerektomi total.¹

4. Kelainan letak anak pada plasenta previa lebih sering terjadi. Hal ini memaksa lebih sering diambil tindakan operasi dengan segala konsekuensinya.¹
5. Kelahiran prematur dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan preterm. Pada kehamilan < 37 minggu dapat dilakukan amniosentesis untuk mengetahui kematangan paru janin dan pemberian kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.¹
6. Komplikasi lain dari plasenta previa yang dilaporkan dalam kepustakaan selain masa rawatan yang lebih lama adalah berisiko tinggi untuk solusio plasenta (Risiko Relatif 13,8), seksio sesarea (RR 3,9), kelainan letak janin (RR 2,8), perdarahan pasca persalinan (RR 1,7), kematian maternal akibat perdarahan (50%), dan *disseminated intravascular coagulation* (DIC) 15,9%.¹
7. Pertumbuhan janin lambat karena pasokan darah yang tidak mencukupi.²⁵
8. Infeksi dan pembentukan bekuan darah.²⁵

2.2.10. Prognosis

Prognosis ibu dan anak pada plasenta previa saat ini lebih baik dibandingkan dengan masa lalu. Hal ini berkat diagnosis yang lebih dini dan tidak invasif dengan USG di samping ketersediaan transfusi darah dan infus cairan telah ada di hampir semua rumah sakit kabupaten. 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 yang dapat dihindarkan.¹⁶

2.3. Hubungan antara Paritas dengan Plasenta Previa

Paritas sangat berpengaruh terhadap kejadian plasenta previa. Stringht (2005) mengatakan bahwa paritas yang tinggi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya plasenta previa. Sebanyak 80% kasus plasenta previa terjadi pada multiparitas, yaitu ibu yang melahirkan 2-4 kali. Paritas yang tinggi menyebabkan sering terjadinya plasenta previa karena aliran darah ke plasenta tidak cukup atau diperlukan lebih banyak sehingga akan memperluas permukaan sehingga akan menutupi jalan lahir. Hal ini sesuai dengan teori (Wiknjosastro, 2006) bahwa plasenta previa dapat terjadi pada ibu yang paritas tinggi, bahwa apabila aliran darah ke plasenta tidak cukup atau diperlukan lebih banyak seperti kehamilan kembar, plasenta yang letaknya normal sekalipun akan memperluas permukaannya, sehingga mendekati atau menutupi sama sekali pembukaan jalan lahir.¹⁶

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman bila dilihat dari sudut maternal. 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 permukaan sehingga menutupi pembukaan jalan lahir (Sumapraja, 2005)

Menurut Wiknjosastro (2006), penyebab kematian ibu salah satunya karena 4T yaitu terlalu muda punya anak yaitu umur kurang dari 20 tahun, terlalu banyak melahirkan, terlalu rapat jarak melahirkan yaitu kurang dari 2 tahun, terlalu tua punya anak. Menurut Manuaba (1999) seorang wanita yang mengalami kehamilan sebanyak 6 kali atau lebih akan berisiko terjadinya: Kontraksi yang lemah saat persalinan (karena otot rahimnya lemah), perdarahan setelah melahirkan (karena otot rahimnya lemah), plasenta previa dan preeklamsi. Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk

menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervillous, hal ini meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa.¹⁶

