

**HUBUNGAN INSIDENSI *PLASENTA PREVIA* DENGAN  
KARAKTERISTIK IBU HAMIL DI KOTA LHOKSEUMAWE**

**SKRIPSI**

**ROJULAN ILHAM HABIBI LUBIS**

**200610031**



**universitas  
MALIKUSSALEH**

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
LHOKSEUMAWE  
JANUARI 2024**

**HUBUNGAN INSIDENSI *PLASENTA PREVIA* DENGAN  
KARAKTERISTIK IBU HAMIL DI KOTA LHOKSEUMAWE**

**SKRIPSI**

Diajukan ke Program Studi Kedokteran Universitas Malikussaleh  
sebagai pemenuhan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana  
Kedokteran

*Oleh*

**ROJULAN ILHAM HABIBI LUBIS**

**200610031**



**universitas  
MALIKUSSALEH**

**PROGRAM STUDI KEDOKTERAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
LHOKSEUMAWE  
JANUARI 2024**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS**

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan benar.

Nama : Rojulan Ilham Habibi Lubis

NIM : 200610031

Tanda tangan :

Tanggal :

**Judul Skripsi** : HUBUNGAN INSIDENSI *PLASENTA PREVIA* DENGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DI KOTA LHOKSEUMAWE  
**Nama Mahasiswa** : ROJULAN ILHAM HABIBI LUBIS  
**Nomor Induk Mahasiswa** : 200610031  
**Program Studi** : KEDOKTERAN  
**Fakultas** : KEDOKTERAN

**Menyetujui**  
**Komisi Penguji**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**dr. Nora Maulina, M.Biomed., AIFO-K**

**NIP. 19820106 200912 2 002**

**Penguji I**

**dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp.OG**

**NIP. 19870309 202203 1 001**

**Penguji II**

**dr. Iskandar, Sp.OG**

**NIP. 19720622 200604 1 001**

**dr. Khairunnisa Z, M.Biomed**

**NIP. 19870821 201404 2 001**

**Dekan**

**dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)**

**NIP. 19800317 200912 1 002**

Tanggal Sidang: 10 Januari 2024

## ABSTRAK

*Plasenta previa* merupakan kelainan letak plasenta, yakni pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir yang bisa menjadi penyebab perdarahan yang berujung kematian pada ibu hamil di Indonesia. Terdapat beberapa faktor risiko seperti usia, paritas, riwayat operasi *section cesaria*, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, tempat tinggal, dan latar belakang budaya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan insidensi *plasenta previa* dengan karakteristik ibu hamil di kota Lhokseumawe. Penelitian ini dilaksanakan di RSIA Abby kota Lhokseumawe. Metode penelitian ini adalah analitik observasional dengan desain penelitian *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel penelitian ini dengan menggunakan Teknik *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 41 sampel. Seluruh proses pengolahan data dan analisis menggunakan SPSS.26. Hasil penelitian ini didapatkan karakteristik pasien sebagai berikut: usia 17-35 tahun (53,7%), usia >35 tahun (46,3%), nulipara (19,5%), primipara (29,3%), sekundipara (24,4%), multipara (26,8%), pernah mengalami operasi *section cesaria* (39%), dan tidak pernah mengalami operasi *section cesaria* (61%). Hasil uji statistik didapatkan hubungan antara usia dengan paritas ( $p=0,001$ ), tidak didapatkan hubungan antara usia dengan riwayat operasi *section cesaria* ( $p=0,279$ ), dan didapatkan hubungan antara paritas dengan riwayat operasi *section cesaria* ( $p=0,018$ ). Kesimpulan dari penelitian ini mayoritas ibu hamil yang didiagnosis mengalami *plasenta previa* di kota Lhokseumawe merupakan ibu hamil dengan faktor risiko rendah.

**Kata kunci:** *plasenta previa*, insidensi, faktor risiko

## ABSTRACT

*Placenta previa is an abnormality in the location of the placenta, which is in the lower segment of the uterus so that it can cover part or all of the opening of the birth canal which can be a cause of bleeding that leads to death in pregnant women in Indonesia. There are several risk factors such as age, parity, history of section cesaria surgery, education history, employment history, place of residence, and cultural background. The purpose of this study was to determine the relationship of placenta previa incidence with the characteristics of pregnant women in Lhokseumawe city. This study was conducted at RSIA Abby in Lhokseumawe city. This research method is observational analytic with cross sectional research design. The sampling technique of this study using total sampling technique with a total sample size of 41 samples. The entire data processing and analysis process uses SPSS.26. The results of this study obtained the following patient characteristics: age 17-35 years (53.7%), age > 35 years (46.3%), nulliparous (19.5%), primiparous (29.3%), secundiparous (24.4%), multiparous (26.8%), had experienced section cesaria surgery (39%), and never experienced section cesaria surgery (61%). The statistical test results showed a relationship between age and parity ( $p=0.001$ ), there was no relationship between age and history of cesarean section surgery ( $p=0.279$ ), and there was a relationship between parity and history of cesarean section surgery ( $p=0.018$ ). The conclusion of this study is that the majority of pregnant women diagnosed with placenta previa in Lhokseumawe city are pregnant women with low risk factors.*

**Keywords:** *plasenta previa, incidence, risk factors*

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan pada kehadiran Allah SWT yang telah memberi rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan usulan penelitian skripsi ini dengan judul “**Hubungan Insidensi Plasenta Previa Dengan Karakteristik Ibu Hamil Di Kota Lhokseumawe**”. Usulan penelitian skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Malikussaleh. Penulis menyadari bahwa usulan penelitian skripsi ini masih jauh dari sempurna dan masih banyak kekurangan dikarenakan oleh segala keterbatasan dan kemampuan yang penulis miliki, oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan usulan penelitian skripsi ini. Dalam penyusunan skripsi ini penulis banyak mendapat bimbingan, dukungan, dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. **Dr. Ir. Herman Fithra, ST., MT., IPM., ASEAN Eng** selaku Rektor Universitas Malikussaleh.
2. **dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)** selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan **dr. Khairunnisa Z, M.Biomed** selaku kepala Prodi Pendidikan Dokter yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
3. **dr. Nora Maulina. M.Biomed., AIFO-K** selaku dosen pembimbing I dan **dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp. OG** selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan petunjuk, pengetahuan, bimbingan dan pengarahan selama penyusunan usulan penelitian skripsi ini.
4. **dr. Iskandar, Sp. OG** selaku dosen penguji I dan **dr. Khairunnisa Z, M.Biomed** selaku dosen penguji II yang telah memberikan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk memberikan petunjuk, pengetahuan, bimbingan dan pengarahan selama penyusunan usulan penelitian skripsi ini.
5. Orang tua tercinta Bapak **H. Pargugunan Lubis, S.Pd** dan Ibu **Hj. Siti**

**Aminah Lubis, M.Pd** yang selalu memberikan do'a, semangat, serta kasih sayang yang tiada hentinya agar penulis dapat menyelesaikan studi dan skripsi ini.

6. **Taruna Rizki Jum'at Ramadhan Lubis** dan **Safri Anugrah Lubis** selaku adik penulis yang selalu memberikan dukungan.
7. Seluruh staf pengajar, civitas akademik, teman-teman angkatan 2020, senior, junior, Sahabat penulis di Fakultas Kedokteran yang telah memberi dukungan kepada penulis dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Akhir kata, dengan segala kerendahan hati penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga pada semua pihak yang terlibat, dengan harapan semoga penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak.

Lhokseumawe, Januari 2024

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>I</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>III</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>V</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>VI</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>7</b>
1.1 Latar Belakang .....	7
1.2 Rumusan Masalah .....	8
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan Penelitian .....	8
1.4.1 Tujuan umum.....	8
1.4.2 Tujuan khusus.....	9
1.5 Manfaat Penelitian .....	9
1.5.1 Manfaat teoritis.....	9
1.5.2 Manfaat praktis.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>10</b>
2.1 Fisiologi Plasenta .....	10
2.1.1 Pembentukan plasenta .....	10
2.1.2 Fungsi plasenta .....	11
2.2 <i>Plasenta Previa</i> .....	15
2.2.1 Etiologi dan faktor risiko .....	15
2.2.2 Patofisiologi .....	15
2.2.3 Klasifikasi .....	17
2.2.4 Manifestasi klinik .....	18
2.2.5 Diagnosis.....	18
2.2.6 Tatalaksana .....	19
2.2.7 Komplikasi.....	20
2.2.8 Prognosis .....	21
2.3 Karakteristik Ibu Hamil .....	21
2.4 Kerangka Teori.....	28
2.5 Kerangka Konsep.....	29
2.6 Hipotesis Penelitian .....	29
2.6.1 Hipotesis null ( $H_0$ ).....	29
2.6.2 Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) .....	29
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>30</b>
3.1 Jenis Penelitian .....	30
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	30
3.3.1 Populasi .....	30
3.3.2 Sampel.....	30
3.3.3 Besar sampel.....	30

3.3.4	Teknik pengambilan sampel .....	30
3.4	Variabel dan Definisi Operasional .....	30
3.4.1	Variabel .....	30
3.4.2	Definisi operasional .....	31
3.5	Instrumen Penelitian .....	32
3.6	Prosedur Penelitian .....	32
3.7	Pengolahan Data dan Analisis Data .....	32
3.7.1	Pengolahan data .....	32
3.7.2	Analisis data .....	33
3.8	Alur Penelitian .....	34
	<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>35</b>
4.1	Data Penelitian .....	35
4.2	Hasil Penelitian .....	35
4.2.1	Analisis univariat .....	35
4.2.2	Analisis bivariat .....	37
4.3	Pembahasan .....	40
4.3.1	Hubungan antara usia dengan insidensi <i>plasenta previa</i> .....	40
4.3.2	Hubungan antara paritas dengan insidensi <i>plasenta previa</i> .....	41
4.3.3	Hubungan antara riwayat operasi <i>section cesaria</i> dengan insidensi <i>plasenta previa</i> .....	43
4.3.4	Hubungan antara usia dengan paritas ibu hamil yang didiagnosis <i>plasenta previa</i> .....	44
4.3.5	Hubungan antara paritas dengan operasi <i>section cesaria</i> .....	45
4.3.6	Hubungan antara operasi <i>section cesaria</i> dengan usia .....	46
	<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>48</b>
5.1	Kesimpulan .....	48
5.2	Saran .....	48
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>50</b>
	<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>57</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Plasenta Normal.....	11
Gambar 2. 2 Klasifikasi <i>Plasenta Previa</i> .....	17
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	28
Gambar 2.4 Kerangka Konsep.....	29

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operational .....	31
Tabel 4. 1 Gambaran Usia Ibu Hamil .....	36
Tabel 4. 2 Gambaran Paritas Ibu Hamil.....	36
Tabel 4. 3 Gambaran Riwayat Operasi <i>Section Cesaria</i> Ibu Hamil.....	37
Tabel 4. 4 Hubungan Antara Usia Dan Paritas.....	38
Tabel 4. 5 Hubungan Antara Usia Dan Riwayat Operasi <i>Section Cesaria</i> .....	38
Tabel 4. 6 Hubungan Antara Paritas Dan Riwayat Operasi <i>Section Cesaria</i> .....	39

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

*Plasenta previa* didefinisikan sebagai kondisi yang menunjukkan plasenta langsung menutupi serviks atau plasenta melekat dekat dengan *os serviks* (1). *Plasenta previa* ditandai dengan implantasi abnormal jaringan plasenta di atas *os endoserviks*. Menurut WHO (World Health Organization) sekitar 287.000 Ibu hamil meninggal pada tahun 2020 akibat komplikasi selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Komplikasi utama yang menyumbang hampir 75% dari semua kematian ibu adalah perdarahan setelah persalinan yang salah satunya disebabkan oleh *plasenta previa* (2). Insiden *plasenta previa* di seluruh dunia diperkirakan 1 dari setiap 200 kehamilan (3). Insiden kejadian *plasenta previa* di Indonesia berkisar antara 2,4 - 3,65 % dari seluruh kehamilan. *Plasenta previa* ditemukan kira-kira dengan frekuensi 0,3 – 0,6% dari seluruh persalinan. Prevalensi *plasenta previa* di negara maju berkisar antara 0,26 - 2,00 % dari seluruh jumlah kehamilan (4). *Plasenta previa* sendiri menyumbang 3% dari total kematian ibu akibat perdarahan di Indonesia (5).

*Plasenta previa* sendiri bukan masalah yang jarang ditemui di provinsi Aceh. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin (RSUDZA) Banda Aceh pada tahun 2019 mencatat dari 330 pasien yang melakukan operasi *section cesaria*, terdapat 21 pasien (6.4%) yang mengalami *plasenta previa* (6). Hal tersebut mengindikasikan terjadinya peningkatan jumlah pasien yang mengalami *plasenta previa* bila dibandingkan dengan tahun 2011 dimana terdapat 4,35% dari seluruh pasien *section cesaria* di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin (RSUDZA) Banda Aceh periode Februari 2011 sampai dengan Maret 2011 (7). Insidensinya dilaporkan meningkat 2% pada usia kehamilan 20 minggu dan menurun menjadi sekitar 4-6 per 1000 kelahiran antara usia kehamilan 34 dan 39 minggu dan risiko kekambuhan pada kehamilan berikutnya dilaporkan sebesar 4-8% (8).

Beberapa faktor risiko (karakteristik ibu hamil) yang dapat menyebabkan peningkatan kemungkinan berkembangnya *plasenta previa* adalah usia ibu saat

hamil, paritas ibu, dan riwayat operasi *section cesaria*. *Plasenta previa* disebabkan oleh perkembangan *endometrium* yang belum sempurna jika hamil dan melahirkan sebelum usia 17 tahun atau pada usia yang lebih dini dan akibat penurunan suplai darah ke *endometrium* yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia ibu (di atas usia 35 tahun). Paritas yang meningkat memungkinkan plasenta akan mencari lokasi paling subur untuk berimplantasi selama kehamilan karena kesuburan *fundus* akan mengalami penurunan setelah kehamilan sebelumnya sehingga menyebabkan plasenta akan mencari tempat lain untuk berimplantasi. Selain itu, kelainan *endometrium* pada bekas luka bedah akibat operasi sesar pada kelahiran sebelumnya meningkatkan tiga kali lipat kemungkinan terjadinya *plasenta previa* dibandingkan dengan kelahiran *pervaginam* (9–11).

