

**GAMBARAN KASUS PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT
SWASTA KOTA LHOKSEUMAWE**

SKRIPSI

ANDRE KESUMA

200610029



**universitas
MALIKUSSALEH**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
LHOKSEUMAWE
JANUARI 2024**

**GAMBARAN KASUS PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT
SWASTA KOTA LHOKSEUMAWE**

SKRIPSI

Diajukan ke Program studi kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas
Malikussaleh sebagai pemenuhan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar
sarjana kedokteran

Oleh

ANDRE KESUMA

200610029



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
LHOKSEUMAWE**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Andre Kesuma

NIM : 200610029

Tanda tangan :

Tanggal :

Judul Skripsi : GAMBARAN KASUS PLASENTA PREVIA DI
RUMAH SAKIT SWATA KOTA
LHOKSEUMAWE
Nama Mahasiswa : ANDRE KESUMA
Nomor Induk Mahasiswa : 200610029
Program Studi : KEDOKTERAN
Fakultas : KEDOKTERAN

Menyetujui
Komisi Penguji

Pembimbing 1



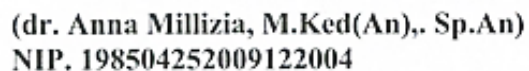
(dr. Iskandar Albin Sp. OG)
NIP. 197206222006041001

Pembimbing 2



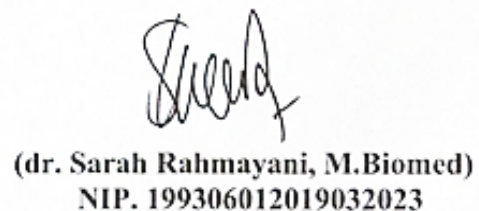
(dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp. OG)
NIP. 198703092022031001

Penguji 1



(dr. Anna Millizia, M.Ked(An), Sp.An)
NIP. 198504252009122004

Penguji 2



(dr. Sarah Rahmayani, M.Biomed)
NIP. 199306012019032023

Dekan

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

Tanggal Sidang : 22 Januari 2024

ABSTRAK

Berdasarkan data WHO menyatakan bahwa angka kematian ibu diperkirakan lebih dari 295 ribu ibu meninggal tiap tahun saat hamil atau bersalin di seluruh dunia. Provinsi Aceh pada tahun 2020-2021 terdapat 381 kematian dari total 219.470 kelahiran hidup dan pada tahun 2021 terdapat 55 kasus yang penyebabnya merupakan perdarahan. Penyebab kematian tersebut adalah komplikasi selama kehamilan ataupun saat persalinan berupa perdarahan, dan komplikasi persalinan. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri dari perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Plasenta previa merupakan salah satu penyebab dari perdarahan antepartum. Plasenta previa adalah plasenta yang melekat pada bagian bawah rahim dan menutupi seluruh maupun sebagian dari *ostium uteri internum*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kasus plasenta previa di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe tahun 2022. Gambaran kasus yang dilihat pada penelitian ini mengenai jenis dari plasenta previa, morbiditas serta mortalitas yang disebabkan oleh plasenta previa. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah metode *total sampling* sehingga sampel yang diperoleh dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang menderita plasenta previa dengan total 70 pasien. Data diperoleh melalui pencatatan rekam medis tahun 2022. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis plasenta terbanyak adalah plasenta previa totalis sebesar 57.1%, disusul plasenta previa parsialis dan plasenta letak rendah masing-masing 15.7%, serta plasenta previa marginalis 11.4%. lalu, morbiditas ditemukan pada 32.8% populasi dan tidak ada ditemukan mortalitas pada penelitian ini.

Kata kunci : Plasenta Previa, Morbiditas, Mortalitas

ABSTRACT

Based on WHO data, it is estimated that the maternal mortality rate is more than 295 thousand mothers who die every year during pregnancy or childbirth throughout the world. Aceh Province in 2020-2021 saw 381 deaths from a total of 219,470 live births and in 2021 there were 55 cases caused by bleeding. The causes of death are complications during pregnancy or during childbirth in the form of bleeding, and complications during childbirth. Bleeding as a cause of maternal death consists of antepartum hemorrhage and postpartum hemorrhage. Placenta previa is one of the causes of antepartum hemorrhage. Placenta previa is a placenta that attaches to the lower part of the uterus and covers all or part of the internal uterine ostium. This study aims to determine the description of placenta previa cases in private hospitals in the city of Lhokseumawe in 2022. The description of the cases seen in this study concerns the type of placenta previa, morbidity and mortality caused by placenta previa. The sampling method used was the total sampling method so that the samples obtained in this research were all pregnant women suffering from placenta previa with a total of 70 patients. Data was obtained through medical records in 2022. The results of this study show that the most common type of placenta is total placenta previa at 57.1%, followed by partial placenta previa and low lying placenta at 15.7% each, and marginal placenta previa at 11.4%. Then, morbidity was found in 32.8% of the population and no mortality was found in this study.

Keywords: Placenta Previa, Morbidity, Mortality

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak masa awal perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan skripsi ini, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Rektor Universitas Malikussaleh, **Prof. Dr. Ir. Herman Fithra, ST., MT., IPM., ASEAN.Eng.**
- 2) Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, **dr. Muhammad Sayuti, Sp.B, Subsp. BD (K).**
- 3) Kepala Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh, **dr. Khairunnisa Z, M. Biomed.**
- 4) **dr. Iskandar Albin, Sp.OG**, selaku dosen pembimbing 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
- 5) **dr. Teuku Yudhi Iqbal, Sp.OG**, selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
- 6) **dr. Anna Millizia, M.Ked (An), Sp.An**, selaku dosen penguji 1 pada seminar hasil dan penguji 2 pada seminar proposal yang telah memberikan petunjuk dan masukan untuk kelengkapan penelitian ini
- 7) **dr. Sarah Rahmayani, M.Biomed**, selaku dosen penguji 2 pada seminar hasil yang telah memberikan petunjuk dan masukan untuk kelengkapan penelitian ini.
- 8) **dr. Mauliza, M.Ked(Ped), Sp.A** selaku dosen penguji 1 pada seminar proposal yang telah memberikan masukan untuk kelengkapan penelitian ini.

- 9) Orang tua peneliti tersayang : **H. Alimanto, S.H** dan **Tunisilawati** yang selalu memberikan doa, cinta, nasihat, kasih sayang, dukungan, dan perhatian serta pengorbanan yang besar berupa bantuan dukungan material dan moral sehingga peneliti dapat sampai ke tahap ini;
- 10) Kakak-kakak peneliti yang tersayang yaitu **Atika Syahfitri** dan **Yuni Widya Ningrum, S.Pd** yang memberikan semangat dan doa agar peneliti sukses dalam menjalani pendidikan ini; dan
- 11) Seluruh staf pengajar, civitas akademik, Syakira sebagai notulen, teman-teman sepengurusan TBM ISET FK Unimal, teman-teman angkatan 2020, teman-teman perjakawan, dan lainnya, yang telah membantu baik secara langsung ataupun tidak langsung yang tidak dapat disebutkan satu persatu dalam kata pengantar ini.

Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Lhokseumawe, 22 Januari 2024

Andre Kesuma

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR SINGKATAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.4 Tujuan penelitian	3
1.4.1 Tujuan Umum.....	3
1.4.2 Tujuan Khusus	3
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.5.2 Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Plasenta	5
2.1.1 Anatomi Plasenta	5
2.1.2 Fisiologi Plasenta.....	6
2.2 Plasenta previa	7
2.2.1 Definisi dan Klasifikasi	7
2.2.2 Epidemiologi.....	10
2.2.3 Etiologi.....	10
2.2.4 Faktor Resiko	11
2.2.5 Patofisiologi	13
2.2.6 Gambaran Klinis	14
2.2.7 Diagnosis	15
2.2.8 Penanganan	20
2.2.9 Komplikasi.....	24
2.2.10 Prognosis.....	25
2.3 Kematian Ibu.....	25
2.3.1 Penyebab Kematian ibu	27
2.3.2 Pencegahan Kematian Ibu	28
2.4 Kerangka Teori	29
2.5 Kerangka Konsep.....	29
BAB III METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian.....	31
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	31
3.2.1 Lokasi penelitian.....	31

3.2.2	Waktu penelitian.....	31
3.3	Populasi, sampel, besar Sampel, dan Teknik pengambilan sampel.....	31
3.3.1	Populasi penelitian.....	31
3.3.2	Sampel Penelitian	31
3.3.3	Besar Sampel Penelitian	31
3.3.4	Teknik Pengambilan Sampel	32
3.4	Definisi Operasional	32
3.5	bahan penelitian	33
3.6	instrument penelitian.....	33
3.7	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	33
3.8	Alur Penelitian	34
3.9	Cara pengolahan dan analisis data	34
3.9.1	Cara pengolahan data.....	34
3.9.2	Analisis data.....	34
	BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	35
4.1	Data Penelitian	35
4.2	Hasil Penelitian	35
4.2.1	Data Usia Pasien Plasenta Previa.....	35
4.2.2	Data Gravida Pasien Plasenta Previa	36
4.2.3	Data jenis plasenta previa	36
4.2.4	Data morbiditas pasien plasenta previa	37
4.2.5	Data mortalitas pasien plasenta previa.....	37
4.3	Pembahasan.....	38
4.3.1	Gambaran jenis plasenta previa	38
4.3.2	Gambaran morbiditas.....	39
4.3.3	Gambaran mortalitas.....	40
	BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	40
5.1	Kesimpulan	40
5.2	Saran	40
	DAFTAR PUSTAKA	41
	LAMPIRAN.....	45

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Ultrasonografi.....	18
Tabel 2.2 Skor Indeks Plasenta Akreta	19
Tabel 2.3 Perkiraan rasio kematian ibu.....	25
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	32
Tabel 4.1 Data Pasien Plasenta Previa Berdasarkan Umur.....	35
Tabel 4.2 Data Pasien Plasenta Previa Berdasarkan Gravida	36
Tabel 4.3 Data Jenis Plasenta Previa.....	36
Tabel 4.4 Data Morbiditas Pasien Plasenta Previa.....	37
Tabel 4.5 Data Mortalitas Pasien Plasenta Previa.....	37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 A. permukaan plasenta dari sisi janin. B permukaan plasenta dari sisi ibu.....	6
Gambar 2.2 Struktur anatomi plasenta.....	6
Gambar 2.3 Klasifikasi Plasenta previa.	8
Gambar 2.4 Plasenta previa totalis.....	17

DAFTAR SINGKATAN

AKI	: Angka Kematian Ibu
COX	: <i>cyclo-oxygenasei-Z Inhibitor</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
LDP	: Lembar Pengumpulan Data
MgSO ₄	: <i>Magnesium Sulfat</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
PAP	: Pintu Atas Panggul
PM	: <i>Proportion Maternal</i>
RSIA	: Rumah Sakit Ibu dan Anak
SDG	: <i>Sustainable Development Goal</i>
SPSS	: <i>statistical Product and service solution</i>
USG	: <i>Ultrasonography</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut definisi dari *World Health Organization* (WHO) kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan. Berdasarkan data WHO menyatakan bahwa angka kematian ibu diperkirakan lebih dari 295 ribu ibu meninggal tiap tahun saat hamil atau bersalin di seluruh dunia. Penyebab kematian tersebut adalah komplikasi selama kehamilan ataupun saat persalinan, komplikasi utama yang menyebabkan lebih dari 75% AKI berupa perdarahan, dan komplikasi persalinan. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri dari perdarahan prenatal dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum adalah keadaan darurat yang terjadi pada sekitar 3% dari semua persalinan dengan penyebab termasuk plasenta previa, solusio plasenta, dan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya. Menurut kemenkes RI, berdasarkan penyebab, sebagian besar kematian ibu di Indonesia pada tahun 2021 akibat perdarahan terjadi sebanyak 1.330 kasus. Dari data tersebut, perdarahan merupakan penyebab nomor dua terbanyak menyumbang angka kematian ibu (AKI) di Indonesia. Kasus AKI di Provinsi Aceh pada tahun 2020-2021 terdapat 381 kematian dari total 219.470 kelahiran hidup dan pada tahun 2021 terdapat 55 kasus yang penyebabnya merupakan perdarahan dan di Kota Lhokseumawe pada tahun 2021 terdapat total jumlah kematian ibu sebanyak 12 kematian (1–4).