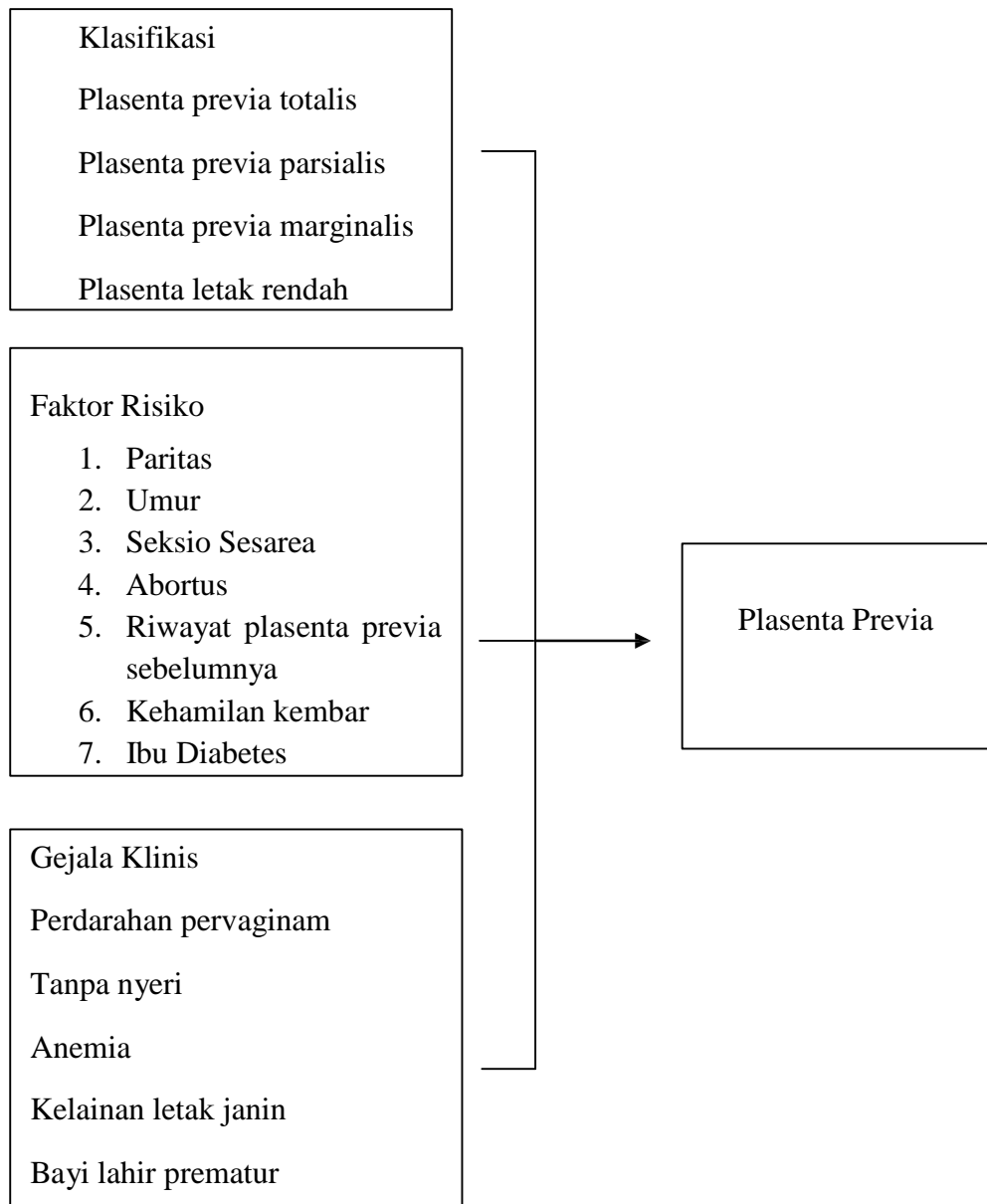
2.4. Hubungan antara Usia Ibu dengan kejadian Plasenta Previa

Wanita dengan kelompok umur < 20 tahun dan > 35 tahun memperoleh angka tertinggi yang berisiko terjadinya plasenta previa. Hal ini terjadi karena umur < 20 tahun dianggap fisik dan organ reproduksinya belum matang, sedangkan umur > 35 tahun dianggap fungsi organ dan organ reproduksinya menurun atau berkurang. Usia reproduksi optimal bagi seorang perempuan adalah umur antara 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun karena perkembangan organ-organ reproduksi yang belum optimal dimana sistim tubuh terutama sistim reproduksi masih dalam proses pematangan, kematangan emosi dan kejiwaan kurang serta fungsi fisiologi yang belum optimal, sehingga sering terjadi komplikasi selama kehamilan yang tidak diinginkan. Pada usia diatas 35 tahun telah terjadi kemunduran fungsi fisiologi maupun reproduksi secara umum. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun.¹⁶