## 1.2 Rumusan Masalah

*Plasenta Previa* yang menimbulkan perdarahan masih menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu selama dan setelah kehamilan dan persalinan di Indonesia. Karakteristik ibu hamil berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* merupakan beberapa faktor risiko yang menyebabkan kemungkinan terjadinya *plasenta previa*. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis karakteristik ibu hamil berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* dengan insidensi *plasenta previa*.

## 1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe?
2. Apakah terdapat hubungan diantara karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe?

## 1.4 Tujuan Penelitian

### 1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara insidensi *plasenta previa* dengan usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

Mengetahui karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe

### 1.5 Manfaat Penelitian

#### 1.5.1 Manfaat teoritis

Sebagai sumber informasi yang berguna untuk mengembangkan ilmu pengetahuan bagi civitas akademika, khususnya dibagian kedokteran

#### 1.5.2 Manfaat praktis

1. Meningkatkan perhatian dan kepedulian masyarakat terhadap ibu hamil khususnya di kota Lhokseumawe
2. Sebagai salah satu referensi informasi bagi pembaca dan masyarakat mengenai hubungan antara insidensi *plasenta previa* dengan karakteristik ibu hamil
3. Sebagai data tambahan bagi pihak rumah sakit terhadap penanganan *plasenta previa* khususnya di kota Lhokseumawe

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Fisiologi Plasenta

##### 2.1.1 Pembentukan plasenta

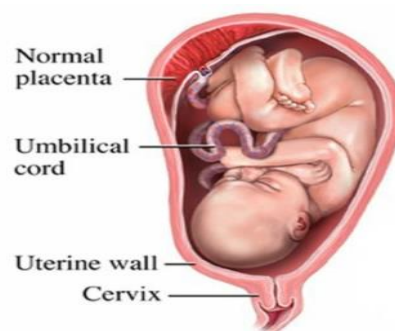
Pada hari ke-12, embrio telah terbenam total di dalam *desidua*. Pada saat ini lapisan *trofoblas* telah memiliki ketebalan dua lapisan sel dan disebut dengan *korion*. Seiring dengan terus berkembang dan dihasilkannya enzim-enzim oleh *korion*, ia membentuk anyaman rongga-rongga yang ekstensif di dalam *desidua*. *Korion* yang meluas menggerus dinding kapiler *desidua*, menyebabkan darah ibu bocor dari kapiler dan mengisi rongga-rongga ini. Darah dicegah membeku oleh suatu antikoagulan yang dihasilkan oleh *korion*. Tonjolan-tonjolan jaringan *korion* berbentuk jari menjulur ke dalam genangan darah ibu. Embrio yang sedang tumbuh ini segera mengirim kapiler ke dalam tonjolan *korion* untuk membentuk vilus plasenta. Sebagian vilus menjorok menembus ruang berisi darah agar plasenta bagian janin sampai ke jaringan *endometrium*, tetapi sebagian besar hanya sampai ke dalam genangan darah ibu (12).

Setiap vilus plasenta berisi kapiler embrionik (akan menjadi kapiler janin) yang dikelilingi oleh suatu lapisan tipis jaringan *korionik*, yang memisahkan darah embrionik-janin dari darah ibu di ruang intervilus. Darah ibu dan janin tidak benar-benar bercampur, tetapi sawar diantara keduanya sangatlah tipis. Hubungan ini seperti tangan (pembuluh darah kapiler janin) dalam sarung tangan karet (jaringan *korion*) yang terbenam dalam air (genangan darah ibu). Hanya sarung tangan karet yang memisahkan tangan dari air. Dengan cara serupa, hanya jaringan *korion* tipis (beserta dinding kapiler pembuluh darah janin) yang memisahkan darah janin dan ibu. Semua pertukaran antara kedua aliran darah ini berlangsung menembus sawar yang sangat tipis ini. Keseluruhan sistem struktur ibu (*desidua*) dan janin (*korion*) yang berkembang saling terkait ini membentuk plasenta. Jika sudah berkembang sempurna, plasenta sebagai penghubung untuk pertukaran di antara ibu dan janin luasnya lebih dari 12 m<sup>2</sup> jika dibentangkan mendatar (13).



Meskipun belum sempurna, plasenta telah terbentuk dan berfungsi pada 5 minggu setelah implantasi. Pada saat ini, jantung embrio yang sedang berkembang sudah memompa darah ke dalam vilus plasenta serta ke jaringan embrio. Sepanjang gestasi, darah janin terus mengalir antara vilus plasenta dan sistem sirkulasi janin melalui dua *arteri umbilikalis* dan satu *vena umbilikalis*, yang terbungkus di dalam *korda umbilikalis*, suatu penghubung antara janin dan plasenta. Darah ibu di dalam plasenta secara terus-menerus diganti oleh darah segar yang masuk melalui arteriol-arteriol uterus; darah ibu lalu disaring melalui ruang antarvilus, tempat darah tersebut bertukar bahan dengan darah janin di vilus sekitar, dan kemudian keluar melalui vena uterus (12).

Darah fetus mengalir melalui dua *arteri umbilikalis*, lalu ke kapiler-kapiler vili, dan akhirnya kembali melalui sebuah *vena umbilikalis* menuju fetus. Sementara itu, darah ibu mengalir dari *arteri uterina* ke dalam sinus-sinus maternal besar yang mengelilingi vili dan kemudian kembali ke *vena uterina* ibu. Total daerah permukaan seluruh vili plasenta matang, hanya beberapa meter persegi jauh lebih kecil daripada area membran pulmonal pada paru. Meskipun demikian, bahan nutrisi dan zat-zat lain melewati membran plasenta ini terutama melalui difusi, dengan cara yang hampir sama dengan difusi yang terjadi melalui membran *alveolus* paru dan membran kapiler mana pun dalam tubuh (14).



**Gambar 2. 1 Plasenta Normal**

Sumber : <https://www.sindonews.com>

### 2.1.2 Fungsi plasenta

Fungsi utama plasenta adalah menyiapkan untuk difusi bahan-bahan makanan dan oksigen dari darah ibu ke dalam darah fetus dan difusi produk-

produk ekskretoris dari fetus kembali ke ibu. Pada bulan-bulan awal kehamilan, membran plasenta masih tebal karena belum berkembang sepenuhnya, sehingga permeabilitasnya rendah. Selanjutnya, area permukaannya kecil karena plasenta belum tumbuh secara bermakna yang mengakibatkan konduktans difusi total sangat kecil pada mulanya. Sebaliknya, pada kehamilan lebih lanjut, permeabilitas meningkat akibat penipisan lapisan-lapisan difusi membran dan karena area permukaan berkembang makin luas, sehingga menyebabkan peningkatan difusi plasenta yang sangat besar. Kadang-kadang terjadi "robekan" pada membran plasenta, yang memungkinkan sel-sel darah fetus masuk ke ibu atau yang bahkan lebih tidak biasa, sel-sel darah ibu masuk ke dalam fetus. Untungnya, fetus jarang mengeluarkan banyak darah ke dalam sirkulasi ibu akibat ruptur membran plasenta (13).

#### 2.1.2.1 Difusi oksigen dan karbondioksida melalui membran plasenta

Pertukaran gas yang terpenting ialah transfer oksigen dan karbondioksida. Saturasi oksigen pada ruang antartilium plasenta ialah 90%, sedangkan tekanan parsial ialah 990 mmHg. Sekalipun tekanan  $pO_2$  hanya 25 mmHg, tingginya hemoglobin F janin memungkinkan penyerapan oksigen dari plasenta. Disamping itu, perbedaan kadar ion  $H^+$  dan tingginya kadar karbondioksida dari sirkulasi janin memungkinkan pertukaran dengan oksigen (efek Bohr). Perbedaan tekanan 5 mmHg antara ibu dan janin memungkinkan perbedaan  $CO_2$  (dalam bentuk asam karbonat, karbamino Hb, atau bikarbonat) pada plasenta. Ikatan  $CO_2$  dengan Hb bergantung pada faktor yang mempengaruhi pelepasan oksigen. Jadi, karbamino Hb meningkat bila oksigen dilepas disebut sebagai efek Haldane.

#### 2.1.2.2 Difusi bahan makanan melalui membran plasenta

Zat-zat metabolisme lain yang diperlukan oleh fetus berdifusi ke dalam darah fetus dengan cara yang sama seperti oksigen, misalnya karbohidrat, asam lemak, dan protein (asam amino). Metabolisme karbohidrat terutama ditentukan oleh kadar glukosa yang dipasok oleh ibu. Sebanyak 90% dari kebutuhan energi berasal dari glukosa. Kelebihan glukosa akan disimpan sebagai glikogen dan lemak. Glikogen disimpan di hati, otot, dan plasenta, sedangkan lemak di sekitar jantung dan belakang skapula. Glukosa dan monosakarida dapat langsung

melewati plasenta, tetapi disakarida tidak. Kadar glukosa janin berkaitan dengan kadar ibu dan tidak dipengaruhi oleh hormon karena mereka tidak melewati plasenta. Plasenta mengatur kadar glukosa dan mampu membuat cadangan separuh dari kebutuhan.

Asam lemak bebas yang berikatan dengan albumin atau lipoprotein seperti trigliserida akan dipasok melalui sirkulasi darah dalam bentuk silomikra. Asam lemak bebas dapat melalui plasenta, dan ternyata janin mampu mengubah asam linoleat menjadi arakidonat. Bila ibu puasa, janin akan menggunakan cadangan trigliserida. Janin mampu menyintesis protein dari asam amino yang dipasok lewat plasenta. Asam amino masuk melalui plasenta, dan ternyata kadarnya lebih tinggi daripada ibunya. Plasenta tidak berperan dalam sintesis protein, namun membentuk protein yang diekskresi ke sirkulasi ibu, seperti *korionik gonadotropin* dan *human placental lactogen* (15).

#### 2.1.2.3 Ekskresi produk-produk sisa melalui membran plasenta

Dengan cara yang sama seperti difusi karbon dioksida dari darah fetus ke dalam darah ibu, produk-produk ekskresi lain yang dibentuk fetus juga berdifusi melalui membran plasenta ke dalam darah ibu dan kemudian diekskresi bersama-sama dengan produk-produk ekskresi dari ibu. Produk-produk ini terutama meliputi nitrogen bukan protein seperti ureum, asam urat, dan kreatinin. Kadar ureum dalam darah fetus hanya sedikit lebih besar dari kadar di dalam darah ibu karena ureum berdifusi melalui membran plasenta dengan sangat mudah. Namun, kreatinin yang tidak semudah itu berdifusi mempunyai persentase konsentrasi dalam darah fetus yang lebih tinggi daripada di dalam darah ibu. Oleh karena itu, ekskresi dari fetus bergantung terutama, jika tidak seluruhnya, kepada gradien difusi melewati membran plasenta beserta daya permeabilitasnya. Oleh karena terdapat konsentrasi produk-produk ekskresi dalam darah fetus yang lebih tinggi daripada dalam darah ibu, terjadi difusi terus-menerus bahan-bahan tersebut dari darah fetal ke darah ibu.

#### 2.1.2.4 Menghasilkan hormon plasenta

Bagian plasenta yang berasal dari janin memiliki kemampuan luar biasa untuk mengeluarkan sejumlah hormon steroid dan peptida yang esensial untuk

mempertahankan kehamilan. Hormon yang terpenting adalah *human chorionic gonadotropin* (gonadotropin korionik manusia), *estrogen*, dan *progesteron*. Plasenta yang berfungsi sebagai organ endokrin utama pada kehamilan, bersifat unik di antara jaringan-jaringan endokrin dalam dua aspek. Pertama, organ ini bersifat sementara. Kedua, sekresi hormon tidak dipengaruhi oleh kontrol ekstrinsik, berbeda dari mekanisme ketat yang sering kompleks yang mengatur sekresi hormon lain. Jenis dan kecepatan sekresi hormon plasenta bergantung terutama pada tahap kehamilan (12).

1. *Gonadotropin korionik (hCG)*, berfungsi mempertahankan *korpus luteum* kehamilan dan merangsang sekresi *testosteron* oleh testis yang sedang berkembang di embrio XY

2. *Estrogen* (juga dikeluarkan oleh *korpus luteum* kehamilan), berfungsi merangsang pertumbuhan miometrium, meningkatkan kekuatan uterus untuk persalinan dan membantu mempersiapkan kelenjar mamaria untuk laktasi

3. *Progesteron* (juga dikeluarkan oleh *korpus luteum* kehamilan), berfungsi menekan kontraksi uterus agar lingkungan perkembangan janin tenang, mendorong pembentukan sumbat mukus serviks untuk mencegah kontaminasi uterus, dan membantu mempersiapkan kelenjar mamaria untuk laktasi

4. *Somatotropin korionik* (memiliki struktur serupa dengan hormon pertumbuhan dan prolaktin), berfungsi mengurangi pemakaian glukosa oleh ibu dan mendorong penguraian simpanan lemak (serupa dengan hormon pertumbuhan) sehingga lebih banyak glukosa dan asam lemak bebas dapat dialirkan ke janin dan membantu mempersiapkan kelenjar mamaria untuk laktasi (serupa dengan *prolaktin*)

5. *Relaksin* (juga dikeluarkan oleh *korpus luteum* kehamilan), berfungsi melunakkan serviks dalam persiapan untuk pembukaan serviks saat persalinan, melonggarkan jaringan ikat antara tulang-tulang panggul sebagai persiapan untuk persalinan, dan meningkatkan kadar  $\text{Ca}^{2+}$  plasma ibu untuk digunakan dalam kalsifikasi tulang janin

6. *PTHrp (parathyroid hormone-related peptide)*, berfungsi memobilisasi simpanan  $\text{Ca}^{2+}$  mereka untuk digunakan oleh janin yang sedang berkembang

## 2.2 *Plasenta Previa*

*Plasenta previa* merupakan kelainan letak plasenta, yakni pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (16). Dalam situasi normal, plasenta terletak di bagian atas uterus, di depan atau di belakang dinding uterus, sedikit ke atas ke arah *fundus* uteri (17). *Plasenta previa* adalah suatu kondisi di mana, berdasarkan tempat implantasi *blastokista*, plasenta yang matur menghalangi atau terlalu dekat dengan *os serviks internal*.