Perdarahan vagina tanpa rasa sakit selama trimester kedua atau ketiga kehamilan adalah manifestasi klinis yang umum. Perdarahan dapat dipicu oleh hubungan seksual, pemeriksaan vagina, persalinan, dan terkadang penyebabnya tidak dapat diketahui. Pada pemeriksaan tingkat perdarahan ringan sampai aktif. Plasenta dapat divisualisasikan selama endoskopi saat serviks melebar. Pemeriksaan digital harus dihindari untuk menghindari perdarahan massif (5).

Perdarahan prenatal akibat plasenta previa terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, saat bagian bawah rahim sudah terbentuk, mulai membesar, dan

menipis. Biasanya terjadi pada trimester ketiga karena bagian bawah rahim dan pembukaan serviks menyebabkan sinus pecah saat plasenta terlepas dari dinding rahim atau sinus terlepas dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindari karena serat otot di bagian bawah rahim tidak dapat berkontraksi seperti plasenta yang diletakkan secara normal. Perdarahan yang hebat ini dapat menyebabkan kematian bagi sang ibu (6).

Plasenta previa adalah plasenta yang melekat pada bagian bawah rahim dan menutupi seluruh maupun sebagian dari *ostium uteri internum*. Definisi plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang ditanamkan atau sangat dekat dengan *os serviks internal*. Implementasi plasenta yang normal terletak pada dinding belakang rahim, dinding depan, atau disekitar daerah *fundus uteri*. Plasenta previa diklasifikasikan berdasarkan letak plasenta. Plasenta previa *totalis*, yaitu jaringan plasenta menutupi seluruh jalan lahir. Plasenta previa *parsial*, yaitu jaringan plasenta yang menutupi sebagian dari jalan lahir. Plasenta previa *marginal*, yaitu jaringan plasenta yang terletak pada tepi jalan lahir. Plasenta letak rendah, yaitu jaringan plasenta yang terletak pada bagian bawah tapi tidak sampai tepi jalan lahir. *Vasa previa*, yaitu pembuluh darah janin yang melewati jalan lahir atau os serviks interna (6,7).

Plasenta previa disebabkan oleh implantasi blastokista yang tertanam dalam di rongga rahim. Faktor yang mempengaruhi terjadinya plasenta previa adalah peningkatan paritas ibu, peningkatan usia ibu, kehamilan kembar, penyembuhan, riwayat operasi saesar, bekas luka rahim dan miomektomi atau endometritis, riwayat plasenta previa dan kebiasaan merokok (8).

Berdasarkan data akte kelahiran tahun 2003 di Amerika Serikat, plasenta previa mempersulit hampir 1 dari 200 persalinan. Plasenta previa terjadi pada 1/200 kelahiran, mempersulit sekitar 0,3% kehamilan dan turut andil pada sekitar 5% dari semua kelahiran prematur. Di Indonesia, diperkirakan terjadi kasus plasenta previa pada 1 dari 200 persalinan (5,7,9).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik lebih lanjut membahas Gambaran Kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.

Sejauh pengetahuan penulis, belum ada studi tentang Gambaran Kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.

1.2 Rumusan Masalah

Plasenta previa adalah plasenta yang melekat pada bagian bawah rahim dan menutupi seluruh maupun sebagian dari *ostium uteri internum*. Di Indonesia, diperkirakan terjadi kasus plasenta previa pada 1 dari 200 persalinan. Perdarahan prenatal akibat plasenta previa terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan, saat bagian bawah rahim sudah terbentuk, mulai membesar dan menipis. perdarahan tidak dapat dihindari karena serat otot di bagian bawah rahim tidak dapat berkontraksi seperti plasenta yang diletakkan secara normal. Menurut Kemenkes RI, berdasarkan penyebab, perdarahan sebanyak 1.330 kasus kematian ibu. Dari data tersebut perdarahan merupakan penyebab no.2 terbanyak angka kematian ibu (AKI). Kasus AKI di Provinsi Aceh pada tahun 2020-2021 terdapat 381 kematian dari total 219.470 kelahiran hidup dan pada tahun 2021 terdapat 55 kasus yang penyebabnya merupakan perdarahan.

Berdasarkan data diatas, peneliti ingin melakukan penelitian mengenai Gambaran Kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe untuk mengetahui apakah bagaimana Gambaran Kasus Plasenta Previa di Kota Lhokseumawe.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana gambaran plasenta previa terhadap morbiditas ibu hamil?
2. Bagaimana gambaran plasenta previa terhadap mortalitas ibu hamil?

1.4 Tujuan penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kasus plasenta previa di rumah sakit swasta kota lhokseumawe.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui morbiditas yang disebabkan oleh plasenta previa.
2. Mengetahui mortalitas ibu yang disebabkan oleh plasenta previa

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Manfaat teoritis dari penelitian ini ialah untuk memberikan sumbangsih keilmuan mengenai gambaran kasus plasenta previa dikota Lhokseumawe.
2. Menjadikan sarana untuk penelitian lebih lanjut mengenai plasenta previa ataupun penelitian jenis untuk mensejahterakan umat manusia.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini dimaksudkan untuk menambah pemahaman dan pengetahuan khususnya bagi mahasiswa fakultas kedokteran universitas Malikussaleh mengenai gambaran plasenta previa terhadap morbiditas dan mortalitas dan sebagai masukan data bagi dinas Kesehatan kota Lhokseumawe.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan ilmu mahasiswa kedokteran dan untuk masyarakat umum

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

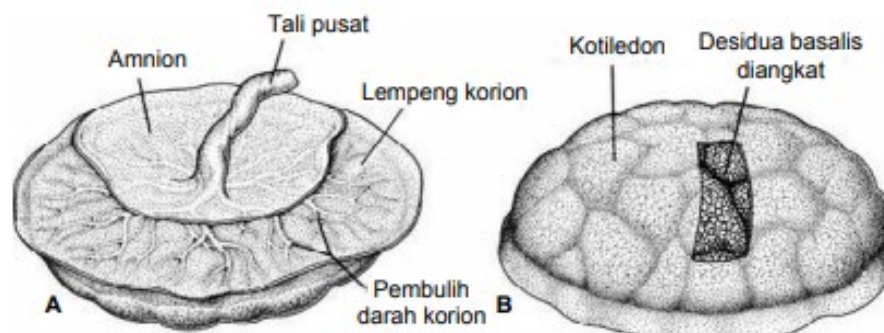
2.1 Plasenta

2.1.1 Anatomi Plasenta

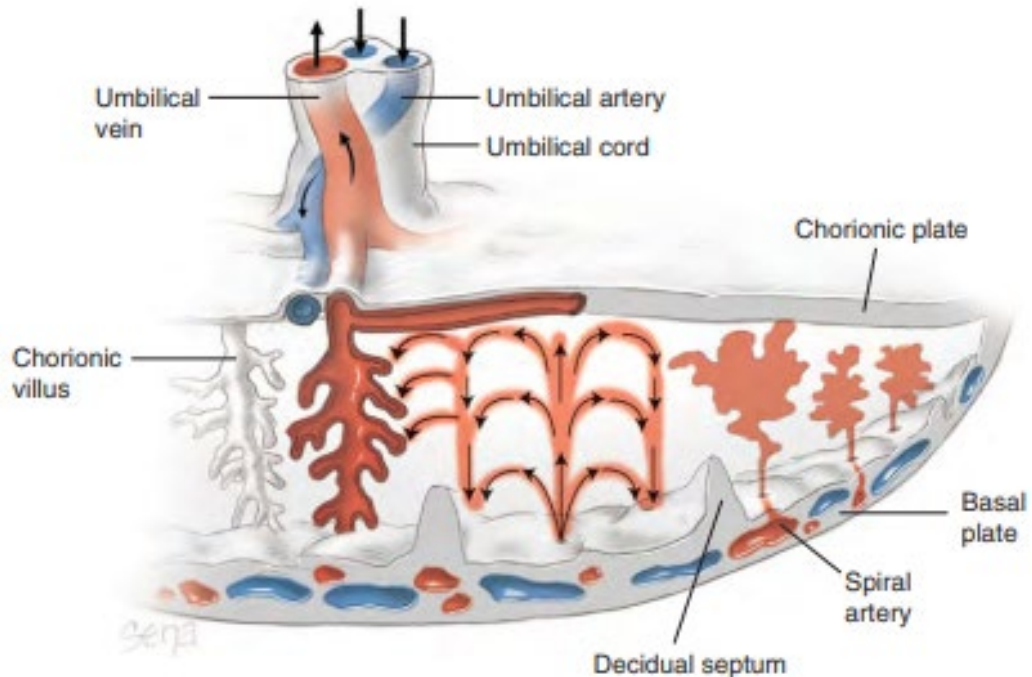
Plasenta merupakan suatu struktur didalam rahim yang menyediakan nutrisi dan oksigen bagi janin. Umumnya plasenta berbentuk seperti lingkaran dengan diameter 15-20 cm dengan tebal lebih kurang 2,5 cm. Plasenta memiliki dua sisi yaitu, sisi bagian fetal yang terdapat tali-pusat dan sisi bagian maternal dengan kotiledon-kotiledon. Terdapat struktur berjuntai menyerupai tali yang disebut tali-pusat yang menghubungkan plasenta dengan *umbilicus* janin, bila tali-pusat tepat berada ditengah keadaan ini disebut *insersio sentralis*. Keadaan lain dari tali-pusat ialah bila posisi sedikit kepinggir disebut *insersio lateralis* dan bisa di tepi plasenta disebut *insersio marginalis*. Terkadang, tali-pusat juga berada diluar plasenta dan hubungan dengan plasenta melalui selaput janin, maka hal ini disebut *insersio velamentosa* (10).

Struktur plasenta terdiri dari 3 bagian:

1. Permukaan janin. Terdiri atas *korion frondosum* dan *vili*. Pada permukaan janin, plasenta diselimuti oleh *amnion* yang terlihat licin dan tali pusat akan masuk ke plasenta melalui permukaan ini
2. Permukaan maternal. Terdiri atas desidua kompakta yang tersusun dari beberapa *lobus* dan kotiledon-kotiledon sebanyak 15-20 buah.
3. Tali pusat. Panjang rata-rata dari tali pusat 50-55 cm dengan diameter 1-2,5 cm(11).



Gambar 2. 1 A. permukaan plasenta dari sisi janin. B permukaan plasenta dari sisi ibu. Dikutip dari embriologi langman's (12)



gambar 2. 2 struktur anatomi plasenta, dikutip dari William obstetrics (7)

Umumnya plasenta terletak didepan atau dibelakang dinding uterus, agak keatas ke arah fundus uteri. Hal ini merupakan hal yang wajar karena pada permukaan bagian dari uterus lebih luas sehingga lebih banyak tempat untuk plasenta melekat. Pada plasenta mengalir darah ibu sebesar 300 ml per menit pada kehamilan 20 minggu dan terus bertambah hingga 600 ml per menit hingga usia kehamilan 40 minggu (10).

2.1.2 Fisiologi Plasenta

Plasenta memiliki peran penting bagi kehidupan janin. Pertumbuhan janin membutuhkan adanya penyaluran zat asam, asam amino, vitamin, dan mineral dari ibu ke janin, serta membutuhkan pembuangan zat sisa metabolisme janin ke peredaran darah ibu. Hal ini sangat penting untuk tumbuh kembang janin yang optimal(10,12).

Menurut Prawirohardjo, fungsi plasenta sebagai berikut:

1. Sebagai alat yang memberi makanan janin (*nutritive*)
2. Sebagai alat yang mengeluarkan sisa metabolisme (ekskresi)
3. Sebagai alat yang memberi zat asam, dan mengeluarkan CO₂ (respirasi)

4. Sebagai alat yang membentuk hormon
5. Sebagai alat penyalur berbagai antibody ke janin
6. Dan masih banyak yang belum diketahui (10).