2.5. Hipotesis

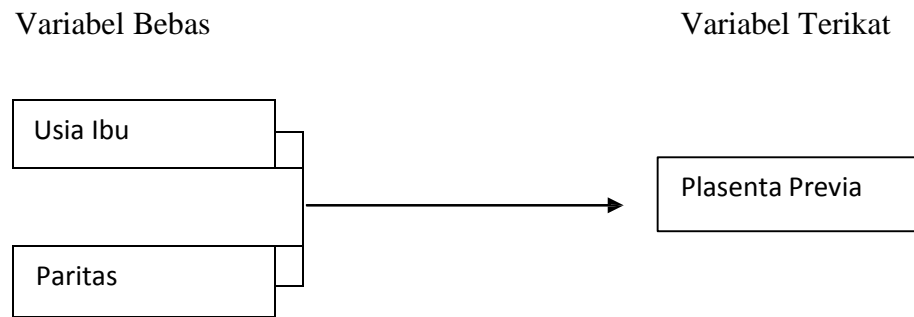
Hipotesis dari penelitian adalah terdapat hubungan antara paritas dan usia ibu dengan kejadian plasenta previa.

2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain *Cross Sectional* dimana variabel bebas dan variabel terikat diobservasi hanya sekali pada saat yang sama.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum HKBP Balige pada bulan September - Oktober 2016.

3.3. Populasi Penelitian

3.3.1. Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil di Rumah Sakit Umum HKBP Balige tahun 2013-2015.

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang terkena plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige tahun 2013-2015.

3.4. Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah seluruh ibuhamilyang terkena plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige tahun 2013-2015.

3.4.2. Cara Pemilihan Sampel

Cara pemilihan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling* dengan cara *random* yang diambil dari rekam medik seluruh ibu hamil yang terkena plasenta previa di Rumah Sakit Umum HKBP Balige Tahun 2013-2015.

3.5. Estimasi Besar Sampel

$$n = \frac{Z\alpha \overline{P_0 Q_0} + Z\beta \overline{P_a Q_a}}{P_a - P_0}^2$$

$$n_1 = n_2 = \frac{1,96 \sqrt{2 \times 0,5 \times 0,5} + 0,84 \sqrt{0,6 \times 0,4 \times 0,6}}{0,6 - 0,4}^2$$

$$n_1 = n_2 = 16 \times 2 = 32$$

Dimana :

Z = deviate baku alfa

Z = deviate baku beta

P₂ = proporsi pada kelompok yang sudah diketahui nilainya⁶

Q₂ = 1-P₂

P₁ = proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan judgement penelitian

Q₁ = 1-P₁

P₁-P₂ = selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

P = proporsi total = (P₁+P₂)/2

Q = 1-P

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel, jumlah responden yang diperlukan adalah sebanyak 32 ibu hamil yang terkena plasenta previa.