### 2.2.1 Etiologi dan faktor risiko

Meskipun perjalanan klinis *plasenta previa* sangat sugestif, etiologi kondisi ini masih tetap tidak jelas. Hubungan terkuat ditemukan antara riwayat operasi *section cesaria* sebelumnya, paritas tinggi, dan usia ibu lanjut, riwayat aborsi spontan atau induksi sebelumnya, operasi uterus sebelumnya, *plasenta previa* sebelumnya, merokok atau penyalahgunaan zat selama kehamilan, kehamilan ganda, pendidikan ibu, dan seks anak saat lahir (1,3,24,25,9,10,18–23).

### 2.2.2 Patofisiologi

Pada usia kehamilan lanjut, umumnya 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 *desidua basalis* yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya *isthmus uteri* menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yang berimplantasi di situ sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada *desidua* sebagai tapak plasenta.

Demikian pula pada waktu serviks mendatar (*effacement*) dan membuka (*dilatation*) pada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempat laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruangan *intervillus* dari plasenta. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan *plasenta previa* betapa pun pasti akan terjadi (*unavoidable bleeding*). Perdarahan di tempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh karena segmen bawah rahim dan serviks tidak mampu berkontraksi dengan kuat

karena elemen otot yang dimilikinya sangat terbatas, akibatnya pembuluh darah pada tempat itu tidak akan tertutup dengan sempurna. Perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan kecuali jika ada laserasi mengenai sinus yang besar dari plasenta yang mana perdarahan akan berlangsung lebih banyak dan lebih lama. Akibat pembentukan segmen bawah rahim itu yang 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 *ostium uteri internum* perdarahan terjadi lebih awal dalam kehamilan oleh karena segmen bawah rahim terbentuk terlebih dahulu pada bagian terbawah, yaitu pada *ostium uteri internum*. Sebaliknya, pada *plasenta previa parsialis* atau letak rendah, perdarahan baru akan 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 umur kehamilan dibawah 30 tetapi lebih dari separuh kejadiannya pada umur kehamilan 34 minggu keatas. Berhubung tempat perdarahan dekat dengan *ostium uteri internum*, maka perdarahan lebih mudah mengalir ke luar rahim dan tidak membentuk *hematoma retroplasenta* yang mampu merusak jaringan lebih luas dan melepaskan *tromboplastin* ke dalam sirkulasi maternal. Dengan demikian sangat jarang terjadi *koagulopati* pada *plasenta previa* (26).

Hal lain yang perlu diperhatikan adalah dinding segmen bawah rahim yang tipis dan mudah diinvasi oleh perumbuhan vili dari *trofoblas*, akibatnya plasenta melekat lebih kuat pada dinding uterus. Segmen bawah rahim dan serviks juga rapuh dan mudah sobek oleh sebab kurangnya elemen otot yang terdapat pada bagian tersebut. Kedua kondisi ini berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan pascapersalinan pada *plasenta previa*, misalnya dalam kala tiga karena plasenta sukar lepas dengan sempurna (*retention placentae*), atau setelah uri lepas karena segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi dengan baik.

### 2.2.3 Klasifikasi



**Gambar 2. 2 Klasifikasi *Plasenta Previa***

Sumber : <https://repository.poltekkes-mks.ac.id>

*Plasenta previa* dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori berdasarkan pada lokasi plasenta, yaitu :

1. *Plasenta previa totalis*, yaitu plasenta sepenuhnya menutupi *ostium uteri internum*
2. *Plasenta previa partialis*, yaitu *ostium uteri internum* sebagian tertutup
3. *Plasenta previa marginalis*, yaitu plasenta yang tepinya berada pada pinggir *ostium uteri internum*
4. *Plasenta previa letak rendah*, yaitu plasenta melekat di segmen uterus bagian bawah, tidak mencapai *ostium uteri internum*, tetapi masih dapat menyebabkan perdarahan saat serviks melebar.

Menurut insersinya, *plasenta previa* dapat menyebabkan kelainan implantasi berupa :

1. *Plasenta akreta*, keadaan dimana plasenta mengimplantasi lapisan superfisial dari miometrium (*desidua basalis* dan *Nitabuch layer*)
2. *Plasenta inkreta*, keadaan dimana plasenta berimplantasi sampai menembus miometrium
3. *Plasenta perkreta*, keadaan dimana *vili korialis* dari plasenta sampai menembus *perimetrium* (menembus lapisan serosa)

#### 2.2.4 Manifestasi klinik

Ciri yang menonjol pada *plasenta previa* adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua ke atas. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, dan 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 pascapersalinan. Perdarahan bisa juga bertambah disebabkan serviks dan segmen bawah rahim pada *plasenta previa* lebih rapuh dan mudah mengalami robekan (15,26).

#### 2.2.5 Diagnosis

Perempuan hamil yang mengalami perdarahan dalam kehamilan lanjut biasanya menderita *plasenta previa*. Dahulu, untuk memastikan diagnosis pada pasien dengan perdarahan banyak, pasien dipersiapkan di dalam kamar bedah sedemikian rupa untuk tindakan operasi *section cesaria*. Pasien akan berada pada posisi litotomi di atas meja operasi kemudian dilakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) dalam lingkungan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) secara hati-hati dengan dua jari telunjuk dan jari tengah meraba *fornix posterior* untuk mendapat kesan ada atau tidak ada bantalan antara dua jari dengan bagian terbawah janin. Perlahan jari-jari digerakkan menuju pembukaan *cervix* untuk meraba jaringan plasenta, kemudian jari-jari digerakkan mengikuti seluruh pembukaan untuk mengetahui derajat atas klasifikasi *plasenta previa*. Setelah itu, jika ditemukan *plasenta previa lateralis* atau *plasenta previa marginalis*, dilanjutkan dengan amniotomi dan diberi oksitosin drip untuk mempercepat persalinan, sedangkan jika yang ditemukan adalah *plasenta previa totalis*, maka tindakan langsung dilanjutkan dengan operasi *section cesaria*. Persiapan yang demikian disebut *double set-up examination*. Perlu diketahui tindakan *vaginal*



*toucher* tidak boleh atau kontraindikasi untuk dilakukan tanpa persiapan *double set-up examination* (13,24).

Pada saat sekarang ini, *double set-up examination* pada banyak rumah sakit sudah jarang dilakukan berhubung telah tersedianya alat ultrasonografi (USG). Transabdominal ultrasonografi dalam keadaan kandung kemih yang dikosongkan akan memberi kepastian diagnosis *plasenta previa* dengan tingkat akurasi yang tinggi (96% - 98%). Transvaginal ultrasonografi untuk mendeteksi keadaan *ostium uteri internum* jarang diperlukan meskipun lebih superior daripada transabdominal ultrasonografi karena ditangan yang tidak ahli pemakaian transvaginal ultrasonografi bisa memprovokasi perdarahan lebih banyak lagi. Di tangan yang ahli dengan transvaginal ultrasonografi dapat dicapai akurasi diatas 98%. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) juga dapat digunakan untuk mendeteksi kelainan pada plasenta termasuk *plasenta previa*, namun kalah praktis jika dibandingkan dengan ultrasonografi terlebih dalam keadaan mendesak (13).

#### 2.2.6 Tatalaksana

Setiap perempuan hamil yang mengalami perdarahan dalam trimester kedua atau trimester ketiga harus dirawat dalam rumah sakit. Pasien diminta istirahat baring dan dilakukan pemeriksaan darah lengkap termasuk golongan darah dan faktor *Rh*. Jika *Rh* negatif *RhoGam* perlu diberikan pada pasien yang belum pernah mengalami sensitisasi. Jika kemudian ternyata perdarahan tidak banyak dan berhenti serta janin dalam keadaan sehat dan masih prematur diperbolehkan untuk pulang dilanjutkan dengan rawat rumah atau rawat jalan dengan syarat telah mendapat konsultasi yang cukup dengan pihak keluarga agar segera kembali ke rumah sakit bila terjadi perdarahan ulang walaupun kelihatannya tidak mencemaskan. Dalam keadaan yang stabil tidak ada keberatan jika pasien dirawat jalan. Sikap ini dibenarkan sesuai dengan hasil penelitian yang mendapatkan tidak ada perbedaan pada morbiditas ibu dan janin bila pada masing-masing kelompok diberlakukan rawat inap atau rawat jalan. Pada kehamilan antara usia 24 minggu sampai 34 minggu diberikan *steroid* dalam perawatan antenatal untuk pematangan paru janin. Dengan rawat jalan pasien

lebih bebas dan tidak terlalu stres serta biaya dapat ditekan. Rawat inap kembali diberlakukan bila keadaan menjadi lebih serius (15).

Perdarahan dalam trimester ketiga perlu pengawasan lebih ketat dengan istirahat baring yang lebih lama dalam rumah sakit dan dalam keadaan yang serius cukup alasan untuk merawatnya sampai melahirkan. Serangan perdarahan ulang yang banyak bisa saja terjadi sekalipun pasien diistirahatkan. Jika pada waktu masuk terjadi perdarahan yang banyak perlu segera dilakukan terminasi bila keadaan janin sudah viabel. Bila perdarahannya tidak sampai sedemikian banyak pasien diistirahatkan sampai kehamilan 36 minggu dan bila pada amniosintesis menunjukkan paru janin telah matang, terminasi dapat dilakukan dan jika perlu melalui operasi *section cesaria*. Kebanyakan *section cesaria* pada *plasenta previa* dilakukan dengan insisi melintang pada segmen bawah rahim bagian anterior terutama bila plasentanya terletak dibelakang dan segmen bawah rahim telah terbentuk dengan baik (26).

#### 2.2.7 Komplikasi

Komplikasi ibu yang terkait dengan *plasenta previa* adalah perdarahan yang membutuhkan transfusi darah, *koagulasi intravaskular diseminata* dan *histerektomi parsial* atau *total*. Disaat terjadi perdarahan, disitulah status *plasenta previa* tersebut menjadi darurat obstetri (*obstetric emergency*). Apabila terjadi perdarahan terus-menerus, ibu hamil tersebut bisa mengalami gangguan hemodinamik berupa *shock hypovolemic*. *Shock hypovolemic* merupakan keadaan berkurangnya perfusi organ dan oksigenasi jaringan yang disebabkan oleh kehilangan darah atau cairan tubuh yang dapat disebabkan oleh berbagai keadaan, salah satunya perdarahan akibat *plasenta previa*. Seseorang yang mengalami *shock hypovolemic* akan mengalami takikardi, takipnea, tekanan nadi menyempit, penurunan status mental dan kesadaran, hingga tidak ada urine yang dikeluarkan tubuh dan kulit dingin serta pucat. Kehamilan yang diperumit oleh *plasenta previa* juga mengakibatkan frekuensi prematuritas dan kematian janin dan neonatal yang lebih besar. Ketika keadaan memaksa untuk memilih antara ibu dan janin yang dikandung, yang pertama diutamakan adalah keselamatan ibu terlebih dahulu. Meskipun diagnosis dini dan pengawasan yang cermat terhadap wanita dengan

*plasenta previa* dan kemajuan besar dalam perawatan neonatal, menghindari komplikasi ibu dan untuk meningkatkan hasil perinatal di antara wanita dengan kondisi ini masih hal yang tidak mudah untuk dilakukan. Selain itu, Wanita dengan *plasenta previa* 13 hingga 14 kali lebih mungkin mengalami *solusio plasenta* daripada wanita tanpa *plasenta previa* (18,27).

#### 2.2.8 Prognosis

Prognosis ibu dan anak pada *plasenta previa* saat ini lebih baik jika dibandingkan dengan masa lalu. Hal ini berkat diagnosis yang lebih dini dan tidak invasif dengan ultrasonografi (USG). Selain itu, ketersediaan transfusi darah dan infus cairan telah ada di hampir semua rumah sakit kabupaten. Rawat inap yang lebih intensif ikut berperan terutama bagi kasus yang pernah melahirkan dengan operasi *section cesaria* 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 dihindari. Namun, nasib janin masih belum terlepas dari komplikasi kelahiran prematur, baik yang lahir spontan maupun karena intervensi operasi *section cesaria*. Karenanya kelahiran prematur belum sepenuhnya bisa dihindari sekalipun tindakan konservatif diberlakukan (13).

### 2.3 Karakteristik Ibu Hamil

#### 2.3.1 Usia

Usia adalah ukuran berapa lama suatu benda atau makhluk telah ada, baik dalam keadaan hidup ataupun mati. Usia seseorang ditentukan sejak data kelahirannya sampai usia tersebut diukur (28). Usia ibu mungkin berdampak pada kesehatannya atau prosedur persalinan dan persalinan itu sendiri. Sistem reproduksi berfungsi paling baik antara usia 20 dan 35 tahun. Waktu tersebut adalah waktu terbaik untuk melahirkan. Masalah kehamilan lebih mungkin terjadi pada wanita yang hamil ketika mereka terlalu muda (lebih muda dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) (15).

Usia ibu pada saat kehamilan merupakan salah satu variabel risiko yang dapat berkontribusi terhadap peningkatan risiko kejadian *plasenta previa*. Karena pembentukan *endometrium* belum subur, wanita hamil dibawah usia 20 tahun lebih mungkin mengembangkan *plasenta previa*. Ibu hamil dengan usia 35 tahun keatas mungkin mengalami hal yang sama karena perkembangan *endometrium* sudah mengalami penurunan. *Endometrium* yang kurang subur tersebut akan menghambat aliran darah ke *endometrium* itu sendiri, sehingga wanita hamil diatas 35 tahun lebih mungkin mengalami *plasenta previa* (26).