Plasenta merupakan tempat pembentukan hormon, adapun hormon-hormon yang dihasilkan oleh plasenta ialah:

1. Korionik gonadotropin
2. Korionik somato-mammotropin (*placental lactogen*),
3. Esterogen
4. Progesteron
5. Tirotropin korionik dan relaksin, dan
6. Hormon-hormon lain(11).

2.2 Plasenta previa

2.2.1 Definisi dan Klasifikasi

Plasenta previa adalah plasenta yang melekat pada bagian bawah rahim dan menutupi seluruh maupun sebagian dari *ostium serviks internal*. Definisi plasenta previa digunakan untuk menggambarkan plasenta yang ditanamkan atau sangat dekat dengan *os serviks internal* (6).

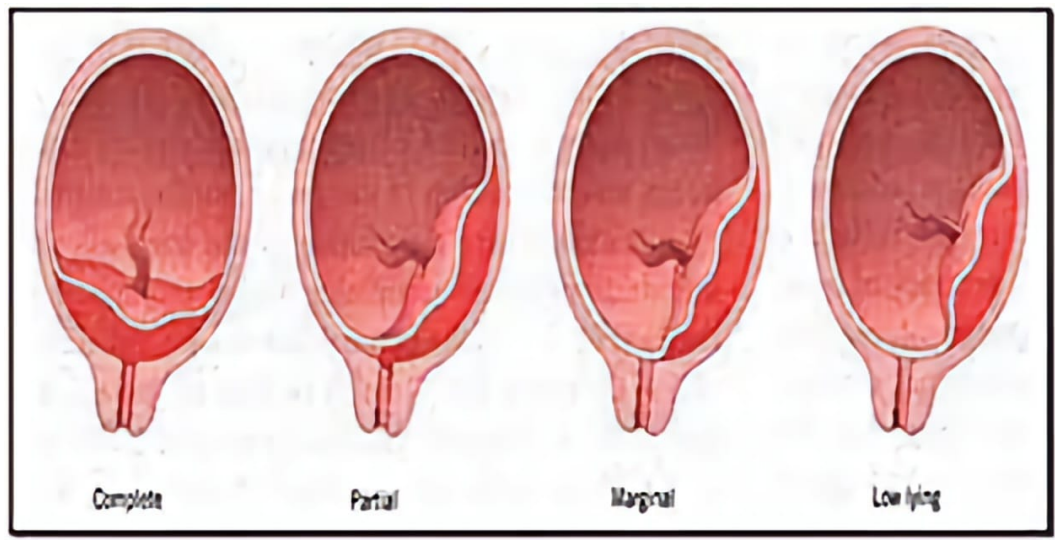
Plasenta previa merupakan plasenta yang tertanam pada tempat yang tidak seharusnya, normalnya plasenta tertanam pada bagian *fundus uteri* namun pada kejadian ini tertanam pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian hingga seluruh dari *ostium uteri internum* dan hal ini dapat menjadi kendala ketika janin akan memasuki pintu atas panggul (PAP) atau dapat menimbulkan kelainan janin dalam rahim (10).

Klasifikasi dari plasenta previa menurut cuningham DKK, sebagai berikut:

- Plasenta previa totalis : Plasenta yang menutupi seluruh permukaan *ostium uteri internum*.
- Plasenta previa Partialis : Plasenta yang menutupi sebagian permukaan *ostium uteri internum*.
- Plasenta previa Marginalis : Plasenta yang terletak ditepi dari *ostium uteri internum*.

Plasenta Letak Rendah : Plasenta yang terletak rendah namun tidak sampai pada tepi *ostium uteri internum*.

Vasa Previa : Pembuluh darah janin yang terletak menutupi atau melintas di *ostium uteri internum*(7).



Gambar 2. 3 Klasifikasi Plasenta previa, dikutip dari Manuaba (13).

Menurut Browne, klasifikasi plasenta terbagi menjadi 4 tingkatan:

1. Tingkat 1 : *Lateral* plasenta previa

Tepi bawah dari plasenta mendekati ke segmen bawah Rahim, tetapi tidak sampai ke pinggir dari *ostium uteri internum*.

2. Tingkat 2 : *Marginal* plasenta previa

Plasenta yang telah mencapai di tepi pembukaan *ostium uteri internum*.

3. Tingkat 3 : *Complete* plasenta previa

Plasenta yang menutupi seluruh *ostium uteri internum* pada saat tertutup, tetapi tidak menutupi sewaktu pembukaan hampir lengkap.

4. Tingkat 4 : *Central* plasenta previa

Plasenta yang menutupi seluruh permukaan dari *ostium uteri internum* pada pembukaan yang hampir lengkap (11).

Menurut de snoo, berdasarkan diameter pembukaan 4-5 cm terbagi 2 yaitu :

1. Plasenta previa *centralis*.

Klasifikasi ini dinilai apabila pada pembukaan 4-5 cm plasenta teraba menutupi seluruh permukaan dari *ostium uteri internum*.

2. Plasenta previa *lateralis*.

Dinilai apabila pada pembukaan 4-5 cm plasenta menutupi sebagian dari *ostium uteri internum*. Pada klasifikasi ini dapat dibagi menjadi 3, yaitu:

a. Plasenta previa *lateralis posterior*

Hal ini dinilai apabila plasenta menutupi sebagian pada bagian belakang *ostium uteri internum*.

b. Plasenta previa *lateralis anterior*

Hal ini dinilai apabila plasenta menutupi sebagian pada bagian depan *ostium uteri internum*.

c. Plasenta previa *lateralis marginalis*

Hal ini dinilai apabila plasenta menutupi pada sebagian kecil atau hanya dipinggir dari *ostium uteri internum*(11).

Pembagian lain dari plasenta previa dikutip dari lumbaradja:

1. Tipe I : Tepi plasenta melewati batas hingga bagian bawah rahim dan menempel kurang dari 5 cm dari *ostium uteri internum*.
2. Tipe II : Tepi plasenta melekat ditepi *ostium uteri internum* tapi tidak sampai menutupinya.
3. Tipe III : Plasenta menutupi *ostium uteri internum* namun tidak seluruhnya.
4. Tipe IV : Plasenta tepat berada dipusat dan menutupi seluruh permukaan *ostium uteri internum*. tipe I dan tipe II biasa disebut plasenta previa *minor* sedangkan tipe III dan tipe IV biasa disebut plasenta previa *mayor* (14).

Klasifikasi Plasenta Previa berdasarkan kedalaman implasntasi plasenta dapat dibagi menjadi 3 klasifikasi, yaitu:

1. Plasenta Akreta

Sel trophoblast menempel di permukaan *myometrium* dan tidak ada lapisan desidua. Tanda khas dari plasenta akreta pada pemeriksaan luar adalah ikutnya fundus, apabila tali pusat ditarik.

2. Plasenta Inkreta

Sel trofoblast menginvasi sampai dalam *myometrium* sehingga tidak mungkin dapat lepas dengan sendirinya. Perlu dilakukan plasenta manual dengan tambahan kuretase tajam dan dalam hingga histerektomi.

3. Plasenta Perkreta

Sel trofoblast menginvasi sampai lapisan serosa dari uterus(15).

Plasenta Akreta merupakan salah satu gangguan paling berbahaya yang terkait dengan kehamilan, karena perdarahan dapat menyebabkan kegagalan sistem banyak organ, kebutuhan perawatan intensif, histerektomi, dan bahkan kematian(16).

Secara klinis, plasenta akreta merupakan masalah selama persalinan ketika plasenta tidak sepenuhnya terpisah dari rahim dan disertai dengan perdarahan postpartum massif. Hal ini menyebabkan koagulasi intravaskular diseminata, histerektomi, perbaikan ureter yang rusak, kandung kemih, usus atau struktur neurovaskular, sindrom gangguan pernapasan dewasa, reaksi transfusi akut, ketidakseimbangan elektrolit, dan gagal ginjal. Plasenta akreta merupakan alasan paling umum penyebab dilakukannya histerektomi. Rata-rata kehilangan darah saat melahirkan pada wanita dengan plasenta akreta adalah 3.000 hingga 5.000 (16).

2.2.2 Epidemiologi

Berdasarkan data akte kelahiran tahun 2003 di Amerika Serikat, plasenta previa mempersulit hampir 1 dari 300 persalinan. *Plasenta Previa* terjadi pada 1/200 kelahiran, mempersulit sekitar 0,3% kehamilan dan turut andil pada sekitar 5% dari semua kelahiran prematur. Di Indonesia, diperkirakan terjadi kasus plasenta previa pada 1 dari 200 persalinan (5,7,9).

Wanita dengan kasus plasenta previa dan riwayat operasi sesarea memiliki resiko mengalami plasenta akreta sebesar 3%, 11%, 40%, 61%, dan 67% pada kehamilan pertama hingga kelima. Pada penelitian *case-control* pada *UK Obstetric Surveillance system* mengemukakan bahwa kejadian plasenta akreta meningkat dari 1,7 per 10.000 kelahiran secara keseluruhan menjadi 577 per 10.000 kelahiran pada wanita dengan riwayat saesar dan persalinan sebelumnya dan plasenta previa (17).

2.2.3 Etiologi

Melekatnya blatokista pada bagian bawah rahim belum diketahui pasti penyebabnya. Ada beberapa teori yang mengungkapkan bahwa salah satu penyebabnya ialah sistem perdarahan desidua yang tidak adekuat yang mungkin akibat dari proses inflamasi atau atrofi. Beberapa faktor resiko yang dapat dinilai

sebagai pemicu terjadinya plasenta previa ialah paritas tinggi, usia lanjut, cacat rahim bekas bedah sesar, kuretase, miomektomi. Pada wanita perokok insiden plasenta previa meningkat 2 kali lipat karena hipoksia akibat dari zat sisa pembakaran rokok yang menyebabkan plasenta menjadi hipertrofi sebagai upaya kompensasi. Hal ini menyebabkan pertumbuhan plasenta yang melebar ke bagian bawah rahim hingga menutupi dari *ostium uteri internum* (10).

Penelitian yang dilakukan Shinya Matsuzaki tahun 2021 yang meneliti hubungan antara *endometriosis* dan plasenta previa menunjukkan bahwa lesi *endometriotik uterus* dapat menurunkan kontraktilitas uterus dan penyebaran uterus dapat menyebabkan implantasi blastokista yang abnormal, menghasilkan plasenta previa (18).

2.2.4 Faktor Resiko

Penyebab utama dari plasenta previa belum jelas diketahui, Adapun faktor risiko ,menurut Jenabi dan kawan-kawan, untuk plasenta previa adalah usia lanjut ibu, teknologi reproduksi yang dibantu, merokok, operasi caesar sebelumnya, dan endometriosis (19).

Berikut beberapa faktor resiko yang dapat meningkatkan terjadinya plasenta previa:

1. Usia

Pada ibu usia diatas 35 tahun, resiko terjadinya plasenta previa meningkat hampir lima kali lebih tinggi. Hal ini terjadi karena penurunan kualitas pertumbuhan dinding *endometrium* akibat dari *sclerosis arteri* kecil dan *arteriol miometerium* sehingga aliran nutrisi ke *endometrium* tidak merata dan menyebabkan *endometrium* tidak subur serta menyebabkan implantasi terjadi pada bagian bawah uterus (5,6).

Pada usia ibu dibawah 20 tahun memiliki resiko yang tinggi akan terjadinya plasenta previa. Usia tersebut organ reproduksi tidak siap menerima kehamilan karena dinding *endometrium* belum sempurna (8).

2. Paritas

Multipara plasenta previa terjadi karena berkurangnya vaskularisasi dan atrofi pada desidua akibat persalinan sebelumnya yang dapat menyebabkan plasenta melebar ke permukaan dan menutup *ostium uteri internum* (5).

Multiparitas juga dikaitkan dengan peningkatan risiko plasenta previa. Cuningham (2014) melaporkan tingkat plasenta previa menjadi 40 persen lebih tinggi pada kehamilan multifetal dibandingkan dengan tunggal (7).

3. Riwayat SC

Operasi caesar sebelumnya meningkatkan risiko plasenta previa. Dalam penelitian terhadap 30.132 wanita sesar, Silver dan rekan (2006) menyebutkan adanya peningkatan risiko sebelumnya pada wanita yang sebelumnya pernah menjalani sesar. Insidennya adalah 1,3 persen pada wanita yang pernah menjalani satu kali operasi caesar dan 3,4 persen pada wanita yang menjalani enam atau lebih operasi Caesar (7).