3.6. Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

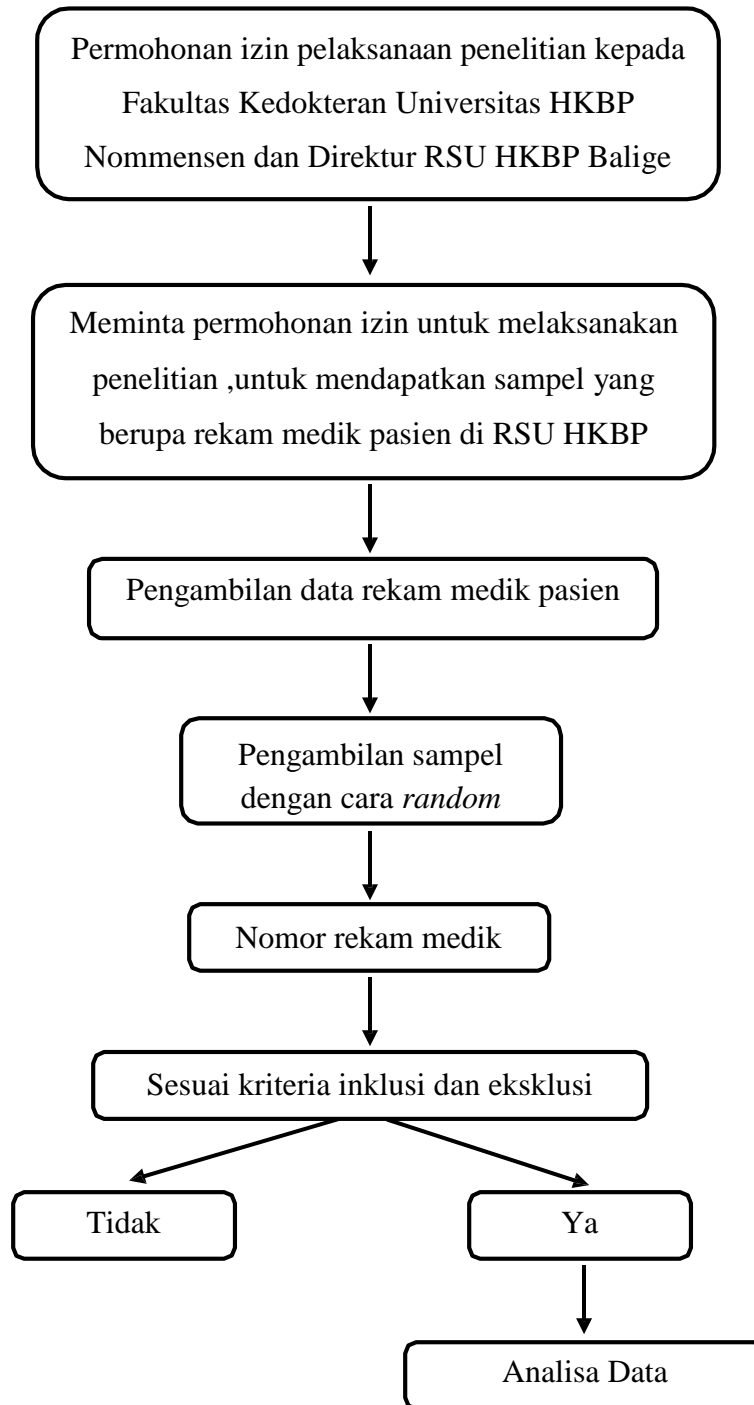
3.6.1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi berupa ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Balige tahun 2013-2015 yang memiliki rekam medis lengkap.

3.6.2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi berupa ibu yang mengalami kehamilan dengan bayi kembar dan ibu yang memiliki riwayat kuretase dan riwayat operasi pada uterus.

3.7. Cara Kerja



Gambar 3.1 Cara Kerja

3.8. Identifikasi Variabel

Variable Independen : Paritas dan Usia Ibu

Variable Dependen : Plasenta Previa

1.8. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Kriteria	Skala
1.	Paritas	Jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi	Rekam medik	Melihat catatan rekam medik pasien	Primipara Multipara	Ordinal
2.	Plasenta Previa	Plasenta yang terletak atau dekat dengan ostium uteri internum	Rekam medik	Melihat USG dan laporan operasi pada catatan	Terjadi plasenta previa Tidak	Nominal
3.	Umur	Lamanya hidup terhitung sejak lahir sampai didiagnosa plasenta previa oleh bagian obstetric dan ginekologi RS Balige	Rekam medik	Melihat catatan rekam medik pasien	1. < 20 tahun 2. 20-35 tahun 3. > 35 tahun	Ordinal

3.9. Analisis Data

3.9.1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk melihat karakteristik subjek penelitian berdasarkan usia ibu, paritas dan kejadian plasenta previa.

3.9.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan antara masing-masing variabel bebas yaitu paritas dan usia ibu dengan variabel terikat yaitu plasenta previa. Uji statistik yang digunakan dalam analisis ini adalah uji *chi-square* dengan tingkat kemaknaan () 0,05.