Ibu dengan usia yang kurang dari 20 tahun memiliki risiko perdarahan dua kali lipat daripada ibu antara usia 20 dan 35 tahun karena organ reproduksi pada ibu yang berusia dibawah 20 tahun belum sempurna. Komplikasi pada kehamilan lebih banyak ditemukan pada ibu dengan usia 20 tahun kebawah dibandingkan ibu dengan usia antara 20 dan 35 tahun yang berada dalam kondisi kesehatan reproduksi yang baik (29).

Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi wanita dengan usia 35 tahun keatas dapat memicu munculnya beberapa faktor risiko pada wanita tersebut. Proses alami menjadi tua berdampak buruk pada kehamilan dan persalinan, yang dapat membuat ibu merasa sakit atau bahkan menyebabkan kematiannya. Ketika seorang wanita melahirkan pada usia 35 tahun atau lebih, dia memiliki risiko yang meningkat secara signifikan untuk mengalami masalah selama proses persalinan dan melahirkan. Tanda awal penurunan kesehatan ini mulai terlihat sekitar usia 35 tahun (29). Ini sering dikaitkan dengan penurunan kekuatan fisik dan vitalitas umum pada wanita yang berusia 3 tahun keatas. Wanita yang hamil pada usia 35 tahun keatas memiliki peluang lebih besar 2-3 kali lipat untuk mengalami kesulitan selama kehamilan. Ini berbeda dengan wanita muda yang hamil (30).

### 2.3.2 Paritas

Paritas menurut Winknjosastro, adalah jumlah total kelahiran hidup dan mati yang dialami seorang ibu. Evaluasi riwayat kebidanan terutama paritas ini digunakan untuk melihat berapa banyak kehamilan dan persalinan sebelumnya yang mungkin bisa berdampak pada kehamilan saat ini.

Menurut Manuaba, istilah dalam paritas dapat dibagi menjadi 5, diantaranya yaitu nulipara, primipara, multipara, dan grandemultipara.

1. Nulipara merupakan sebutan yang diberikan pada wanita yang belum pernah hamil atau melahirkan bayi yang hidup diluar rahim.

2. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi yang dapat hidup di luar rahim sebanyak satu kali.

3. Sekundipara adalah wanita yang telah mengalami kehamilan dan melahirkan bayi sebanyak dua kali

4. Multipara adalah wanita yang telah mengalami kehamilan dan melahirkan bayi minimal tiga kali atau lebih.

5. Grandemultipara adalah sebutan untuk yang telah melahirkan bayi yang hidup di luar rahim minimal 5 kali atau lebih. Grandemultipara dianggap sebagai bagian dari golongan yang memiliki kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi dan persalinan yang sulit.

Prawihardjo hanya membagi paritas menjadi 3 golongan, yaitu primipara, multipara, dan grandemultipara. Dengan primipara sebagai wanita yang telah melahirkan seorang anak yang hidup diluar rahim hanya 1 kali, multipara sebagai wanita yang telah melahirkan anak diluar rahim lebih dari 1 kali, dan grandemultipara sebagai wanita yang telah melahirkan bayi yang hidup diluar rahim sebanyak 5 atau lebih (15).

Jika melihat paritas dari perspektif kematian ibu, paritas 2 diantara ibu hamil adalah paritas yang paling aman. Hal ini disebabkan adanya fakta bahwa memiliki beberapa kehamilan meningkatkan kemungkinan masalah. Ada kemungkinan komplikasi pada kehamilan pertama karena rahim sedang belajar tentang hasil kelahiran untuk pertama kalinya, dan pertumbuhan rahim masih terbatas pada perkembangan janin (31). Selain itu, kerusakan pada daerah rahim selama persalinan tidak dapat dicegah sehingga akan mempengaruhi sirkulasi nutrisi janin, mengakibatkan asupan nutrisi yang lebih rendah daripada yang terjadi selama kehamilan sebelumnya. Dalam skenario ini, kehamilan yang terus terjadi menyebabkan rahim ibu menipis dan menjadi tidak subur untuk kehamilan yang terjadi selanjutnya, lalu kerusakan pada daerah rahim selama persalinan

tidak dapat dicegah. Hal ini sesuai dengan penjelasan bahwa setiap kehamilan akan menyebabkan penurunan pada kondisi rahim. Kematian bayi atau *plasenta previa* dapat diakibatkan oleh keadaan tersebut.

Penurunan vaskularisasi dan adanya perubahan atrofi dalam *desidua* yang disebabkan oleh kelahiran sebelumnya, ibu dengan paritas tinggi lebih mungkin mengalami *plasenta previa*. Karena tidak ada cukup suplai darah ke plasenta, maka plasenta akan membesar dan akan menutupi *ostium uteri internum* atau jalan lahir bagi bayi. Normalnya, plasenta akan menempel pada bagian *corvus uteris*, tetapi pada kehamilan selanjutnya daerah tersebut akan mengalami penurunan fungsi. Hal ini terjadi sebagai akibat dari degenerasi bekas luka dari implantasi plasenta sebelumnya, yang menyebabkan plasenta akan berimplantasi pada tempat yang lebih subur pada kehamilan selanjutnya (30).

Ibu yang sudah mengalami kehamilan lebih dari satu kali memiliki kemungkinan risiko lebih besar akan mengalami *plasenta previa* karena plasenta akan mencari lokasi yang paling subur untuk berimplantasi. Lokasi yang paling layak untuk implantasi plasenta adalah bagian *fundus*, tetapi ketika frekuensi kehamilan meningkat, kesuburan *fundus* akan menurun, memaksa plasenta untuk mencari lokasi implantasi alternatif lain seperti pada bagian bawah (32).

### 2.3.3 Riwayat operasi *section cesaria* .

Riwayat operasi *section cesaria* sebelumnya selama persalinan adalah risiko lain yang dapat berkontribusi pada terjadinya *plasenta previa*. Karena kelainan *endometrium* pada bekas luka bedah, kelahiran dengan operasi *section cesaria* meningkatkan tiga kali lipat kemungkinan terjadinya *plasenta previa* dibandingkan dengan kelahiran *pervaginam* (30). Menurut Mochtar (2020), melahirkan melalui operasi *section cesaria* melibatkan sayatan dinding rahim untuk melahirkan janin. Sayatan ini dapat menyebabkan jaringan parut pada rahim, yang juga akan menyebabkan peningkatan pada risiko *plasenta previa*. Riwayat *section cesaria* juga terbukti mengalami peningkatan risiko terjadinya *plasenta previa* sebesar 40%. Hal ini berkaitan dengan adanya perbedaan respon yang berbeda terhadap bekas luka dari operasi, keadaan tersebut berdampak pada pertumbuhan dan kemampuan *desidua* untuk menampung dan memodulasi

infiltrasi *trofoblas*. Hal ini terbukti dari penelitian melalui *ultrasound abdominal* yang memberikan kesan bahwa ketebalan dinding uterus wanita dengan riwayat *section cesaria* lebih tipis daripada wanita dengan persalinan *pervaginam* (33).

Sayatan dinding rahim yang dibuat selama operasi *section cesaria* dapat menyebabkan perubahan atrofi pada *desidua* dan penurunan vaskularisasi uterus. Kedua kondisi ini, serta riwayat operasi sebelumnya, seperti kuretase, dan manual plasenta, dapat mengakibatkan aliran darah yang tidak mencukupi ke janin, menyebabkan plasenta mencari lokasi yang lebih lebar, dan menyebabkan *endometrium*, yang masih dalam kondisi baik, untuk ditanamkan, khususnya di bagian bawah dari rahim sehingga akan menyebabkan tertutupnya semua atau sebagian dari *ostium uteri internum* (34).

Jaringan parut *endometrium* sebagai akibat dari operasi *section cesaria* sebelumnya dan masalah dengan pembuluh darah sering menjadi kemungkinan penyebab *plasenta previa*, meskipun fakta bahwa etiologi spesifik dari *plasenta previa* tidak pasti. Persalinan *section cesaria* akan menyebabkan munculnya luka parut pada uterus yang akan memicu perlekatan kuat pada plasenta dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya *plasenta previa*, sehingga plasenta akan berimplantasi pada bagian *ostium uteri interna* (30).

#### 2.3.4 Riwayat pendidikan

Dalam konteks pendidikan, "pendidikan umum" mengacu pada semua upaya yang dilakukan untuk membujuk orang lain, baik sebagai individu atau sebagai kelompok dari populasi umum, untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. oleh mereka yang aktif bergerak di bidang pendidikan (Mariza, 2015). Tingkat pendidikan individu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap cara mereka mendekati proses pengambilan keputusan dan pencarian solusi dalam kehidupan sehari-hari mereka. Ketika ibu menempuh pendidikan dengan tingkat yang lebih tinggi, mereka memiliki pemahaman yang lebih banyak mengenai apa yang membuat ukuran keluarga yang sehat, dan mereka bertindak dengan tepat saat merencanakan keluarga mereka, misalnya seorang ibu yang cerdas secara rasional akan menyimpulkan bahwa dua anak adalah pilihan yang lebih baik (35).

### 2.3.5 Riwayat pekerjaan

Pekerjaan adalah representasi dari kedudukan sosial seseorang. Bekerja adalah cara untuk melewati kesenjangan keuangan dan mendapatkan perawatan kesehatan yang dibutuhkan serta hal-hal penting lainnya dalam hidup. Para ibu didorong untuk memiliki lebih banyak anak ketika ekonomi kuat karena orangtua akan merasa mampu untuk menyediakan kebutuhan secara finansial. Seorang ibu hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Sehingga jangan terlalu dipaksa dalam pekerjaannya. Bagi perempuan pekerja beristirahatlah yang cukup selama kurang lebih 8 jam sehari (35).

### 2.3.6 Keadaan ekonomi

Keadaan ekonomi seseorang juga selalu menjadi faktor penentu dalam proses kehamilan yang sehat. Keluarga dengan keadaan ekonomi yang cukup, dapat memeriksakan kehamilannya secara rutin, merencanakan persalinan di tenaga kesehatan, dan mengatasi permasalahan kesehatan lainnya dengan baik. Pada ibu hamil dengan sosial ekonomi yang baik, otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik fisiologis pula yang baik pula. Selain itu juga ibu tidak akan terbebani secara fisiologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan biaya sehari-hari setelah bayinya lahir. Ibu juga akan fokus dengan fisiknya. Sementara pada ibu hamil dengan kondisi ekonomi yang kurang atau lemah, ia akan mendapatkan banyak kesulitan, terutama mengenai pemenuhan kebutuhan primer. Angka-angka kesakitan maupun kematian didalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur dan juga biasanya semakin bertambah umur seseorang maka pengetahuan akan status kesehatan ibu hamil akan luas .

### 2.3.7 Tempat tinggal

Tempat tinggal merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kesehatan ibu hamil. Faktor jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor paling berpengaruh terhadap kesehatan ibu hamil. Semakin jauh tempat tinggal dengan fasilitas kesehatan yang tersedia, semakin jarang pula ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilannya. Sebaliknya, semakin dekat tempat tinggal ibu hamil dengan fasilitas kesehatan yang tersedia,

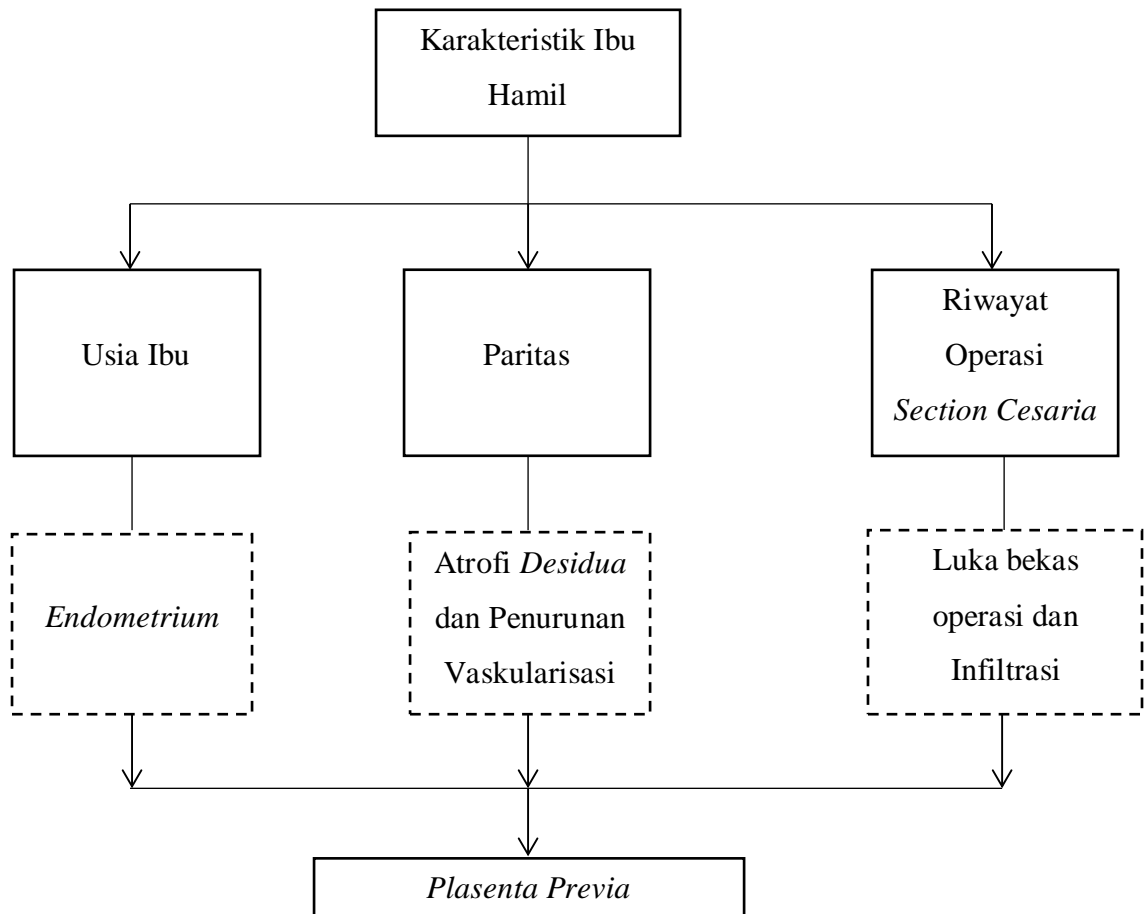


semakin sering ibu hamil melakukan pemeriksaa kehamilan. Selain itu, keadaan tempat tinggal seperti kebersihan juga berpengaruh terhadap kehamilan. Sebagai contoh, apabila keadaan sanitasi lingkungan tempat tinggal ibu hamil itu baik, maka ibu hamil tersebut tidak akan rentan terkena infeksi kuman ataupun penyakit lain akibat lingkungan, sementara apabila ibu hamil tinggal di daerah dengan sanitasi buruk, ibu hamil tersebut akan rentan sekali terkena infeksi kuman atau penyakit lain akibat lingkungan (36).