4. Kuretase

Kuretase dapat mengakibatkan trauma pada dinding *endometrium uterus* (rahim) sehingga dapat mengganggu sistem perdarahan pada desidua sehingga kesuburan pada dinding endometrium semakin berkurang, sedangkan dalam kehamilan plasenta akan berusaha mencukupi kebutuhan janin sehingga pada dinding endometrium yang kurang subur plasenta akan memperluas diri menjadi menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum* (14).

5. Merokok

Merokok bisa melipat ganda resiko terjadinya plasenta previa pada ibu hamil. Hal ini disebabkan karena zat yang dihasilkan rokok, karbondioksida, dapat membuat hipertrofi pada plasenta jika terhirup sehingga bisa mempengaruhi perkembangan plasenta (5).

Hipoksemia karbonmonoksida mungkin menyebabkan *hiperplasia* plasenta kompensasi. Vaskularisasi desidua yang telah rusak, mungkin terjadi karena perubahan inflamasi atau atrofi, yang berkaitan dengan perkembangan penyakit sebelumnya (7).

6. Riwayat Plasenta previa

Insiden Plasenta previa akan meningkat sebesar 12 kali pada ibu yang memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya. Hal ini dikarenakan kerusakan pada jaringan *endometrium* yang terjadi pada kehamilan sebelumnya (7).

2.2.5 Patofisiologi

Perdarahan antepartum karena plasenta previa sering terjadi pada trimester ketiga kehamilan. Hal ini disebabkan oleh pergeseran antara plasenta dan dinding rahim. Perdarahan antepartum karena plasenta previa mulai terjadi saat gestasi 20 minggu. Pada gestasi ini, bagian bawah uterus mulai menipis. Perdarahan yang terjadi pada plasenta previa sifatnya berulang-ulang yang disebabkan oleh terjadinya pergeseran antara plasenta dan dinding *endometrium*, regangan dinding *endometrium* dan kontraksi pada serviks yang berkurang (14,20)

Perlekatan plasenta pada bagian bawah uterus belum diketahui secara pasti penyebabnya. Namun, ada teori yang mengemukakan bahwa sistem perdarahan desidua yang tidak adekuat karena akibat dari proses radang atau atrofi dapat berakibat plasenta yang melekat pada bagian bawah uterus. Besar ukuran plasenta juga berpengaruh terhadap terjadinya ini, plasenta yang tumbuh terlalu besar dan lebar dapat tumbuh kearah bawah uterus dan menutupi *ostium uteri internum* seperti pada kehamilan kembar, eritoblastosis, dan ibu yang menghirup rokok. Pada trimester III, terbentuk bagian bawah uterus, plasenta akan melepaskan diri dan berakibat mengalami laserasi pada plasenta yang melekat dibagian bawah uterus. Lain halnya, plasenta juga dapat laserasi akibat dari serviks yang mendatar dan membuka yang menyebabkan terjadinya perdarahan pada lokasi laserasi. Perdarahan akan semakin parah karena pada bagian bawah uterus yang tidak cukup kuat untuk berkontraksi karena elemen otot yang ada sangat sedikit. Perdarahan ini akan terhenti dengan sendirinya karena proses pembekuan namun jika sinus besar terkena laserasi maka perdarahan yang terjadi akan semakin banyak dan lama(10,14).

Dinding bawah rahim yang tipis rentan untuk di invasi oleh pertumbuhan vili oleh trofoblas yang menyebabkan plasenta berimplantasi lebih kuat pada dinding rahim. Hal ini menyebabkan plasenta akreta, plasenta inkreta bahkan

plasenta perkreta yang pertumbuhannya sampai menembus ke kandung kemih dan rectum beriringan dengan plasenta previa lebih sering terjadi. Pembentukan bagian bawah uterus terjadi secara bertahap, ini dapat berakibat terjadinya laserasi dan sering berdarah pada plasenta previa. Perdarahan pada plasenta previa totalis terjadi lebih awal dari pada plasenta previa parsialis maupun plasenta letak rendah disebabkan pembentukan bagian bawah uterus mulai dari *ostium uteri internum*(10,14).

2.2.6 Gambaran Klinis

Peristiwa yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan tanpa rasa sakit, yang biasanya terjadi pada akhir trimester kedua kehamilan atau sesudahnya. Namun, perdarahan dapat dimulai lebih awal, dan beberapa kali keguguran dapat disebabkan oleh posisi plasenta yang tidak normal. Perdarahan dimulai tanpa peringatan dan tidak menimbulkan rasa sakit pada wanita dalam persalinan yang tidak rumit. Untungnya, perdarahan pertama jarang terjadi begitu parah sehingga berakhir fatal. Namun, perdarahan yang terjadi berikutnya biasanya selalu lebih parah dari pada sebelumnya. Beberapa wanita, terutama yang plasentanya menempel di dekat serviks tetapi tidak berakhir di sana, tidak mengeluarkan darah sampai persalinan dimulai. Ini kemudian dapat bervariasi dari ringan hingga parah dan secara klinis dapat meniru solusio plasenta. Sumber perdarahan pada plasenta previa adalah karena pecahnya sinus akibat terlepasnya plasenta dari dinding rahim atau pecahnya sinus plasenta darahnya berwarna merah segar, berlainan dengan darah yang disebabkan oleh solusio plasenta yang berwarna kehitam-hitaman (7,10).

Penyebab perdarahan sekali lagi ditekankan, Ketika plasenta berada di bagian dalam, pembentukan bagian bawah rahim dan perluasan bagian dalam menyebabkan pecahnya perlekatan plasenta. Perdarahan meningkat ketika serat miometrium di bagian bawah rahim tidak dapat berkontraksi, mempersempit pembuluh darah yang turun. Semakin rendah letak plasenta maka semakin dini terjadinya perdarahan. Dengan demikian, perdarahan pada plasenta totalis lebih dulu terjadi dibandingkan pada plasenta previa parsialis maupun plasenta letak rendah yang mungkin terjadi sewaktu persalinan dimulai (7,10)

Perdarahan dari tempat implantasi bagian bawah rahim dapat berlanjut setelah lahirnya plasenta karena kontraksi yang buruk pada bagian bawah rahim. Perdarahan juga dapat terjadi akibat luka pada serviks yang halus dan rahim bagian bawah, terutama setelah pengangkatan plasenta yang sedikit melekat secara manual(7,10).

Plasenta yang terletak dibagian bawah rahim akan menghalangi turunnya bagian terbawah dari janin untuk masuk ke pintu atas panggul. Apabila presentasi bawah dari janin adalah kepala, maka akan didapatkan kepala yang belum masuk ke pintu atas panggul yang mungkin disebabkan oleh plasenta previa sentralis, menonjol di arah atas simfisis biasanya disebabkan oleh plasenta previa posterior, bagian terbawah dari janin sulit ditemukan karena plasenta previa anterior. Tidak jarang ditemukan kelainan letak dari janin, seperti letak-lintang atau letak-sungsang(10).

Setelah janin lahir, plasenta seringkali sulit dikeluarkan karena plasenta melekat erat pada dinding rahim. Plasenta previa dapat dikaitkan dengan plasenta akreta atau salah satu bentuknya yang lebih maju, plasenta inkreta atau plasenta perkreta. Plasenta abnormal seperti itu dapat diperkirakan karena desidua bagian bawah rahim yang kurang berkembang (7).

2.2.7 Diagnosis

Diagnosis plasenta previa dapat ditegakkan dengan gejala-gejala klinik dan beberapa pemeriksaan. Saat terjadi perdarahan antepartum, pertama penyebab yang dicurigai ialah plasenta previa sampai dinyatakan salah (10,11)

Plasenta previa selalu dicurigai pada wanita yang mengalami perdarahan rahim pada paruh kedua kehamilan. Kemungkinan plasenta previa tidak boleh dikesampingkan sampai penilaian sonografi telah jelas menunjukkan tidak adanya. Diagnosis jarang konklusif pada pemeriksaan klinis kecuali jari dimasukkan melalui serviks dan plasenta teraba. Hal ini karena pemeriksaan digital serviks tidak pernah diizinkan kecuali wanita tersebut berada di ruang operasi dan semua persiapan dilakukan untuk operasi caesar segera, bahkan pemeriksaan digital yang ringan pun dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak. Selain itu, pengujian jenis ini tidak boleh dilakukan kecuali persalinan direncanakan, karena dapat

menyebabkan perdarahan yang memerlukan persalinan segera. Pemeriksaan "pengaturan ganda" ini jarang diperlukan, karena posisi plasenta hampir selalu dapat dipastikan dengan sonografi (7).

A. Anamnesis

Pada pertama manifestasi yang muncul ialah perdarahan pada usia gestasi 28 minggu (trimester III). Literatur lain menyebutkan perdarahan ini mulai terjadi pada usia gestasi 22 minggu (10,11).

Perdarahan ini bersifat tanpa sebab, tanpa nyeri dan terjadinya berulang. Perdarahan sering muncul secara mendadak tanpa sebab yang jelas. Terkadang perdarahan terjadi sewaktu bangun tidur pagi sudah didapati banyak darah di tempat tidur. Perdarahan yang tidak terjadi hanya sekali biasanya terjadi lagi dengan kuantitas yang lebih banyak dari perdarahan sebelumnya. Penyebabnya adalah karena ada plasenta dan pembuluh darah yang robek disebabkan oleh terbentuknya segmen bawah rahim dan terbukanya *ostium uteri internum*. Kuantitas dari darah yang dikeluarkan ditentukan oleh besar kecilnya pembuluh darah yang robek (11).

B. Pemeriksaan Luar

1. Inspeksi dan inspekulo

- Temuan perdarahan yang berwarna merah segar
- Perdarahan yang banyak akan membuat ibu tampak pucat (10,11).
- Pada pemeriksaaan inspekulo, dapat dilihat dari mana perdarahan berasal, apabila perdarahan terjadi dari ostium uteri eksternum maka harus dicurigai adanya plasenta previa (10,11).

2. Pemeriksaan leopard

- Janin belum cukup bulan, Tinggi fundus uteri masih rendah.
- Sering dijumpai salah letak janin, letak sungsang, letak lintang dan bagian terendah miring.
- Kepala janin masih terapung atau di atas pintu atas panggul.
- Dinding abdomen tidak tegang atau kaku sehingga mudah melakukan pemeriksaan janin intra uteri dengan palpasi (11,14).

3. Ultrasonografi

- Ultrasonografi transabdominal

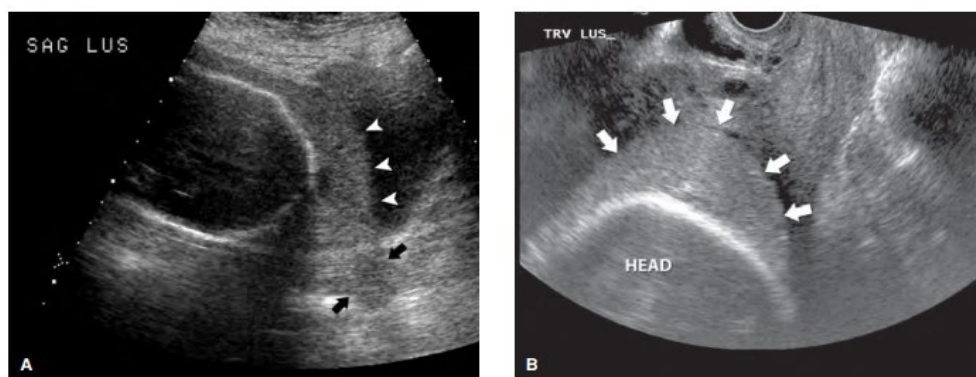
Menurut Laing dalam Cunningham, akurasi rata-rata adalah 96 persen bahkan sudah mencapai 98 persen. Hasil positif palsu seringkali merupakan hasil dari pembesaran kandung kemih. Oleh karena itu, dalam kasus yang tampak positif, pemindaian harus diulangi setelah kandung kemih dikosongkan(7,21).

Ultrasonografi sebagai modalitas diagnostik plasenta akreta mempunyai sensitivitas tinggi yakni 91%, spesifisitas 95%, *Positive Predictive Value* 80%, *Negative Predictive Value* 98% (15).

Gambaran lakuna dan jumlahnya, ketebalan miometrium, keutuhan miometrium dan zona bening plasenta posterior banyak didiskusikan selama pemeriksaan ultrasonografi. Dengan menggunakan USG Doppler, ditemukan jembatan vaskular, pembuluh darah subplasenta, sirkulasi miometrium pada orifisium, dan turbulensi pada lakuna (15).

- Ultrasonografi transvaginal

Tingkat prediksi plasenta previa yang tinggi diperoleh dengan menggunakan ultrasonografi transvaginal pada usia kehamilan 20-24 minggu setelah isthmus dibuka dengan membedakan secara hati-hati antara serviks dan isthmus. Akurasi diagnosis plasenta previa atau plasenta letak rendah aterm adalah 94,7% pada kelompok isthmus terbuka dan 26,5% pada kelompok isthmus tertutup(22,23).



Gambar 2.4 Plasenta previa totalis. **A.** sonografi transabdominal dari plasenta (panah putih) yang terletak dibelakang kandung kemih menutupi serviks (panah hitam). **B.** sonografi transvaginal plasenta (panah) menutupi

seluruh serviks yang berdekatan dengan kepala janin. Dikutip dari william's obstetrics (7).

Tabel 2. 1 skor ultrasonografi, Jumlah poin yang diperoleh dari setiap parameter mencerminkan tingkat keparahan PAS dengan skor maksimum 20. dikutip dari(24)

Ultrasonografi Dan Tanda Klinis	Skor = 0	Skor = 1	Skor = 2
Lacuna Plasenta	Tidak Ada	2-3, Beraturan ≤ 2cm	4-6, Tidak Beraturan, 4 Cm
Ruang Retroplasenta (<i>Clear Zone</i>)	Ada	Tidak Beraturan	Tidak Ada
Penipisan Miometrium	Myometrium > 1 Mm	Myometrium < 1 Mm	Tidak Ada
Garis Kandung Kemih	Jelas Dan Lengkap	Garis Kabur Dan Tidak Beraturan	Garis Hilang
Massa Eksofitik Atau Penonjolan Plasenta	Tidak Ada	-	Ada
Hipervaskularisasi Utero-Vesika	Tidak Ada	Meningkat	Aliran Multi Arah Dengan Jembatan Kapal
Riwayat Seasar	1	2	3
Jarak Plasenta Dengan Os Servik Interna	-	Letak Rendah	Plasenta Previa
Hipervaskularisasi Subplasenta	Normal	Bertambah Jumlah Vasa, Berliku-Liku	Pembuluh Darah Dengan Alira Tegak Lurus

Menyebar Atau Fokal Tidak Ada Fokal Menyebar
 Aliran Turbulen
 Dilakuna

Tabel 2. 2 Skor Indeks Plasenta Akreta, dikutip dari (25)

Parameter	Nilai
Operasi Sesar ≥ 2	3,0
Lakuna	
Grade 3	3,5
Grade 2	1,2
Letak sagital terkecil dari ketebalan miometrium	
<1 mm	1,0
1—3 mm	0,5
3—5 mm	0,25
Plasenta Previa Anterior	1,0
<i>Bridging vessel</i>	0,5

Keterangan : Skor IPA= hasil jumlah nilai parameter yang ditemukan.

Jika parameter tidak ada, maka nilainya adalah 0

4. MRI (*magnetic resonance imaging*)

Beberapa peneliti sudah menggunakan MRI untuk melakukan pemindaian kelainan pada plasenta termasuk plasenta previa. Walaupun demikian, penggambaran menggunakan MRI tidak akan menggantikan pemeriksaan USG dalam waktu dekat(7).

C. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan ini merupakan pilihan terakhir dan merupakan cara paling ampuh untuk mendiagnosis plasenta previa. Namun, bahaya yang mengintai dalam pemeriksaan ini sangat besar walaupun ini merupakan cara yang ampuh.

Adapun beberapa bahayanya ialah:

- Dapat menyebabkan perdarahan yang besar.
- Terjadi infeksi.
- Menimbulkan his sehingga terjadi partus premitus (11).

Teknik dan persiapan pada pemeriksaan dalam:

- Pasang infus dan persiapkan donor darah.
- Lakukan pemeriksaan diruang bedah dengan fasilitas yang dapat dilakukan operasi segera.
- Pemeriksaan dilakukan dengan hati-hati dan cari yang lembut.
- Raba terlebih dahulu dengan jari dan kepala janin pada forniks anterior dan posterior, Jangan langsung masuk kekanalis servikalis,
- Bila terdapat darah beku dalam vagina, keluarkan sedikit demi sedikit dan perlahan(11).

Keuntungan pemeriksaan dalam:

- Dapat menegakkan diagnosis perdarahan apakah disebabkan oleh plasenta previa atau penyebab lain.
- Dapat menentukan jenis dari plasenta previa untuk melakukan Tindakan penanganan lebih lanjut(11).

Indikasi dilakukan pemeriksaan dalam:

- Perdarahan lebih dari 500 cc.
- Perdarahan yang berulang.
- Perdarahan sekali namun banyak, Hb dibawah 8 gr%.
- His sudah ada dan janin dapat hidup diluar janin (11).

2.2.8 Penanganan

Penanganan ibu dengan plasenta previa dapat dibagi kedalam 4 keadaan, yaitu: janin prematur dan belum ada tanda menuju persalinan, janin yang sudah cukup matur, keadaan ibu yang sudah inpartu, dan perdarahan yang sangat parah dan harus segera diterminasi walaupun janin masih imatur (7).

Penanganan plasenta previa dapat dibagi menjadi 2 cara , yaitu:

1. Penanganan konservatif

Penanganan konservatif dilakukan dengan cara menunda proses persalinan pada janin yang masih prematur dengan kondisi perdarahan yang tidak berbahaya. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi angka kematian neonatus dan agar janin tidak dilahirkan dengan kondisi yang prematur. Hal ini dilakukan apabila ibu penderita plasenta previa dirawat dengan tidak dilakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis dan kondisi ibu yang tidak mengidap anemia. Siapkan tranfusi darah yang sesuai apabila terjadi perdarahan operasi harus dapat dilakukan setiap saat apabila diperlukan. Banyaknya perdarahan yang terjadi harus selalu menilai pemeriksaan hemoglobin dan hematokrit secara berkala (10).

Syarat penanganan konservatif apabila penilaian baik, perdarahan sedikit, usia gestasi dibawah 37 minggu, berat janin masih dibawah 2500 gr. Lakukan pemeriksaan USG untuk memastikan letak dari plasenta. Berikan tokolitik jika terjadi kontraksi. Pemberian tokolitik bermanfaat jika penundaan persalinan dalam waktu beberapa hari akan memberikan efek menguntungkan bagi janin, seperti pemberian kortikosteroid untuk maturasi paru. Beberapa rekomendasi tokolitik yang dapat diberikan berupa:

- Nifedipin dosis inisial 20 mg, dilanjutkan 10-20mg, 3—4 kali per hari, disesuaikan dengan aktivitas uterus sampai 48 jam, dosis maksimal 160mg/hari. Keuntungan yaitu pemberian secara oral, efikasi cukup baik, dan sedikit efek samping. Kontraindikasi: hipotensi, penyakit jantung ibu, dan alergi *calcium channel blocker* (26).

- COX (cyclo-oxygenasei-Z Inhibitor)

Indometasin dosis awal 100 mg, kemudian 50 mg secara oral setiap 6 jam dibagi dalam 8 dosis. Jika pemakaian indometasin selama lebih dari dua hari dapat menyebabkan oligohidramnion, hal ini karena berkurangnya aliran darah ginjal pada janin. Indometasin direkomendasikan pada kehamilan ≥ 32 minggu (26).

- *Magnesium sulfat* (MgSO₄)

Tiga alternatif dosis pemberian MGSO₄ untuk neuroproteksi janin yaitu MGSO₄ 4g IV dalam 20 menit, dilanjutkan 1 g/jam sampai persalinan atau selama 24 jam, MGSO₄ 4g IV dalam 30 menit atau IV 4g bolus dosis tunggal, MGSO₄ 6g IV dalam 20-30 menit dilanjutkan dosis rumatan 2 g/jam IV (26).

2. Penanganan persalinan

Penanganan persalinan dilakukan apabila terjadi perdarahan yang besar, usia gestasi 37 minggu, keadaan sudah inpartu dan bagian terbawah dari janin sudah masuk ke pintu atas panggul. Penanganan ini dilakukan dengan cara memilih cara persalinan sesuai dengan kebutuhan dan derajat keparahan dari plasenta previa (10,11).

Plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak dilakukannya seksio sesarea tanpa menghiraukan faktor-faktor lain. Perdarahan yang banyak yang berulang merupakan kondisi yang harus dilakukan seksio sesarea. Plasenta letak rendah, plasenta previa marginalis, dan plasenta previa parsialis dengan pembukaan lebih dari 5 cm dapat dilakukan dengan persalinan pervaginam dengan pengawasan yang ketat. Ada dua cara persalinan, pervaginam dan perabdominam (seksio sesarea) (10,11).

A. Persalinan pervaginam

Secara umum persalinan pervaginam memiliki beberapa indikasi, yaitu:

- a. Cukup bulan (37-42 minggu)
- b. Dilatasi serviks 4-5 cm
- c. Kontraksi His yang cukup
- d. Ketuban yang sudah pecah (27).

Kontra indikasi dilakukannya persalinan pervaginam:

- a. Vasa Previa
- b. Plasenta Previa Totalis
- c. Prolaps Tali Pusat
- d. Infeksi herpes genitalia aktif
- e. Miomektomi sebelumnya memasuki rongga endometrium (28).

Persalinan pervaginam pada plasenta previa:

1. Amniotomi (pemecahan ketuban)

Cara ini dipilih karena memiliki keuntungan

- a. Bagian terbawah dari janin akan menekan plasenta yang berdarah dan perdarahan berkurang atau berhenti.
- b. Persalinan terjadi akan lebih cepat.

- c. Bagian plasenta yang berdarah akan bebas mengikuti gerakan dan regangan bagian bawah rahim sehingga tidak ada lagi bagian plasenta yang terlepas (10,11).

Amniotomi ini dilakukan berdasarkan beberapa indikasi:

- a. Plasenta previa marginalis atau plasenta letak rendah bila telah terjadi pembukaan.
- b. Pada keadaan ibu primigravida atau kehamilan pertama dengan plasenta previa marginalis dengan pembukaan lebih dari 4 cm.
- c. Plasenta previa marginalis dengan janin yang sudah meninggal (10,11).

Tindakan yang dapat dilakukan bidan pada kasus plasenta previa adalah dengan cara :

1. Pasang infus dengan cairan pengganti (chloret, laktat ringer, glukosa ringer)
2. Jangan melakukan pemeriksaan dalam karena akan berakibat perdarahan bertambah banyak.
3. Segera melakukan tindakan rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas yang cukup untuk tindakan operasi dan sebagainya (13).

Apabila amniotomi tidak berhasil mengurangi perdarahan atau menghentikannya, maka terdapat dua cara yang lebih keras dilakukan menghentikan perdarahan dan mungkin mempercepat proses persalinan, yaitu dengan pemasangan *Cunam Willet* dan versi *Braxton-Hicks*. Namun dua cara ini sudah lama ditinggalkan karena bahaya resiko perdarahan yang banyak (10,11).

B. Persalinan perabdominam (seksio sesarea)

Plasenta previa totalis adalah petunjuk mutlak untuk seksio sesaria, tanpa melihat faktor lainnya. Plasenta previa primigravida biasanya juga dilakukan tindakan seksio sesaria. Multigravida dengan plasenta letak rendah, plasenta marginalis, atau lateralis pada pembukaan lebih dari 5 cm dapat di tanggulangi dengan pemcahan selaput keluban. Namun, apabila perdarahan juga tidak berkurang, seksio sesaria harus segera dilakukan (7).