#### 2.3.8 Latar belakang budaya

Tanpa disadari, budaya telah mempengaruhi pendapat masyarakat mengenai banyak hal, misalnya keyakinan bahwa akan ada lebih banyak rezeki yang didapatkan dengan semakin banyak anak adalah salah satu aspek latar belakang budaya yang mungkin berdampak pada paritas. Selain itu, pengaruh keluarga terhadap status kehamilan ibu secara umum masih kental untuk masyarakat pedesaan di Indonesia. Salah satu keputusan yang sering diambil oleh pihak keluarga adalah penentuan pemilihan fasilitas tempat bersalin yang ada (termasuk dukun) (37).

## 2.4 Kerangka Teori



**Gambar 1.3 Kerangka Teori**

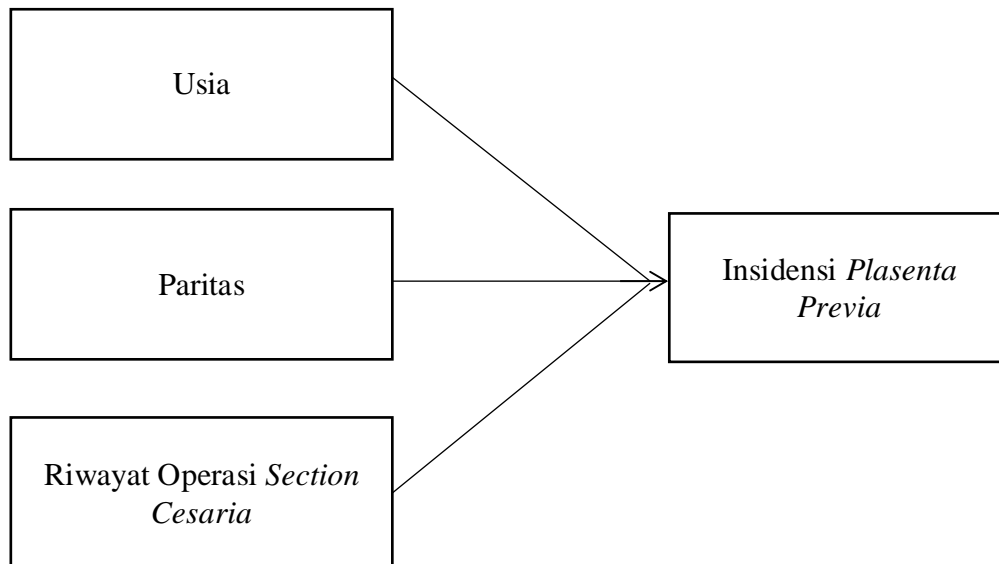
Keterangan:

———— : Diteliti

- - - - - : Tidak Diteliti

## 2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang dibuat, maka kerangka konsep penelitian adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.4 Kerangka Konsep**

## 2.6 Hipotesis Penelitian

### 2.6.1 Hipotesis null ( $H_0$ )

Tidak terdapat hubungan diantara karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe

### 2.6.2 Hipotesis alternatif ( $H_a$ )

Terdapat hubungan diantara karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Studi *cross sectional* adalah salah satu studi observasional untuk menentukan hubungan antara faktor risiko dan penyakit (38).

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSIA ABBY kota Lhokseumawe. Penelitian berlangsung pada bulan Juni-September 2023.

#### **3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi**

Populasi penelitian ini adalah ibu hamil yang di diagnosis *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe tahun 2021-2022.

##### **3.3.2 Sampel**

Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang di diagnosis *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe pada tahun 2021-2022.

##### **3.3.3 Besar sampel**

Besar sampel disesuaikan dengan jumlah seluruh ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe pada tahun 2021-2022.

##### **3.3.4 Teknik pengambilan sampel**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*. Teknik *total sampling* adalah teknik penentuan sampel yang semua anggota populasinya digunakan sebagai sampel (38).

#### **3.4 Variabel dan Definisi Operasional**

##### **3.4.1 Variabel**

###### **1. Variabel independen**

Variabel independen pada penelitian ini adalah karakteristik ibu hamil di RSIA ABBY kota Lhokseumawe yang terdiri dari usia, paritas, dan riwayat operasi *sectio cesaria*.

## 2. Variabel dependen

Variabel dependen penelitian ini adalah insidensi *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe.

### 3.4.2 Definisi operasional

Definisi oprasional penelitian ini adalah:

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Skor	Skala Skor
Usia	Lamanya waktu hidup atau sejak dilahirkan sampai saat ini	Rekam Medik	Dengan melihat rekam medik	1. <20 tahun 2. 20-35 tahun 3. >35 tahun	Nominal
Paritas	Jumlah persalinan yang pernah dialami oleh ibu	Rekam Medik	Dengan melihat rekam medik	1. Nulipara (kali pertama persalinan) 2. Primipara (1 kali persalinan) 3. Sekundipara (2 kali persalinan) 4. Multipara (3-4 kali persalinan) 5. Grandemultipara ( $\geq$ 5 kali persalinan)	Nominal
Riwayat Operasi <i>section cesaria cesaria</i>	Operasi <i>section cesaria</i> yang pernah dialami oleh ibu	Rekam Medik	Dengan melihat rekam medik	1. Pernah 2. Tidak pernah	Nominal

### **3.5 Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian yang dilakukan pada penelitian ini adalah data sekunder berupa rekam medik.

### **3.6 Prosedur Penelitian**

Prosedur dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat izin penelitian kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh
2. Peneliti meminta izin kepada Direktur RSIA ABBY kota Lhokseumawe
3. Peneliti menggunakan rekam medik RSIA ABBY kota Lhokseumawe dalam pengambilan data
4. Peneliti mendapat surat selesai penelitian dari RSIA ABBY kota Lhokseumawe

### **3.7 Pengolahan Data dan Analisis Data**

#### **3.7.1 Pengolahan data**

Data yang dikumpulkan selanjutnya diolah dengan tahapan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan data (*Editing*)  
Pemeriksaan data (*Editing*) dilakukan untuk memeriksa ketepatan dan kelengkapan data yang telah dikumpulkan serta untuk menghindari terjadinya kesalahan.
2. Pemberian kode (*Coding*)  
Pemberian kode (*Coding*) data dilakukan apabila data sudah terkumpul kemudian dikoreksi ketepatan dan kelengkapannya. Selanjutnya data diberi kode oleh peneliti secara manual sebelum diolah ke dalam computer untuk mempermudah pengolahan data.
3. Memasukkan data (*Entry*)  
Data yang telah dibersihkan kemudian dimasukkan ke dalam program komputer.
4. Pembersihan data (*Cleaning*)  
Pemeriksaan semua data yang telah dimasukkan ke dalam komputer guna menghindari terjadinya kesalahan dalam pemasukan data.

### 3.7.2 Analisis data

Analisis dan penyajian data yang dilakukan adalah sebagai berikut:

#### 1. Analisis Univariat

Digunakan untuk melihat karakteristik subjek penelitian berdasarkan usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria*. Selanjutnya analisa ini akan ditampilkan dalam bentuk tabel.

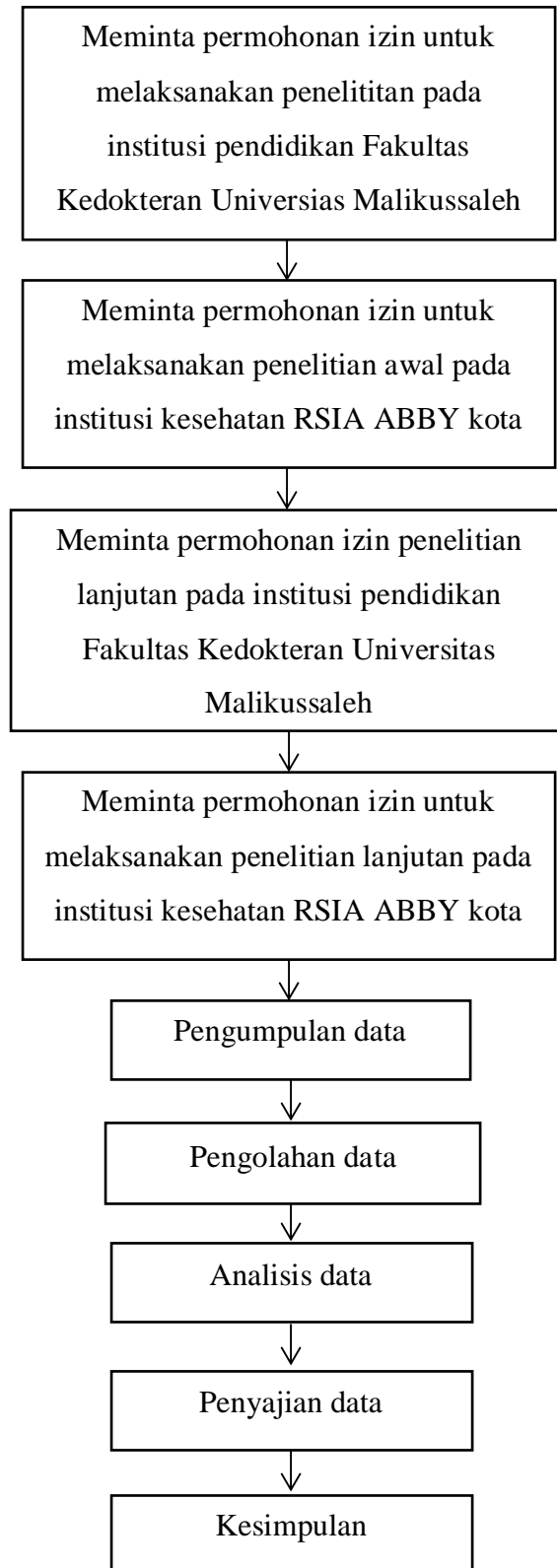
#### 2. Analisis Bivariat

Analisis data dilakukan menggunakan program Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Data yang telah diperoleh diuji menggunakan uji Chi Square untuk melihat ada tidaknya hubungan diantara variabel bebas dengan derajat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ .

Dengan ketentuan :

1.  $H_0$  diterima jika  $p > 0,05$ , artinya tidak terdapat hubungan diantara karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe pada tahun 2021-2022.
2.  $H_a$  diterima jika  $p < 0,05$ , artinya terdapat hubungan diantara karakteristik berupa usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di RSIA ABBY kota Lhokseumawe pada tahun 2021-2022.

### 3.8 Alur Penelitian





## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Data Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSIA Abby kota Lhokseumawe. Sampel penelitian merupakan ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* periode Januari 2021-Desember 2022. Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data sekunder, yaitu data yang berasal dari status pasien dan rekam medis pasien dengan diagnosa *plasenta previa* periode Januari 2021-Desember 2022 sesuai dengan kriteria peneliti.

#### **4.2 Hasil Penelitian**

Dari 1.698 ibu hamil yang di operasi *section cesaria*, jumlah ibu hamil yang didiagnosis mengalami *plasenta previa* dalam penelitian ini didapatkan sebanyak 41 ibu hamil. Rata-rata ditemukan sebanyak 1-2 kasus per bulannya. Jika dipresentasikan dalam rata-rata insiden kasus *plasenta previa* secara nasional, *plasenta previa* di kota Lhokseumawe sama dengan insidensi *plasenta previa* nasional yaitu, 2,41% dimana untuk rata-rata insidensi *plasenta previa* secara nasional itu 2,4% - 3,65%. Untuk insidensi secara internasional sendiri, insidensi *plasenta previa* di kota Lhokseumawe berada diatas rata-rata internasional, yaitu terdapat 41 ibu hamil yang mengalami *plasenta previa* dari 1.698 ibu hamil, sementara untuk rata-rata internasional sendiri terdapat 1 ibu hamil *plasenta previa* dari setiap 200 kehamilan.

##### **4.2.1 Analisis univariat**

Analisis univariat ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti dalam bentuk distribusi frekuensi dan disajikan dalam bentuk tabel presentase berdasarkan data sekunder berupa rekam medik yang telah diperoleh dari RSIA Abby Kota Lhokseumawe.

##### **4.2.1.1 Gambaran karakteristik ibu hamil berupa usia**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan data gambaran karakteristik ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* berupa usia. Data tersebut dapat dilihat di bawah ini:

**Tabel 4. 1 Gambaran Usia Ibu Hamil**

		Frekuensi	Persentase	Persentase
	Usia Ibu Hamil	(n)	(%)	Kumulatif (%)
Valid	20-35 tahun	22	53,7	53,7
	> 35 tahun	19	46,3	100,0
	<b>Total</b>	41	100	100

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 41 ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* didapatkan distribusi usia ibu terbanyak usia 20-35 tahun sebanyak 22 orang (53,7%) dan kelompok usia >35 tahun yaitu sebanyak 30 orang (42,3%). Sementara itu, untuk pasien dengan usia <20 tahun tidak ditemukan sama sekali (0%).

#### 4.2.1.2 Gambaran karakteristik ibu hamil berupa paritas

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan data gambaran karakteristik ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* berupa paritas. Data tersebut dapat dilihat di bawah ini:

**Tabel 4. 2 Gambaran Paritas Ibu Hamil**

Paritas	Frekuensi (%)	Persentase (%)	Persentase Kumulatif (%)
Nulipara	8	19,5	19,5
Primipara	12	29,3	48,8
Sekundipara	10	24,4	73,2
Multipara	11	26,8	100
<b>Total</b>	41	100	100

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 41 ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* didapatkan distribusi paritas ibu terbanyak yaitu primipara sebanyak 12 orang (29,3%), kemudian multipara sebanyak 11 orang (26,8%), setelah itu sekundipara sebanyak 10 orang (24,4%), dan nulipara

sebanyak 8 orang (19,5%). Sementara itu, untuk pasien dengan paritas grandemultipara tidak ditemukan sama sekali (0%).