Indikasi dilakukannya seksio sesarea adalah:

- Semua plasenta previa totalis dengan janin hidup atau mati, semua plasenta previa marginalis, posterior, dengan perdarahan yang sulit dikontrol.
- Semua plasenta previa dengan perdarahan yang sulit dikontrol dan tidak berhenti setelah dilakukan tindakan.
- Plasenta previa dengan panggul sempit, letak lintang (11).

2.2.9 Komplikasi

Plasenta previa dapat menyebabkan beberapa komplikasi berupa:

A. Komplikasi pada ibu hamil

1. Anemia.
2. Syok.
3. Infeksi.
4. Robekan pada serviks.
5. Kematian (13).

B. Komplikasi pada janin

1. Prematuritas janin.
2. Asfiksia intra uterin.
3. Kelainan letak janin (13).

Literatur lain menyebutkan beberapa komplikasi pada ibu hamil yang mengidap plasenta previa, yaitu:

1. Prolaps tali pusat.
2. Prolaps plasenta.
3. Plasenta melekat, hal ini menyebabkan plasenta harus dikeluarkan manual dan apabila perlu dilakukan pengkerokan.
4. Robekan pada jalan lahir.
5. Perdarahan postpartum.
6. Infeksi.
7. Bayi prematur (11).

Komplikasi yang terjadi pada ibu hamil yang mengidap plasenta previa dapat menjadi morbiditas pada ibu hingga kematian. Penelitian yang dilakukan Karen DKK tahun 2017 menemukan bahwa plasenta previa merupakan penyebab independent terhadap perdarahan pada ibu hamil. 50% wanita dengan plasenta

previa akan mengalami perdarahan postpartum. Seperti pada perdarahan postpartum maupun perdarahan antepartum yang hebat jika tidak cepat ditangani maka akan menyebabkan kekurangan darah hingga anemia pada ibu bahkan dapat menyebabkan kematian jika tidak ditangani dalam waktu dua jam (29–31).

2.2.10 Prognosis

Pada zaman saat ini, penanganan plasenta previa yang lebih merujuk pada tindakan operasi telah menunjukkan tren positif terhadap mortalitas dan morbiditas ibu dan janin. Angka mortalitas turun menjadi 0,1-5% yang penyebab utamanya merupakan pendarahan, infeksi, emboli udara, dan trauma akibat tindakan. Kematian pada janin juga menunjukkan adanya penurunan menjadi 7-25% yang penyebab utamanya merupakan prematuritas, asfiksia, prolaps funiculi, dan persalinan buatan (10,11).

2.3 Kematian Ibu

Kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan, bukan karena sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain. AKI adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup. Di dunia, pada tahun 2017 angka kematian ibu diperkirakan lebih dari 295 ribu kematian setiap tahun saat hamil maupun selama proses persalinan. Hal ini menunjukkan penurunan sebesar 35% dari tahun 2000 yang diperkirakan 451 ribu kematian ibu (2,29).

Pada negara yang kurang berkembang, angka kematian ibu sangat tinggi dengan perkiraan 415 kematian setiap 100000 kelahiran hidup, yang artinya 40 kali lebih besar dibanding rasio kematian ibu negara-negara di eropa dan hampir 60 kali lebih besar dibanding rasio kematian ibu di Australia dan New Zealand seperti yang dijelaskan pada tabel berikut (2,29).

Tabel 2. 3 Perkiraan rasio kematian ibu (AKI, kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup), dikutip dari WHO(2)

SDG wilayah	Estimasi rasio angka kematian ibu dan rentang ketidakpastian	Resiko seumur hidup	PM

	Rentang bawah	Estimasi AKI	Rentang atas	Jumlah kematian ibu	dari kematian ibu	(%)
world	199	211	243	295 000	190	9.2
Sub-Sahara africa	498	542	649	196 000	37	18.2
Afrika utara dan asia barat	73	84	104	9 700	380	5.9
Afrika utara	91	112	145	6 700	260	8.4
Asia barat	45	55	69	3 000	65	3.6
Asia Tengah dan selatan	131	151	181	58 000	260	6.6
Asia Tengah	21	24	28	390	1 400	1.7
Asia selatan	136	157	189	58 000	250	6.8
Asia timur dan Tenggara	61	69	85	21 000	790	3.3
Asia timur	22	28	36	5 300	2 200	1.5
Asia Tenggara	115	137	173	16 000	320	5.5
Amerika latin dan karibia	69	73	80	7 700	640	3.8
Oceania	34	60	120	4000	690	4.1
Australia dan Seladia Baru	6	7	8	26	7 800	0.6
Oseania (kecuali Australia dan selandia baru)	69	129	267	380	210	6.5
Eropa dan Amerika Utara	12	12	14	1 500	4 800	0.6
Eropa	9	10	11	740	6 500	0.5
Amerika Utara	16	18	20	760	3 100	0.9

Negara berkembang yang kurang daratan	377	407	483	64 000	57	17.4
Negara-negara berkembang	396	415	477	130 000	56	17.5
Negara berkembang kepulauan	178	210	277	2 600	190	8.5

Pada wanita muda usia 15-19 tahun, komplikasi kehamilan dan Melahirkan adalah penyebab utama kematian di seluruh dunia. Beberapa negara, terutama di Amerika Latin dan Karibia dan Asia Tenggara, mulai melaporkan data perempuan dan anak perempuan di luar usia normal 15 hingga 49 tahun, fakta yang terdokumentasi yang memprihatinkan adalah kematian ibu terjadi pada anak perempuan di bawah 15 tahun (29).

Pada tahun 2021 di Indonesia terdapat 7.389 kematian ibu dan 1.330 kasus kematian disebabkan oleh perdarahan. Hal ini menunjukkan peningkatan kasus kematian ibu dari tahun 2020 yang menunjukkan 4.627 kematian. Angka kematian ibu terendah ada di provinsi DKI Di Jakarta, 48 perempuan meninggal saat hamil, melahirkan atau nifas per 100.000 kelahiran hidup, dengan tertinggi di Provinsi Papua sebesar 565 kematian perempuan selama hamil, melahirkan atau melahirkan per 100.000 kelahiran Kehidupan. Di provinsi aceh, tahun 2020, terjadi 173 kematian ibu dan pada tahun 2021 mengalami kenaikan angka kematian ibu menjadi 208 kematian. Perdarahan merupakan penyebab terbanyak sebanyak 55 kasus kematian di Aceh dan di kota Lhokseumawe pada tahun 2021 terdapat total jumlah kematian ibu sebanyak 12 kematian (1,32).

2.3.1 Penyebab Kematian ibu

Penyebab kematian tersebut adalah komplikasi selama kehamilan ataupun saat persalinan, komplikasi utama yang menyebabkan lebih dari 75% AKI berupa perdarahan, infeksi, pre-eklamsia dan eklamsia, dan komplikasi persalinan. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu terdiri dari perdarahan prenatal dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum adalah keadaan darurat yang terjadi

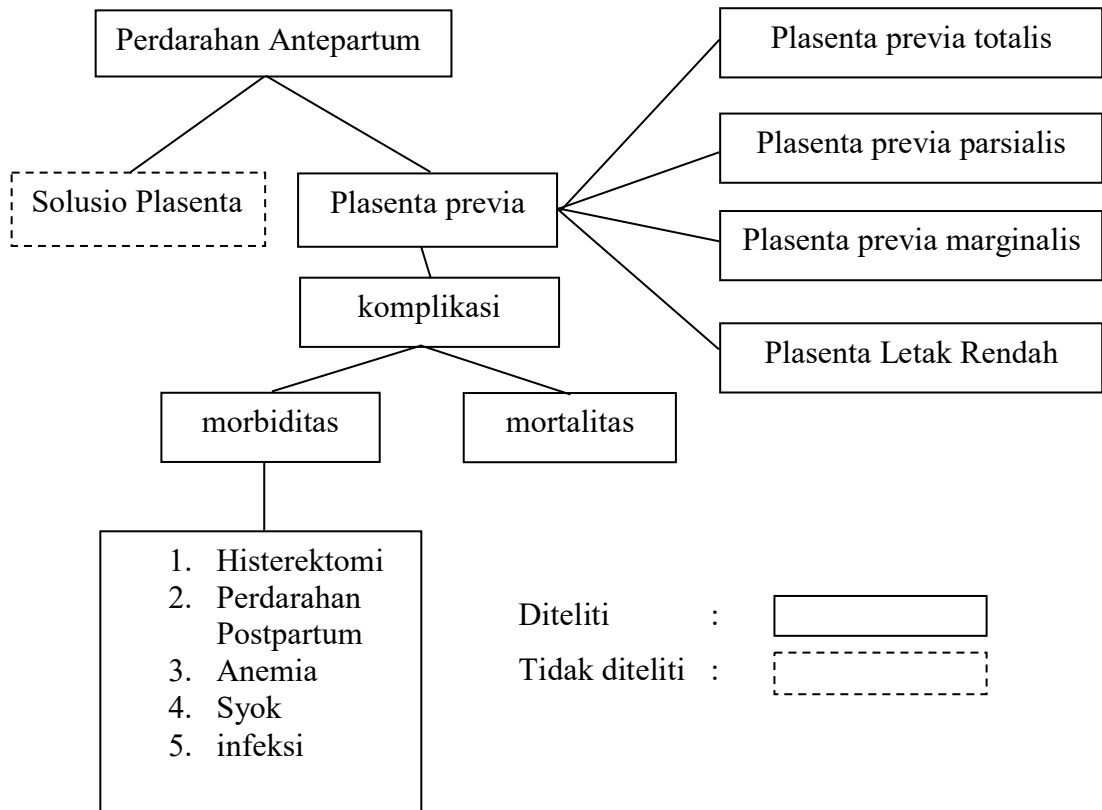
pada sekitar 3% dari semua persalinan, dengan penyebab termasuk plasenta previa, *solusio plasenta*, dan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya (3,8).

2.3.2 Pencegahan Kematian Ibu

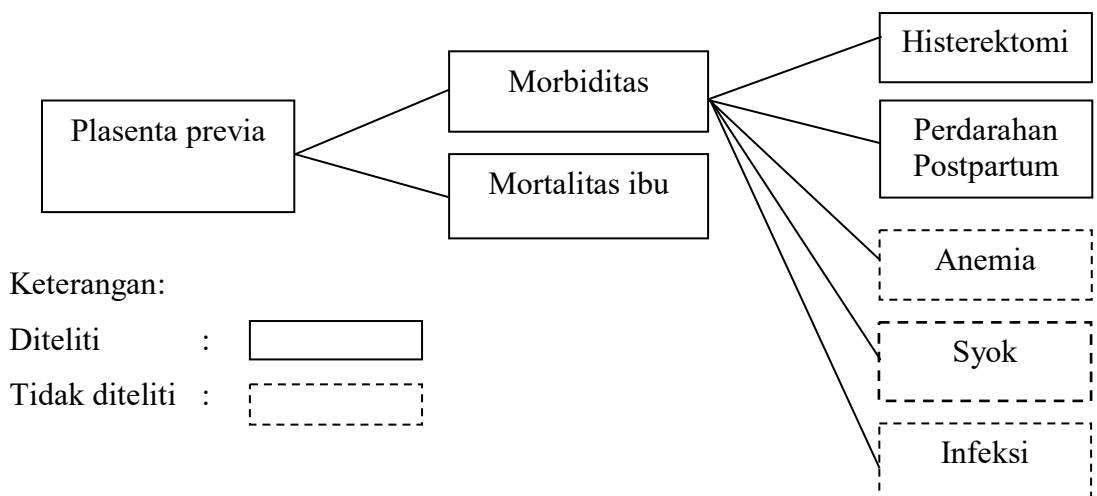
Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah berkat solusi medis perawatan kesehatan untuk mencegah atau mengobati komplikasi sudah dikenal luas sangat semua wanita butuh perawatan layanan berkualitas tinggi yang diberikan oleh para profesional medis yang berkualitas kompeten selama kehamilan (perawatan janin), selama pengiriman (perawatan intranatal) dan perawatan dan dukungan dalam minggu-minggu setelah kelahiran (postpartum dan sesudah lahir). Sangat penting bahwa semua kelahiran dengan bantuan profesional kesehatan yang berkualitas karena pengobatan tepat waktu dan perawatan dapat dilakukan perbedaan antara hidup dan mati (29).

Perdarahan hebat setelah melahirkan dapat membunuh wanita yang sehat dalam waktu dua jam jika dibiarkan tanpa pengawasan. Untuk menyuntikkan oksitosin segera setelah lahir secara efektif mengurangi risiko berdarah. Infeksi postpartum dapat dihilangkan dengan kebersihan yang baik dipraktikkan dengan baik dan ketika tanda-tanda awal infeksi dikenali dan diobati tepat. (29).

2.4 Kerangka Teori



2.5 Kerangka Konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif yang menunjukkan gambaran terhadap objek yang akan diteliti secara objektif (33).

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Rumah Sakit swasta kota Lhokseumawe.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan juni-oktober 2023.

3.3 Populasi, sampel, besar Sampel, dan Teknik pengambilan sampel

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian ini adalah seluruh ibu hamil di Rumah Sakit swasta Kota Lhokseumawe tahun 2022.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang mengidap plasenta previa di Rumah Sakit swasta kota lhokseumawe tahun 2022 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

Kriteria inklusi:

1. Seluruh pasien plasenta previa yang berada di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe tahun 2022.
2. Pasien yang memiliki rekam medik yang lengkap.
3. Rumah sakit yang bersedia menjadi tempat pengambilan data.

Kriteria eksklusi

1. Data rekam medik pasien yang tidak lengkap seperti tidak dicantumkan jenis dari plasenta previa.

3.3.3 Besar Sampel Penelitian

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan total sampling yang seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi diambil untuk memenuhi jumlah populasi. Total sampel dalam penelitian ini sebanyak 70 sampel data.

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel pada penelitian ini diambil dengan cara total sampling dengan data yang diambil dari rekam medik seluruh ibu hamil yang terkena plasenta previa di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe tahun 2022

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operational	Cara ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Plasenta previa	Letak plasenta dekat atau menutupi ostium uteri interna	Observasi data sekunder (rekam medik)	Rekam medik	1. Plasenta previa totalis 2. Plasenta previa parsialis 3. Plasenta previa marginalis 4. Plasenta letak rendah	Ordinal
2	Morbiditas	Keadaan kesakitan ibu hamil yang terdampak plasenta previa	Observasi data sekunder (rekam medik)	Rekam medik	1. Histerektomi 2. Pendarahan postpartum >1000cc	Ordinal
3	Mortalitas	kematian ibu hamil akibat plasenta previa	Observasi data sekunder (rekam medik)	Rekam medik	Ya atau Tidak	Ordinal
4	Usia	Lama hidup ibu yang diukur dari	Observasi data sekunder	Rekam medik	1. ≤ 20 tahun 2. 20-35 tahun 3. ≥ 35 tahun	Ordinal

		lahir sampai (rekam ulang tahun medik) yang terakhir				
5	Gravida	Status kehamilan ibu	Observasi data sekunder (rekam medik)	Rekam medik	1. Primi gravida 2. Multi gravida 3. Grande Multi gravida	Ordinal

3.5 Bahan Penelitian

Bahan penelitian ini adalah rekam medik ibu hamil yang mengalami plasenta previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe tahun 2022.

3.6 Instrument Penelitian

Instrument penelitian ini menggunakan rekam medik dan buku data pasien ibu hamil yang mengalami plasenta previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe tahun 2022.

3.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

1. Pengiriman permohonan izin melakukan pengambilan data rekam medik di Rumah Sakit Swasta kota Lhokseumawe.
2. Pengumpulan data awal terlebih dahulu pada pasien ibu hamil yang terkena plasenta previa untuk melihat apakah dapat memenuhi jumlah data pasien yang ingin diteliti (kriteria inklusi), pengambilan data pasien ini dilakukan di Rumah Sakit Swasta kota Lhokseumawe.
3. Melakukan pencatatan dan penyalinan data rekam medik dimasukkan ke dalam lembar pengumpulan data (LDP). Data yang diambil ialah nomor rekam medik pasien, identitas pasien (nama, usia), data hasil persalinan berupa (jenis persalinan, keadaan saat dan pasca-persalinan, plasenta previa), morbiditas pasien plasenta previa (anemia pasca-persalinan, histerektomi), mortalitas pasien akibat plasenta previa.

3.8 Alur Penelitian

1. Permohonan izin melakukan penelitian di rumah sakit swasta Kota Lhokseumawe.
2. Pengumpulan data rekam medik di Rumah Sakit Swasta kota Lhokseumawe.
3. Pengindentifikasian sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.
4. Melakukan pencatatan dan pengumpulan data.
5. Melakukan pengolahan dan analisis data.

3.9 Cara pengolahan dan analisis data

3.9.1 Cara pengolahan data

seluruh data yang telah dikumpulkan akan diolah menggunakan *software Statistical Product and Service Solution (SPSS)*. Adapun tahapan-tahapannya sebagai berikut:

1. *Editing* adalah proses pengecekan data ulang untuk meminimalisir kesalahan dalam notulensi data.
2. *Entry* adalah proses menginput data ke Lembar Pengumpulan Data (LDP) pada computer dengan menggunakan SPSS untuk di analisis.
3. *Cleaning* adalah proses pemeriksaan data yang telah diinput untuk melihat apakah terdapat kesalahan dalam pengetikan ataupun kesalahan penginputan data.
4. *Data tabulating* adalah proses penginputan data kedalam tabel yang sudah diberikan kode sesuai dengan yang dibutuhkan.

3.9.2 Analisis data

a. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis setiap variabel secara terpisah. Setiap variabel mempunyai penjelasan dan karakter masing-masing tanpa adanya kaitan antar variabel.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Data Penelitian

Data penelitian ini diambil dari rumah sakit swasta yang ada di kota Lhokseumawe. Total rumah sakit swasta yang ada di kota Lhokseumawe sebanyak Sembilan rumah sakit namun hanya tiga rumah sakit yang masuk kedalam kriteria inklusi yaitu yang bersedia menjadi tempat pengambilan data. Rumah sakit swasta yang bersedia di kota Lhokseumawe, yaitu Rumah Sakit Umum PT. ARUN, Rumah Sakit Ibu dan Anak Abby, dan Rumah Sakit PMI. Total jumlah data yang diperoleh dari keseluruhan rumah sakit sejumlah 70 pasien plasenta previa dengan rincian RS. PT. Arun 44 pasien, RSIA. Abby 12 pasien dan RS. PMI 14 pasien. Data yang diambil mulai dari keadaan pasien masuk rumah sakit hingga data pasien pulang dengan mencatat apakah terdapat morbiditas pada pasien yang disebabkan oleh plasenta previa atau mortalitas yang disebabkan oleh plasenta previa. Data tersebut didapat dari catatan rekam medis di setiap rumah sakit tercatat dari tanggal 1 Januari 2022 hingga 31 Desember 2022.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Data Usia Pasien Plasenta Previa

Data pengelompokan berdasarkan umur pasien penderita plasenta previa di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe.

Tabel 4.1 Data Pasien Plasenta Previa Berdasarkan Umur

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<20 tahun	4	5.7
20-35 tahun	46	65.7
>35 tahun	20	28.6
Total	70	100.0

Sumber: data sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.1 diatas, pasien plasenta previa terbagi menurut umur. Pada usia dibawah 20 tahun terdapat sebanyak 4 pasien, lalu pada usia dalam rentang 20-35 tahun terdapat 46 pasien, dan pada usia diatas 35 tahun terdapat sebanyak 20 pasien.

4.2.2 Data Gravida Pasien Plasenta Previa

Data pengelompokan pasien plasenta previa berdasarkan gravida pasien di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe.

Tabel 4.2 Data Pasien Plasenta Previa Berdasarkan Gravida

Gravida	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Primigravida	10	14.3
Multigravida	54	77.1
Grande multigravida	6	8.6
Total	70	100.0

Sumber: data sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.2, plasenta previa paling banyak diderita oleh ibu yang telah multigravida, yaitu sebanyak 54 pasien, lalu penderita dengan keadaan primigravida sebanyak 10 pasien dan ibu dengan keadaan grande multigravida sebanyak 6 pasien.

4.2.3 Data Jenis Plasenta Previa

Data pengelompokan berdasarkan jenis dari plasenta previa yang di derita oleh pasien yang ada di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe, data ini nantinya menyajikan persentase jenis plasenta previa berdasarkan total jumlah keseluruhan pasien pengidap plasenta previa hasil analisis data dapat dilihat pada tabel.

Tabel 4.3 Data Jenis Plasenta Previa

Jenis plasenta previa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Plasenta previa totalis	40	57.1
Plasenta previa parsialis	11	15.7
Plasenta previa marginalis	8	11.4
Plasenta previa letak rendah	11	15.7
Total	70	100.0

Sumber: data sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan hasil dari data pengelompokan pasien dari jenis plasenta previa yang diderita di rumah sakit swasta di Kota Lhokseumawe

tahun 2022. Dari data tersebut, didapatkan bahwa plasenta previa totalis merupakan jenis dari plasenta previa yang paling banyak diderita dibandingkan dari jenis lainnya dengan total sebanyak 40 pasien (57.1%) dan Plasenta Previa Marginalis merupakan yang paling sedikit dengan total 8 pasien (11.4%).

4.2.4 Data Morbiditas Pasien Plasenta Previa

Data pengelompokan morbiditas pasien akibat dari plasenta previa berdasarkan dari histerektomi dan perdarahan postpartum. Data diambil dari tiga rumah sakit swasta di kota Lhokseumawe.

Tabel 4.4 Data Morbiditas Pasien Plasenta Previa

Morbiditas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Histerektomi	5	7.1
Perdarahan postpartum >1000cc	18	25.7
Tidak morbiditas	47	67.1
Total	70	100.0

Sumber: data sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.4 dapat dilihat bahwa perdarahan merupakan morbiditas dengan presentase tertinggi secara umum di tiga rumah sakit swasta kota Lhokseumawe dengan total 18 pasien (25.7%). Pada data histerektomi, terdapat total 5 pasien (7.1%) dari total 70 pasien yang terdata di 3 rumah sakit swasta kota Lhokseumawe.

4.2.5 Data Mortalitas Pasien Plasenta Previa

Data pengelompokan mortalitas pasien yang disebabkan oleh pasien plasenta previa pada tahun 2022 di rumah sakit swasta kota Lhokseumawe.

Tabel 4.5 Data Mortalitas Pasien Plasenta Previa

Mortalitas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Ada	0	0.0
Tidak ada	70	100.0
Total	70	100.0

Sumber: data sekunder, 2023

Berdasarkan tabel 4.5 dapat dilihat bahwa tidak ditemukan mortalitas yang diakibatkan oleh plasenta previa pada tiga rumah sakit swasta kota Lhokseumawe pada tahun 2022.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Gambaran jenis plasenta previa

Dari hasil penelitian didapatkan kasus plasenta terbanyak adalah jenis plasenta previa totalis sebanyak 40 pasien (57.1%), plasenta previa parsialis 11 pasien (15.7%), plasenta letak rendah 11 pasien (15.7%), dan plasenta previa marginalis 8 pasien (11.8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasreen (2003) Persentase frekuensi dari kasus plasenta previa totalis diperkirakan sekitar 37% dari keseluruhan jenis-jenis plasenta previa, frekuensi ini mencapai nilai tertinggi dari semua jenis plasenta previa diantara jenis plasenta letak rendah (7%), plasenta previa marginalis (29%), dan plasenta previa parsialis (27%) (34).

Pada kondisi dilapangan yang ditemukan peneliti, menurut usia, penderita plasenta previa banyak dialami oleh usia diantara 20-35 tahun dan diatas 35 tahun serta dibawah 20 tahun. Pada usia diatas 35 tahun telah terjadi penurunan fungsi fisiologis dan reproduksi secara umum pada wanita. Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan Manuaba yang menyebutkan bahwa ibu yang berisiko mengalami plasenta previa merupakan ibu dengan usia diatas 35 tahun karena terjadinya penurunan kualitas pertumbuhan dinding endometrium akibat sklerosis pembuluh darah arteri kecil dan arteriol miometrium yang menyebabkan aliran darah ke endometrium tidak merata sehingga endometrium menjadi kurang subur dan menyebabkan implantasi terjadi pada segmen bawah rahim. Pada usia ibu dibawah 20 tahun, plasenta previa terjadi disebabkan karena belum matangnya rahim dan organ reproduksinya untuk menerima adanya janin atau kehamilan (13).