#### 4.2.1.3 Gambaran karakteristik ibu hamil berupa riwayat operasi *section cesaria*

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan data gambaran karakteristik ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* berupa riwayat operasi *section cesaria*. Data tersebut dapat dilihat di bawah ini:

**Tabel 4. 3 Gambaran Riwayat Operasi *Section Cesaria* Ibu Hamil**

		Persentase		
	Riwayat Operasi	Frekuensi	Persentase	Kumulatif
	<i>Section Cesaria</i>	(%)	(%)	(%)
Valid	Pernah	16	39.0	39.0
	Tidak pernah	25	61.0	100.0
<b>Total</b>		41	100	100

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa dari 41 ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* didapatkan distribusi ibu hamil yang memiliki riwayat operasi *section cesaria* sebanyak 16 orang (39,0%) dan yang tidak pernah memiliki riwayat operasi *section cesaria* sebanyak 25 orang (61,0%).

#### 4.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan hubungan diantara karakteristik variabel yang diteliti dan disajikan dalam bentuk tabel berdasarkan data sekunder berupa rekam medik yang telah diperoleh dari RSIA Abby Kota Lhokseumawe.

## 4.2.2.1 Hubungan antara usia dan paritas ibu hamil

**Tabel 4. 4 Hubungan Antara Usia Dan Paritas**

Usia	Paritas				P Value
	Nulipara	Primipara	Sekundipara	Multipara	
20-35 tahun	7	10	4	1	0,001
> 35 tahun	1	2	6	10	
<b>Total</b>	8	12	10	11	

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi paritas responden dengan usia 20-35 tahun paling banyak yaitu primipara sebanyak 10 orang, kemudian nulipara sebanyak 7 orang, dan sekundipara sebanyak 4 orang, serta multipara 1 orang. Kemudian distribusi paritas responden dengan usia >35 tahun paling banyak yaitu multipara sebanyak 10 orang, kemudian sekundipara sebanyak 6 orang, dan primipara 2 orang, serta nulipara 1 orang.

Berdasarkan uji *Chi Square* antara usia terhadap paritas pada tabel 4.4 diperoleh bahwa nilai *P-value Pearson Chi Square* sebesar 0,001 artinya lebih kecil dari tingkat signifikansi 5% (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia terhadap paritas ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.

4.2.2.2 Hubungan antara usia dan riwayat operasi *section cesaria***Tabel 4. 5 Hubungan Antara Usia Dan Riwayat Operasi *Section Cesaria***

Usia	Riwayat Operasi <i>Section Cesaria</i>		Total	P Value
	Pernah	Tidak Pernah		
20-35 tahun	10	12	22	0,279
> 35 tahun	6	13	19	
<b>Total</b>	16	25	41	

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden yang memiliki riwayat operasi *section cesaria* dengan usia 20-35 tahun sebanyak 10

orang dan yang tidak memiliki riwayat operasi *section cesaria* sebanyak 12 orang. Kemudian distribusi responden yang memiliki riwayat operasi *section cesaria* dengan usia >35 tahun sebanyak 6 orang dan yang tidak memiliki riwayat operasi *section cesaria* sebanyak 13 orang.

Berdasarkan uji *Chi Square* antara usia terhadap paritas pada tabel 4.4 diperoleh bahwa nilai *P-value Pearson Chi Square* sebesar 0,279 artinya lebih besar dari tingkat signifikansi 5% (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia terhadap riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.

#### 4.2.2.3 Hubungan antara paritas dan riwayat operasi *section cesaria*

**Tabel 4. 6 Hubungan Antara Paritas Dan Riwayat Operasi *Section Cesaria***

Paritas	Riwayat Operasi <i>Section Cesaria</i>		Total	P Value
	Pernah	Tidak Pernah		
Nulipara	0	8	8	0,018
Primipara	8	4	12	
Sekundipara	5	5	10	
Multipara	3	8	11	
<b>Total</b>	16	25	41	

Sumber Data Sekunder, 2023

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa distribusi responden dengan paritas nulipara sebanyak 8 orang tidak pernah mengalami operasi *section cesaria* sebelumnya. Kemudian distribusi pasien dengan paritas primipara didapatkan sebanyak 8 orang pernah mengalami operasi *section cesaria* dan sebanyak 4 orang lainnya tidak pernah mengalami operasi *section cesaria* sebelumnya. Kemudian, distribusi pasien dengan paritas sekundipara didapatkan sebanyak 5 orang pernah mengalami operasi *section cesaria* dan sebanyak 5 orang lainnya tidak pernah mengalami operasi *section cesaria* sebelumnya. Kemudian distribusi pasien dengan paritas multipara didapatkan sebanyak 3 orang pernah mengalami operasi

*section cesaria* dan sebanyak 8 orang lainnya tidak pernah mengalami operasi *section cesaria* sebelumnya.

Berdasarkan uji *Chi Square* antara usia terhadap paritas pada tabel 4.4 diperoleh bahwa nilai *P-value Pearson Chi Square* sebesar 0,018 artinya lebih kecil dari tingkat signifikansi 5% (0,05). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paritas terhadap riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.

### **4.3 Pembahasan**

#### **4.3.1 Hubungan antara usia dengan insidensi *plasenta previa***

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan gambaran bahwa mayoritas ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe memiliki rentan usia 20-35 tahun, dengan rata-rata usia 34 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami *plasenta previa* adalah ibu hamil yang berisiko rendah. Beragam teori yang memaparkan bahwa usia kehamilan dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun dikategorikan sebagai salah satu faktor risiko *plasenta previa*. Ibu hamil usia dibawah 20 tahun lebih sering mengalami *plasenta previa* dikarenakan pembentukan *endometrium* yang belum sempurna dan ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun juga lebih sering mengalami *plasenta previa* akibat perkembangan *endometrium* yang mengalami penurunan (39). Ketika usia ibu >35 tahun, *plasenta previa* muncul juga diakibatkan oleh penuaan dan penurunan kelenturan pada pembuluh darah uterus yang pada akhirnya membuat pembuluh darah kardiovaskular perlahan-lahan kehilangan fleksibilitasnya dalam menyesuaikan tekanan darah yang lewat, sehingga plasenta mencari perlekatan yang lebih subur dan memadai untuk berimplantasi (40).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nengah R, *et al.* pada tahun 2018 di Rumah Sakit Sanglah Denpasar Bali. Penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan bermakna antara usia dengan *plasenta previa* pada ibu bersalin dengan peluang terjadinya *plasenta previa* pada usia lebih dari 35 (risiko tinggi) tahun sebesar 5,75 kali dibandingkan dengan ibu hamil usia 20-35 tahun (41). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Salma Khairunnisa (2023) di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Abdul Moelok

Lampung juga didapatkan sebanyak 60% ibu hamil dengan usia berisiko tinggi mengalami *plasenta previa*.

Perbedaan hasil pada penelitian ini dapat dipertimbangkan adanya faktor perancu, bermacam-macam tipe desain penelitian yang berbeda pada penelitian lain yang menyebabkan perbedaan hasil satu sama lain, serta keberagaman pada populasi yang berbeda pada tiap-tiap daerah. Hal ini bermakna bahwa masih ada faktor lain yang saling mempengaruhi sehingga menjadi sebab terjadinya *plasenta previa* pada ibu hamil di kota Lhokseumawe. Keterbatasan penelitian yang menggunakan data sekunder sebagai bahan utama dalam penelitian ini juga bisa meningkatkan potensi bias dan eror, yang mana hasil demikian tidak dapat dijadikan acuan untuk populasi secara general (42).

#### 4.3.2 Hubungan antara paritas dengan insidensi *plasenta previa*

Hasil penelitian ini memaparkan bahwa ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe mayoritas memiliki paritas risiko rendah, yaitu sekundipara, primipara, dan nulipara. Beragam teori menyebutkan bahwa kasus *plasenta previa* pada ibu hamil disebabkan karena pada persalinan sebelumnya implantasi yang berulang pada fundus mengakibatkan jaringan parut yang kemudian menyebabkan plasenta berimplantasi pada daerah yang belum pernah digunakan atau ditempati plasenta untuk berimplantasi, pada segmen bawah rahim, apalagi jika ibu hamil tersebut memiliki paritas risiko tinggi (multipara dan grandemultipara) (43). Kemudian pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervillous, aliran darah ke plasenta tidak cukup dan memperluas permukaannya sehingga menutupi pembukaan jalan lahir sehingga terjadilah *plasenta previa* (44).

Meskipun kejadian *plasenta previa* secara teori lebih berisiko pada paritas multipara dan grandemultipara, namun tidak menutup kemungkinan bila ibu hamil dengan risiko rendah (nulipara, primipara, dan sekundipara) juga memiliki potensi mengalami *plasenta previa*. Pada ibu hamil dengan paritas nulipara, *plasenta previa* dapat terjadi akibat kurangnya nutrisi atau suplai darah ke bagian *fundus* atau atas uterus tempat plasenta normal berimplantasi. *Arteri uterina* merupakan

pembuluh darah utama yang mensuplai darah ke uterus (45). *Arteri uterina* adalah cabang dari *arteri iliaka interna* yang disebut juga sebagai *arteri hipogastrik*. Pada tingkat *isthmus uterus*, *arteri uterina* terbagi menjadi dua cabang, asendens dan desendens. Arteri asendens akan mensuplai darah ke bagian superior dan sisi lateral uterus, sementara arteri desendens akan mensuplai bagian leher uterus dan vagina (46). Ketika nutrisi atau suplai darah yang mengalir di bagian fundus atau atas uterus tidak cukup, maka plasenta akan mencari tempat berimplantasi yang lebih memadai dibagian bawah uterus. Akhirnya ibu hamil dengan paritas nulipara sekalipun bisa mengalami *plasenta previa* (47,48).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Styan Wahyu pada tahun 2018 di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul. Penelitian tersebut dalam hasil analisis multivariat menunjukkan adanya pengaruh antara paritas dengan insidensi *plasenta previa* ( $P\text{ value} = 0,002$ ). Dalam penelitian tersebut didapatkan sebanyak 37 orang dengan paritas risiko tinggi (multipara) dan 2 orang dengan paritas risiko rendah (primipara) mengalami *plasenta previa* (49). Dalam penelitian yang juga dilakukan oleh Qamar *et al* pada tahun 2019 di Rumah Sakit Gabungan Militer Lahore didapatkan sebanyak 81,10% pasien *plasenta previa* adalah ibu hamil dengan paritas multigravida (50).

Perbedaan hasil penelitian ini tidak terlepas dari adanya faktor lain atau variabel perancu yang mempengaruhi hasil penelitian ini. Adanya faktor-faktor lain yang berada diluar penelitian ini seperti nutrisi ibu hamil, kebiasaan merokok, riwayat operasi kuretase ataupun riwayat *plasenta previa* sebelumnya juga sangat berpengaruh terhadap terjadinya *plasenta previa*. Penelitian yang dilakukan oleh Rosenberg T, *et al.* (2011) juga menyebutkan adanya beberapa faktor lain yang menjadi penyebab terjadinya *plasenta previa*, diantaranya pengaruh faktor demografi (usia, status sosial ekonomi) dan faktor riwayat pernah melakukan operasi *section cesaria* sebelumnya (9,50).



#### 4.3.3 Hubungan antara riwayat operasi *section cesaria* dengan insidensi *plasenta previa*

Hasil penelitian ini memaparkan bahwa ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe mayoritas tidak memiliki riwayat operasi *section cesaria* sebelumnya. Secara teori, riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil sebelumnya merupakan salah satu faktor terjadinya *plasenta previa* pada kehamilan berikutnya. Ketika ibu hamil pernah mengalami operasi *section cesaria*, terdapat peningkatan yang signifikan untuk terjadinya insiden cedera organ yang tidak disengaja yang tidak disengaja, transfusi 4 unit atau lebih sel darah merah, transfusi plasma beku segar, jahitan kompresi *brace uterus*, ligasi arteri uterina, dan *histerektomi peripartum* pada pasien dengan *nonadherent plasenta previa* dan operasi *section cesaria* sebelumnya, dibandingkan dengan *adherent plasenta previa* dan pasien yang tidak ada riwayat operasi *section cesaria* sebelumnya, dengan tidak ada perbedaan dalam hasil perinatal, sehingga kemungkinan terjadinya *plasenta previa* pada ibu hamil yang pernah mengalami operasi *section cesaria* lebih besar daripada yang tidak pernah sama sekali (52).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wan Anita (2017) di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Pekanbaru. Penelitian tersebut dalam analisis multivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan adanya riwayat operasi *section cesaria* dengan kejadian *plasenta previa* ( $P\text{ value} = 0,052$ ). Pada penelitian tersebut mayoritas tidak mempunyai riwayat operasi *section cesaria* berjumlah 84 orang (62,2%) dan yang ada riwayat operasi *section cesaria* berjumlah 51 orang (37,8%) (53). Penelitian lain yang dilakukan oleh Sindiani *et al* didapatkan hanya 36 pasien yang pernah dioperasi *section cesaria* sebelumnya dari 90 pasien yang didiagnosis *plasenta previa* di salah satu Rumah Sakit Rujukan Tersier di Yordania. Namun, dalam penelitian yang dilakukan oleh Shabrina *et al.* (2017), didapatkan hubungan yang bermakna antara riwayat *section cesaria* dengan kejadian *plasenta previa* ( $P\text{ value} = 0,00$ ) (54). Penelitian yang dilakukan oleh Trianingsih di Rumah Sakit Umum Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung juga menemukan adanya pengaruh antara riwayat operasi *section cesaria* dengan *plasenta previa* ( $P\text{ value} = 0,00$ ).

Namun, riwayat operasi *section cesaria* tidak selamanya mutlak berpengaruh dengan kejadian *plasenta previa*. Hal tersebut sesuai dengan penelitian dari Anita W. (2017) yang menunjukkan bahwa riwayat operasi *section cesaria* yang menjadi penyebab *plasenta previa* pada ibu hamil juga saling terkait dengan faktor lain seperti paritas, riwayat kuretase, dan riwayat *plasenta previa* sebelumnya (53). Selain itu, faktor lain seperti riwayat pernah mengalami aborsi, endometriosis, dan miom sebelumnya juga berpengaruh terhadap kejadian *plasenta previa* (55–57).

#### 4.3.4 Hubungan antara usia dengan paritas ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa*

Hasil dari analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan antara usia terhadap paritas ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* ( $P = 0,001$ ). Dalam penelitian ini didapatkan bahwa ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun paling banyak memiliki paritas sekundipara (6 orang) dan multipara (10 orang). Sementara itu, pada ibu hamil dengan rentan usia 20-35 tahun paling banyak memiliki paritas nulipara (7 orang) dan primipara (10 orang). Hasil tersebut mengindikasikan bahwa semakin tinggi usia ibu hamil, semakin tinggi pula paritas ibu hamil tersebut.

Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan seorang ibu memiliki tingkat paritas yang tinggi. Pernikahan yang lebih awal dan juga kehamilan yang tidak terkontrol merupakan salah satu faktor yang membuat paritas pada seorang ibu itu tinggi. Dengan tidak adanya pengendalian kehamilan yang berhasil, waktu kelahiran pertama seorang wanita akan mempengaruhi jumlah anak yang ia lahirkan sepanjang masa reproduksinya, dan wanita yang melahirkan pada usia dini akan memiliki lebih banyak anak dibandingkan wanita yang melahirkan pada usia lebih tua (58). Jadi, semakin tua seorang ibu, maka semakin banyak pula anak yang telah dilahirkannya. Selain itu, faktor budaya juga menjadi salah satu faktor pendukung tingginya paritas seorang ibu. Di Indonesia sendiri kehadiran anak sering disebut sebagai penentu utama kebahagiaan keluarga. Beberapa keluarga memilih bercerai setelah beberapa tahun menikah karena tidak memiliki anak (59).

Namun, tidak selamanya usia ibu berbanding lurus dengan tingginya paritas ibu tersebut. Ada faktor lain yang mempengaruhi hal tersebut, salah satunya faktor pendidikan. Pendidikan ibu juga mempengaruhi paritas seorang ibu. Seorang ibu yang memilih untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi cenderung akan memiliki anak yang lebih sedikit daripada seorang Ibu yang memiliki jenjang pendidikan yang lebih rendah. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seorang wanita akan mempengaruhi tingkat fertilitas semakin kecil. Karena wanita yang memiliki pendidikan yang tinggi akan lebih matang dalam sikap, dan pandangan hidup yang tepat juga memiliki peluang aktivitas ekonomi yang luas sehingga mempengaruhi jumlah anak yang sedikit (60).

#### 4.3.5 Hubungan antara paritas dengan operasi *section cesaria*

Dari hasil analisis bivariat didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara paritas terhadap riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe ( $P = 0,018$ ). Secara teori, semakin tinggi paritas ibu hamil, maka semakin besar pula kemungkinannya ibu tersebut harus di operasi *section cesaria*. Risiko pada paritas tinggi dapat membahayakan si janin maupun ibu karena pada jumlah kelahiran yang terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah karena jaringan perut uterus akibat kehamilan yang berulang dapat mengakibatkan ibu mengalami komplikasi saat kehamilan maupun persalinan (61).

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut pendarahan pasca persalinan yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Paritas satu dan paritas lebih dari tiga mempunyai angka kejadian perdarahan pasca persalinan lebih tinggi. Ibu dengan paritas satu akan berisiko lebih besar mengalami perdarahan karena ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan sehingga ibu hamil tidak mampu dalam menangani komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan persalinan. Sedangkan semakin sering wanita mengalami kehamilan dan melahirkan (multipara dan grandemultipara) maka uterus semakin lemah sehingga berisiko mengalami komplikasi seperti partus lama dan perdarahan. Hal inilah

yang menyebabkan ibu dengan paritas berisiko memiliki peluang lebih besar untuk mengalami tindakan *section cesaria* (62).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati pada tahun 2020 di Rumah Sakit Umum Bahagia Makassar. Dalam penelitian tersebut ditemukan hubungan antara paritas dengan operasi *section cesaria* ( $P = 0,031$ ). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Ressay Nur pada tahun 2020 di Rumah Sakit Handayani Kotabumi Lampung Utara juga menunjukkan adanya hubungan antara paritas dengan operasi *section cesaria* pada 712 ibu hamil yang melakukan persalinan ( $P = 0,00$ ).

#### 4.3.6 Hubungan antara operasi *section cesaria* dengan usia

Hasil analisis bivariat untuk hubungan antara operasi *section cesaria* dengan usia pada ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe didapatkan nilai  $P$ -value *Pearson Chi Square* sebesar 0,279 artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia terhadap riwayat operasi *section cesaria* ibu hamil yang didiagnosis *plasenta previa* di kota Lhokseumawe. Secara teori usia ibu turut menentukan kesehatan maternal dan sangat berhubungan erat dengan kondisi kehamilan, persalinan, dan nifas serta bayinya. Usia ibu hamil yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun) merupakan faktor penyulit kehamilan.

Ibu yang hamil terlalu muda, keadaan tubuhnya belum siap menghadapi kehamilan, persalinan, dan nifas serta merawat bayinya, sedangkan ibu yang usianya diatas 35 tahun akan menghadapi risiko seperti kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan yang disebabkan oleh jaringan otot rahim yang kurang baik untuk menerima kehamilan proses reproduksinya. Ibu dengan usia tidak berisiko (20-35 tahun) merupakan usia yang ideal untuk merencanakan kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat. Namun, tidak jarang juga pada ibu yang memiliki usia tidak berisiko (20-35 tahun) mengalami tindakan persalinan *section cesaria*. Hal ini bisa karena faktor komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kesakitan atau bahkan kematian pada ibu dan bayinya. Komplikasi yang mungkin timbul saat kehamilan juga dapat mempengaruhi

jalannya persalinan, sehingga *section cesaria* dianggap cara terbaik untuk melahirkan janin (63).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitri pada tahun 2017 di RSUD Rantauprapat. Dalam penelitian itu didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara usia ibu dengan persalinan operasi *section cesaria* pada ibu-ibu yang melahirkan di Rumah Sakit Umum Daerah Rantauprapat ( $P = 0,046$ ). Sementara itu dalam penelitian lain, Chairanisa *et al* tidak mendapatkan hubungan antara usia dengan operasi *section cesaria* pada ibu hamil di Rumah Sakit Bhayangkara Banda Aceh pada tahun 2022 ( $P = 0,483$ ).

Menurut peneliti sendiri, hasil penelitian ini berbeda dengan teori dikarenakan adanya faktor lain yang berada diluar penelitian yang mempengaruhi hasil penelitian ini. Adanya interaksi dengan faktor lain misalnya komplikasi yang muncul selama proses kehamilan yang tidak memungkinkan ibu-ibu hamil tersebut untuk melahirkan secara pervaginam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dengan metode kuantitatif, maka dapat peneliti menyimpulkan sebagai berikut:

- a. Insidensi *plasenta previa* pada ibu hamil di kota Lhokseumawe adalah 2,41% dari seluruh kehamilan
- b. Tidak terdapat hubungan antara insidensi *plasenta previa* pada ibu hamil di kota Lhokseumawe dengan usia, paritas, dan riwayat operasi *section cesaria*
- c. Berdasarkan hasil analisis bivariat menggunakan uji chi square diperoleh bahwa variabel usia memiliki hubungan dengan paritas ibu hamil yang didiagnosis mengalami *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.
- d. Berdasarkan hasil analisis bivariat menggunakan uji chi square diperoleh bahwa variabel usia tidak memiliki hubungan dengan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis mengalami *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.
- e. Berdasarkan hasil analisis bivariat menggunakan uji chi square diperoleh bahwa variabel paritas memiliki hubungan dengan riwayat operasi *section cesaria* pada ibu hamil yang didiagnosis mengalami *plasenta previa* di kota Lhokseumawe.

#### **5.2 Saran**

Adapun saran untuk penelitian selanjutnya berdasarkan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai referensi, pendukung, pedoman, pembanding, dan diharapkan untuk menambah variabel lain yang dapat dijadikan indikator dalam penelitian lanjutan. Hal ini karena masih adanya keterbatasan peneliti dalam menemukan variabel-variabel lain yang masih memiliki hubungan dengan insidensi *plasenta previa* ibu hamil di kota Lhokseumawe.

- b. Dan untuk penelitian selanjutnya bisa melakukan metode dan analisis statistik lainnya agar model dan hasil yang diperoleh lebih akurat.

### DAFTAR PUSTAKA

1. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Canada* [Internet]. 2020;42(7):906-917.e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.07.019>
2. Organization WHO. Maternal mortality [Internet]. 22 February 2023. 2023 [cited 2023 Apr 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. King LJ, Dhanya Mackeen A, Nordberg C, Paglia MJ. Maternal risk factors associated with persistent placenta previa. *Placenta* [Internet]. 2020;99(August):189–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2020.08.004>
4. Metti D. Hubungan Umur dan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa pada Ibu Bersalin. *J Keperawatan* [Internet]. 2016;XII(1):112. Available from: <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/367>
5. Trianingsih I. Hubungan Riwayat Sectio Caesarea Dan Riwayat Placenta Previa Pada Kehamilan Sebelumnya Dengan Kejadian Placenta Previa. *J Kesehat Metro Sai Wawai* [Internet]. 2019;6(2):65–8. Available from: <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKM/article/view/1352>
6. Razali R, Kulsum K, Jasa ZK, Indirayani I, Safira M. Profil pasien Sectio Caesarea di rumah sakit umum daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2019. *J Kedokt Syiah Kuala*. 2021;21(1):29–35.
7. Salawati L. Profil Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2011. 2013;139–43.
8. Balayla J, Desilets J, Shrem G. Placenta previa and the risk of intrauterine growth restriction (IUGR): A systematic review and meta-Analysis. *J Perinat Med*. 2019;47(6):577–84.
9. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous placenta previa on outcome of next pregnancy: A 10-year retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–8.
10. Grönvall M, Stefanovic V, Paavonen J, Loukovaara M, Tikkanen M. Major or minor placenta previa: Does it make a difference? *Placenta*.



- 2019;85(June 2010):9–14.
11. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. *Placenta* [Internet]. 2022;117(October 2021):21–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2021.10.009>
  12. Sherwood L. *Fisiologi Manusia Dari Sel ke Sistem*. Edisi-9. Suyono YJ, Miranti I, Virly I, Felicia S, Michael, Sanjaya N, et al., editors. JAKARTA: 2020; 2020. 829 p.
  13. Khonsary S. *Guyton and Hall: Textbook of Medical Physiology*. 12th ed. Stingelin L, editor. Vol. 8, *Surgical Neurology International*. Mississippi; 2017. 1005–1009 p.
  14. Barrett KE, Boitano S, Barman SM, Brooks HL. *Fisiologi Kedokteran Ganong*. 24th ed. New York; 2012. 393–415 p.
  15. PRAWIHARJO S. *ILMU KEBIDANAN*. Edisi Keenam. Saifuddin AB, editor. JAKARTA; 2016. 459 p.
  16. Sadler TW. *LANGMAN Embriologi Kedokteran*. 12th ed. Taylor C, editor. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2012. 103–109 p.
  17. Deby C, et al. Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2018-2019. *Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit Umum Pus Sanglah Tahun 2018-2019* [Internet]. 2021;5(2):40–51. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/72962/39465>
  18. Yang Q, Wen SW, Phillips K, Oppenheimer L, Black D, Walker MC. Comparison of maternal risk factors between placental abruption and placenta previa. *American Jurnal Perinatology*. 2009;26(4):279–86.
  19. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(1):47–51.
  20. Ananth C V., Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *American Jurnal Epidemiology*. 2016;144(9):881–9.

21. Stone J, Bianco A, Monro J, Overybey JR, Cadet J, Choi KH, et al. Study To Reduce Infection Prior to Elective Cesarean Deliveries (STRIPES): a randomized clinical trial of chlorhexidine. *American Jurnal Obstet Gynecology* [Internet]. 2020;223(1):113.e1-113.e11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.021>
22. Tuzović L, Djelmiš J, Ilijć M. Obstetric Risk Factors Associated with Placenta Previa Development: Case-Control Study. *Croat Med J.* ;44(6):728–33.
23. Hibbard LT. Placenta previa. *American Jurnal Obstet Gynecology* [Internet]. 2015 ;104(2):172–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(69\)90659-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(69)90659-0)
24. Risna Y, Nurhikmayati R. Hubungan Anemia dan Plasenta Previa Dengan Kemaian Janin Dalam Rahim di RSKDIA Pertiwi Kota Makassar. *J Pendidik dan Konseling.* 2023;5:1349–58.
25. Husain WR, Wagey F, Suparman E. Hubungan Kejadian Plasenta Previa dengan Riwayat Kehamilan Sebelumnya. *e-CliniC.* 2019;8(1):46–51.
26. Garry C, Kenneth L, Steven B, Jodi D, Barbara L, Brian M. William *Obstetrics.* 22nd ed. McGraw-Hill, editor. 2014. 819–23 p.
27. Matsuda Y, Hayashi K, Shiozaki A, Kawamichi Y, Satoh S, Saito S. Comparison of risk factors for placental abruption and placenta previa: Case-cohort study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37(6):538–46.
28. Pusat Statistik B. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2022.* 2022;137–41.
29. RNA K. Hubungan antara Usia Ibu dan Paritas dengan kejadian Perdarahan Post Partum di RSUD dr. H. Abdoel Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2013-2014. Universitas Lampung; 2015.
30. Manuaba I, Manuaba I, Manuaba I. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB.* Edisi 2. JAKARTA : EGC; 2014. 315–319 p.
31. Winknjosastro H. *Ilmu Kebidanan.* Edisi 4 Ce. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2017. 457–461 p.
32. Dewi N, Surya I, Mahendra I. Karakteristik Ibu dengan Plasenta Previa di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2018-2019. *J Med Udayana.*

- 2021;Vol 10 No.(3-5).
33. Suryawinata A, Islamy N. Komplikasi pada Kehamilan dengan Riwayat Caesarian Section. *J Kesehatan dan Agromedicine Univ Lampung*. 2019;Vol 6. No.:7-9.
  34. Trianingsih I, Mardhiah D, Duarsa A. Faktor-faktor yang Berpengaruh pada Timbulnya Kejadian Plasenta Previa. *J Kedokt Yars*. 2015;Volume 23:103-13.
  35. Herliani S, Yustiana I. Hubungan Status Pekerjaan dan Pendidikan dengan Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Tanda Bahaya Kehamilan. *J Obs Sci*. 2017;4:421-5.
  36. Supliyani E. Jarak, Waktu Tempuh, Ketersediaan Pelayanan Dan Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Di Puskesmas. *J Inf Kesehatan Indones*. 2017;3:14-22.
  37. Aryastami NK, Mubasyiroh R. Peran Budaya dalam Pemanfaatan Layanan Kesehatan Ibu Hamil. *Kementrian Kesehatan Indones*. 2019;1-6.
  38. Sastroasmoro S, Ismael S. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi ke-5. *JAKARTA*: 2014; 2014. 130-131 p.
  39. Khairunnisa S. Hubungan Usia Dan Paritas Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa Pada Ibu Hamil Di RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2021-2022. *J Kedokt Univ Lampung*. 2021;
  40. Tyas BD. Hubungan Umur Ibu Hamil Preeklampsia Dengan Luaran Maternal dan Luaran Perinatal di Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Indones J Heal Adm*. 2019;9.
  41. Nengah Runiari, Iga Oka Mahyuni NWN. Usia dan Paritas Dengan Plasenta Previa Pada Ibu Hamil. *J Kesehatan*. 2018;800(1):7.
  42. Das S, Das R, Bajracharya R, Baral G, Jabegu B, Odland JØ et al. Incidence and Risk Factors of Pre-eclampsia in the Paropakar Maternity and Women's Hospital, Nepal: A Retrospective Study. *Int J Env Res Public Heal*. 2019;16(19):1-8.
  43. Sakinah SA, Sebayang SK, Made D, Kurnia S. *BIOGRAPH-I: Journal of Biostatistics and Demographic Dynamic Hubungan Paritas Ibu Dengan*

- Kejadian Plasenta Previa Di Indonesia : Systematic Literature Review The Relationship between Maternal Parity with Incidence of Placenta Previa in Indonesia : System. 2022;2(2).
44. Lestari, Maya I, Misbah N. Antara Paritas Dan Umur Ibu Dengan Kejadian Plasenta Previa Indriyani Maya Lestari, Hubungan Misbah, Nurul La Tansa Mashiro, Akbid Kemenkes Banten, Poltekkes. J Obs Sci [Internet]. 2015;2(2):2013–4. Available from: <https://ejurnal.latansamashiro.ac.id/index.php/OBS/article/view/127>
  45. Guida M, Maffucci D, Iannuzzi G, Giordano M, Luciano G, Di Benedetto L, Cantarella R, Rescigno A GL. Successful Pregnancy After Uterine Artery Embolization For Uterine Arteriovenous Malformation : A Rare Case Report. *Int J Womens Heal*. 2018;10:745–50.
  46. Craig ME, Sudanagunta S BMS. Anatomy, Abdomen and Pelvis: Broad Ligaments. *StatPearls Publ Treasure Isl*. 2022;2.
  47. Booth RT, Wood C, Beard RW, Gibson JR PJ. Significance of site of Placental attachment in uterus. *Br Med J*. 2022;11:1732–4.
  48. Magann EF, Doherty DA, Turner K, Lanneau GS Jr, Morrison JC NJ. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. *J Perinatol*. 2017;15:9–14.
  49. Diana SW. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian plasenta previa di rsud panembahan senopati bantul. *Kebidanan*. 2018;5(2):1–11.
  50. Qamar S. Association Of Placenta Praevia With Multiparity & Previous Caesarean Section In Pregnant Women. *Pafmj*. 2019;69(1):43–46.
  51. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A SE. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284:47–51.
  52. Sindiani A. The impact of previous cesarean section on the outcome of patients with non-adherent placenta previa. *Gynecol Surg*. 2021;18(1):1–5.
  53. Anita W. Hubungan Paritas Dan Riwayat Sectio Cesarea Dengan Kejadian Placenta Previa Di Rsud Arifin Achmad Pekanbaru. *J Endur*. 2017;2(February):68–73.

54. Karimah SM, Ashari M, Linda A. Hubungan Usia, Paritas, Dan Riwayat Sectio Caesarea Dengan Kejadian Plasenta Previa. Assoc Between Age, Parit Hist Cesarean Sect Placenta Previa. 2017;
55. Ade, N., Widjadjanegara, H. and Yuniarti Y. Hubungan antara Riwayat Abortus Komplet dan Inkomplet dengan Kejadian Plasenta Previa di Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat Periode 2017-2018. 2020.
56. Matsuzaki S. Placenta Previa Complicated with Endometriosis: Contemporary Clinical Management, Molecular Mechanisms, and Future Research Opportunities. *Biomedicines*. 2021;9(11):1536.
57. Jenabi E, Fereidooni B. The uterine leiomyoma and placenta previa: a meta\_analysis. *J Matern Neonatal Med*. 2019;32(7):1200–1204.
58. Alazbih, Nega Mihret Kaya, Assefa Hailemariam Yitayal Mengistu, Mezgebu Alemu Gelaye K. Determinants of time to first marriage and birth intervals among women of child bearing age in Dabat Health and demographic surveillance system site, Northwest Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2023;1:2–3. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281997>
59. Agus S, Farida S. Kualitas Perkawinan Orang Jawa : Tinjauan Faktor Jenis Kelamin, Usia, dan Jumlah Anak. *Jur Ilm Kel Kons*. 2020;13(1):15–6.
60. Tsania V. Faktor Ekonomi Dan Sosial Yang Mempengaruhi Fertilitas Pada Pekerja Wanita Sektor Informal Di Kota Malang. *Fak Ekon dan Bisnis Univ Brawijaya*. 2020;1:8–9.
61. Amir F. Hubungan Paritas dan Usia Terhadap Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Bahagia Makassar Tahun 2020. *J Kesehat Delima Pelamonia*. 2020;4(2):80–1.
62. Nur R. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Sectio Caesarea Pada Ibu Bersalin Di RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tahun 2020. *J Matern Aisyah (JAMAN AISYAH)* [Internet]. 2020;1:58–9. Available from: <http://journal.aisyahuniversity.ac.id/index.php/Jaman>
63. Chandra F, Fatmasari N. Hubungan Usia Ibu Bersalin Dengan Persalinan

Sectio Caesarea Di RS Panti Waluyo Purworejo. J Komun Kesehat.  
2023;14 (2):37–8.

**LAMPIRAN****Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup****DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Rojulan Ilham Habibi Lubis  
Tempat/Tanggal Lahir : Padangsidempuan/12 April 2002  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Agama : Islam  
Status : Belum menikah  
Alamat : Komp. Grand Asia No. 3B Gampong Uteunkot  
Cunda, Lhokseumawe  
Telepon : 081214366115  
Email : ilhamrojulan@gmail.com  
Riwayat pendidikan :  
1. TK Al-Khairat Tamiang  
2. SDN 203 Tamiang  
3. SMPN 1 Kotanopan  
4. MAN 2 Model Padangsidempuan  
5. Prodi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh  
Tahun masuk universitas : 2020  
Nim : 200610031  
Program studi : Pendidikan Dokter  
Nama orangtua  
Ayah : H. Pargugunan, S.Pd  
Ibu : Hj. Siti Aminah, M.Pd  
Alamat : Kelurahan Tamiang, Kecamatan Kotanopan,  
Kabupaten Mandailing Natal, Provinsi  
Sumatera Utara  
Anak Ke- : 1 dari 3 Bersaudara  
Nama saudara kandung  
1. Rizki Jum'at Ramadhan Lubis  
2. Safri Anugrah Lubis

## Lampiran 2 Hasil Analisis Data

### Hasil Analisis Univariat

#### Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 tahun	22	53.7	53.7	53.7
	> 35 tahun	19	46.3	46.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

#### Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nulipara	8	19.5	19.5	19.5
	Primipara	12	29.3	29.3	48.8
	Sekundipara	10	24.4	24.4	73.2
	Multipara	11	26.8	26.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

#### Riwayat Operasi Section Cesaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah	16	39.0	39.0	39.0
	tidak pernah	25	61.0	61.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

### Hasil Analisis Bivariat

#### Usia \* Paritas Crosstabulation

Count

		Paritas				Total
		Nulipara	Primipara	Sekundipara	Multipara	
Usia	20-35 tahun	7	10	4	1	22
	> 35 tahun	1	2	6	10	19
Total		8	12	10	11	41



### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	17.471 <sup>a</sup>	3	.001
Likelihood Ratio	19.614	3	.000
Linear-by-Linear Association	15.759	1	.000
N of Valid Cases	41		

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.71.

### Usia \* Riwayat Operasi Section Cesaria Crosstabulation

Count

		Riwayat Operasi Section Cesaria		Total
		pernah	tidak pernah	
Usia	20-35 tahun	10	12	22
	> 35 tahun	6	13	19
Total		16	25	41

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.825 <sup>a</sup>	1	.364		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.345	1	.557		
Likelihood Ratio	.831	1	.362		
Fisher's Exact Test				.522	.279
Linear-by-Linear Association	.805	1	.370		
N of Valid Cases	41				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.41.

b. Computed only for a 2x2 table

### Paritas \* Riwayat Operasi Section Cesaria Crosstabulation

Count

		Riwayat Operasi Section Cesaria		Total
		pernah	tidak pernah	
Paritas	Nulipara	0	8	8
	Primipara	8	4	12
	Sekundipara	5	5	10
	Multipara	3	8	11
Total		16	25	41

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	10.118 <sup>a</sup>	3	.018
Likelihood Ratio	12.816	3	.005
Linear-by-Linear Association	.228	1	.633
N of Valid Cases	41		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.12.

### Lampiran 3 Ethical Clearance



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara dua Kota Lhokseumawe  
e-mail : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan.fk@unimal.ac.id](mailto:dekan.fk@unimal.ac.id) Laman : <http://fk.unimal.ac.id>



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
MALIKUSSALEH UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL  
ETHICAL APPROVAL  
No : 63/KEPK/FKUNIMAL-RSUCM/2023

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*the Research Protocol Proposed by*

Peneliti Utama : ROJULAN ILHAM HABIBI LUBIS  
*Principal in Investigator*

Nama Institusi : FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
*Name of the Institution*

Dengan Judul :  
*Title*

HUBUNGAN INSIDENSI PLASENTA PREVIA DENGAN KARAKTERISTIK IBU HAMIL DI  
KOTA LHOKSEUMAWA

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE INCIDENCE OF PLACENTA PREVIA AND THE  
CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN IN LHOKSEUMAWE CITY

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1.) Nilai Sosial 2.) Nilai Ilmiah 3.) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4.) Risiko, 5.) Bujukan / eksploitasi, 6.) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7.) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator pada setiap standar.

*It is declared ethically feasible according to 7 (seven) WHO 2011 Standards, namely 1.) Social Values 2.) Scientific Values 3.) Equal distribution of burdens and benefits, 4.) Risks, 5.) Persuade/exploitation, 6.) Confidentiality and Privacy, and 7.) Approval Before Explanation, which refers to the 2016 CIOMS Guidelines. This is indicated by the fulfillment of indicators in each standard.*

Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 6 Juli 2023 sampai dengan 6 Juli 2024

*This ethical statement is valid for the period from July 6<sup>th</sup>, 2023 to July 6<sup>th</sup>, 2024*

Lhokseumawe, 6 Juli 2023  
Komite Etik Penelitian Kesehatan  
Ketua,  
  
dr. Mawaddah Fitria, Sp. PD  
NIP. 197709152003122005

## Lampiran 4 Surat Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,  
RISET, DAN TEKNOLOGI  
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe  
Email : [fk@unimal.ac.id](mailto:fk@unimal.ac.id), [dekan.fk@unimal.ac.id](mailto:dekan.fk@unimal.ac.id) Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 1474/UN45.1.6/KM.01.00/2023  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

13 Juli 2023

Yth,  
Bapak/Ibu  
Direktur Rumah Sakit Ibu Anak  
Abby Kota Lhokseumawe  
di-  
Tempat

Sehubungan dengan telah terpenuhinya persyaratan Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;

Nama : Rojulan Ilham Habibi Lubis  
Nim : 200610031  
Judul Penelitian : Hubungan Insidensi Plasenta Previa dengan Karakteristik Ibu Hamil di Kota Lhokseumawe.

untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Ibu Anak /ABBY Kota Lhokseumawe, sesuai aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



Dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)  
NIP.19800317 200912 1 002

Tembusan:  
1. Ketua Jurusan Kedokteran;  
2. Mahasiswa ybs.

## Lampiran 5 Surat Telah Melaksanakan Penelitian



Lhokseumawe, 30 September 2023

Nomor : 411/abby/RSIA/IX/2023  
 Lampiran : -  
 Perihal : **Keterangan Selesai Penelitian**

Kepada Yth,  
**Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh**  
 Di-  
 Tempat

***Dengan Hormat,***

Sehubungan dengan surat Permohonan Izin Penelitian Nomor : 1474/UN45.1.6/KM.01.00/2023 tertanggal 13 Juli 2023 untuk Penyusunan Tugas Akhir mahasiswa atas nama **Rojulan Ilham Habibi Lubis** dengan judul "Hubungan Insidensi Plasenta Previa dengan Karakteristik Ibu Hamil di Kota Lhokseumawe". Maka, kami sampaikan bahwa sdri. **Rojulan Ilham Habibi Lubis** telah selesai melakukan Penelitian pada RSIA ABBY.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terimakasih.



Rumah Sakit Ibu dan Anak "abby"  
**dr. Andry Rahman**  
 Direktur

### Lampiran 6 Dokumentasi