Plasenta previa juga banyak ditemukan pada ibu yang telah multigravida yang mana telah hamil lebih dari 2 kali bahkan grande multigravida yang telah hamil lebih dari 4 kali. Hal ini dikarenakan berkurangnya vaskularisasi dan atrofi pada desidua akibat persalinan sebelumnya yang dapat menyebabkan plasenta melebar ke permukaan dan menutup *ostium uteri internum*. Hasil yang diperoleh dari 254 pasien dengan plasenta previa mayoritas berada pada kelompok

multigravida yaitu 81,10% dan hanya 18,89% kasus primigravida (35).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan usta (2005) dari 371 ibu yang terdiagnosis plasenta previa didapatkan presentase untuk jenis plasenta previa totalis sebanyak 24%, plasenta previa parsialis 12.1%, plasenta previa marginalis 7.5%, dan plasenta letak rendah 15.4% serta sebanyak 41.0% tidak diketahui pasti letak plasenta previa berdasarkan servix. Hal ini juga sejalan dengan yang peneliti temukan pada penelitian ini yang didapatkan plasenta previa totalis merupakan jenis plasenta previa yang paling banyaak di derita pasien (36).

4.3.2 Gambaran morbiditas

Dari hasil penelitian didapatkan kasus morbiditas yang didapatkan dari total 70 pasien didiagnosa plasenta previa dan 23 pasien (32.8%) yang menderita morbiditas perdarahan dan histerektomi. Perdarahan postpartum diderita oleh 18 pasien (25.7%) dan histerektomo diderita oleh 5 pasien (7.1%). Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai kehilangan darah lebih dari 1000 cc setelah seksio sesarea (37).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh gibbins dari 501 wanita yang terdiagnosis plasenta previa menderita morbiditas perdarahan sebanyak 94 wanita dan yang menderita morbiditas histerektomi sebanyak 10 wanita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh young, sebanyak 285 wanita yang didiagnosa dengan plasenta previa didapatkan sebanyak 42 wanita yang menerima Tindakan histerektomi atau transfusi darah. Penelitian tersebut sejalan dengan yang peneliti temukan pada penelitian ini (38).

Perdarahan postpartum akibat plasenta previa merupakan hal yang sangat beresiko karena lapisan hipervaskular plasenta terletak di bagian bawah rahim dimana otot-ototnya jarang dan berkontraksi lemah. Bahkan bila diberi obat uterotonika yang kuatpun, tonus rahim di bagian bawah rahim mungkin tidak meningkat karena karakteristik anatomi dan otot. Selain itu. Perdarahan postpartum akibat plasenta previa sering dihubungkan dengan perdarahan postpartum atonik (39,40).

Penatalaksanaan perdarahan postpartum memerlukan pendekatan multidisiplin terkoordinasi yang melibatkan komunikasi yang baik termasuk dokter

kandungan-perinatologis, ahli anestesi, ahli hematologi bank darah dan ahli radiologi intervensi, untuk penilaian kehilangan darah yang akurat, pemantauan tanda dan gejala ibu, cairan, darah dan produk darah. penggantian, dan penangkapan sumber perdarahan. Algoritma dalam penatalaksanaan perdarahan pascapersalinan terutama mencakup penggunaan teknik uterotonika (oksitosin, metilergonovin, karboprost atau misoprostol), non-bedah (tamponade balon) atau bedah (jahitan kompresi, ligasi arteri iliaka interna–ovarium–arteri uterina dan/atau histerektomi peripartum). intervensi endovaskular (misalnya, embolisasi arteri uterina), pemberian antifibrinolitik (asam traneksamat [TXA]), dan prokoagulan (konsentrat fibrinogen [FC]) sesuai indikasi yang ada (41).

Penyebab dari dilakukannya histerektomi pada pasien plasenta previa dikarenakan terdapat kasus pemberat dari plasenta previanya seperti plasenta akreta. Karena plasenta akreta merupakan kondisi obstetrik yang berpotensi mengancam jiwa, maka histerektomi pascapersalinan perlu dilakukan dengan cara yang aman dan cepat untuk menyelamatkan nyawa ibu (42,43).

Pada kondisi yang ditemukan di lapangan, ibu yang mengalami penanganan histerektomi merupakan ibu yang mengidap plasenta previa dengan perberatan kondisi seperti plasenta akreta dan plasenta perkreta. Dari 5 pasien yang mengalami histerektomi, sebanyak 3 orang pasien mengidap plasenta akreta dan 2 orang pasien mengidap plasenta perkreta. Penyebab dari plasenta tersebut dikarenakan dinding bawah rahim yang tipis rentan untuk di invasi oleh pertumbuhan vili oleh trofoblas yang menyebabkan plasenta berimplantasi lebih kuat pada dinding rahim. Histerektomi merupakan *gold standart* penanganan pada kasus plasenta akreta. Pada pasien yang mengalami plasenta akreta, perdarahan postpartum yang terjadi cenderung banyak dan dapat menyebabkan kematian bagi ibu. Histerektomi dilakukan untuk menghentikan perdarahan massif yang terjadi, hal ini bertujuan untuk menyelamatkan nyawa ibu.

4.3.3 Gambaran mortalitas

Dari hasil penelitian didapatkan tidak ada kasus kematian yang diakibatkan oleh plasenta previa pada tahun 2022 di rumah sakit PT Arun, Rumah Sakit Ibu dan Anak Abby, dan Rumah Sakit PMI. Menurut peneliti, Hal ini dapat terjadi karena

pelayanan dan penanganan untuk ibu hamil di rumah sakit terkait sudah cukup baik untuk menangani pasien dengan komplikasi kehamilan seperti plasenta previa. Penanganan yang baik dengan tatalaksana yang tepat dapat menyelamatkan nyawa ibu hamil yang diakibatkan oleh plasenta previa.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada Rumah sakit swasta di kota Lhokseumawe yaitu pada RS PT. Arun, RS PMI, RSIA Abby mengenai gambaran kasus plasenta previa yang mana hasilnya dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Berdasarkan jenis dari plasenta previa, dapat disimpulkan bahwa jenis plasenta previa terbanyak yang di derita pasien pada rumah sakit swasta di Kota Lhokseumawe merupakan jenis Plasenta previa totalis sebanyak 40 pasien.
2. Berdasarkan morbiditas pasien yang diakibatkan oleh plasenta previa pada rumah sakit swasta di Kota Lhokseumawe, dapat disimpulkan bahwa morbiditas yang paling banyak diderita adalah perdarahan postpartum sebanyak 18 pasien dan histerektomi 5 pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan, yaitu:

1. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai bahan referensi dalam melakukan penelitian yang berhubungan mengenai morbiditas dan mortalitas yang diakibatkan oleh plasenta previa
2. Perlunya bagi rumah sakit untuk memperbaiki sistem pencatatan rekam medis untuk mempermudah melakukan evaluasi terhadap data-data pasien di rumah sakit terkait.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dan sampel yang lebih luas untuk memberikan hasil yang lebih baik disbanding penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. KEMENKES RI. PROFIL KESEHATAN INDONESIA 2021. sibuea farida, hardhana boga, widiantini winnie, editor. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2022.
2. World Health Organization. Trends In Maternal Mortality: 2000 To 2017: Estimates By WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group And The United Nations Population Division [Internet]. 2019 [Dikutip 22 Februari 2023]. Tersedia Pada: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2017/en/
3. Kurniawan H, Maulina M. Hubungan Antara Usia Ibu Dan Paritas Dengan Kejadian Plasenta Previa Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012-2013. *lentera*. 2015;15(13).
4. Pemerintah Kota Lhokseumawe. Rencana Pembangunan Kota Lhoksumawe tahun 2023-2026. 2022.
5. Ramadhan BR. Plasenta Previa : Mekanisme dan Faktor Risiko. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 1 Juni 2022;208–19.
6. Syafitri E, Suwardi S. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Plasenta Previa di RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2018. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*. 5 Agustus 2020;7(2):182–9.
7. Cunningham FG, Levano KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams OBSTETRICS 23RD EDITION*. Vol. 23. Mcgraw-Hill; 2014.
8. Husain WR, Wagey F, Suparman E. Hubungan Kejadian Plasenta Previa dengan Riwayat Kehamilan Sebelumnya. *e-CliniC*. 31 Desember 2019;8(1).
9. Ndomba MM, Mukuku O, Tamubango HK, Biayi JM, Kinenkinda X, Kakudji PL, dkk. Risk Factors and Outcomes of Placenta Praevia in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Austin Journal of Pregnancy & Child Birth* [Internet]. 9 Februari 2021;2(1). Tersedia pada: www.austinpublishinggroup.com
10. Prawirohardjo sarwono. Ilmu Kebidanan. 3 Ed. Wiknjosastro Hanifa, Saifuddin Ab, Rachimhadhi T, Editor. Vol. 6. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
11. Sofian A. Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologi dan Obstetri Patologi. 3 ed. Indra L, editor. Vol. 1. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2011.
12. Sadler TW. Embriologi Kedokteran Langman. 12 ed. jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2012.

13. Manuaba IC. Pengantar Kuliah Obstetri. 1 ed. Ester M, Karyuni PE, editor. Jakarta: EGC; 2008.
14. Lumbanraja SN. Kegawatdaruratan Obstetri [Internet]. Medan: USUPress; 2017. Tersedia pada: <http://usupress.usu.ac.id>
15. Aditiawarman RAA, Sulistyono A, Dilmy MAF, Purwosuno Yuditiya. Diagnosis Dasar Ultrasonografi pada Kelainan Spektrum Plasenta Akreta. Dalam: Kelainan Spektrum Plasenta Akreta Edisi I Satuan Tugas Plasenta Akreta Indonesia Hanya untuk kalangan Kolegium Obstetri & Ginekologi Indonesia. 2019. hlm. 51–8.
16. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *New England Journal of Medicine*. 19 April 2018;378(16):1529–36.
17. Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, Langhoff-Roos J, Collins SL. Epidemiology of placenta previa accreta: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(11).
18. Matsuzaki S, Nagase Y, Ueda Y, Kakuda M, Maeda M, Matsuzaki S, dkk. Placenta previa complicated with endometriosis: Contemporary clinical management, molecular mechanisms, and future research opportunities. Vol. 9, *Biomedicines*. MDPI; 2021.
19. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. *elsevier*. 1 Januari 2022;117:21–7.
20. Rafhani Rosyidah O, Azizah N. Buku Ajar Mata Kuliah Obstetri Pathologi (Pathologi Dalam Kehamilan). Sartika Septi Budi, Multazam MT, editor. Jawa Timur: UMSIDA PRESS; 2019.
21. Rani PR, Haritha PH, Gowri R. Comparative study of transperineal and transabdominal sonography in the diagnosis of placenta previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. April 2007;33(2):134–7.
22. Hasegawa J, Kawabata I, Takeda Y, Aoki H, Fukami T, Tajima A, dkk. Improving the Accuracy of Diagnosing Placenta Previa on Transvaginal Ultrasound by Distinguishing between the Uterine Isthmus and Cervix: A Prospective Multicenter Observational Study. *Fetal Diagn Ther*. 1 Maret 2017;41(2):145–51.
23. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 1 Juli 2020;42(7):906-917.e1.
24. Del Negro V, Aleksa N, Galli C, Ciminello E, Derme M, Vena F, dkk. Ultrasonographic diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorder: Ideation of an ultrasonographic score and correlation with surgical and neonatal outcomes. *Diagnostics*. 1 Januari 2020;11(1).

25. Wijaya DW, Uyun Y, Rahardjo S. Penggunaan Skor Indeks Plasenta Akreta (IPA) sebagai Prediktor Manajemen Perioperatif Seksio Sesarea Pasien dengan Plasenta Previa Totalis Suspek Plasenta Akreta. *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*. 17 September 2020;3(2):118.
26. Herman S, Joewono HT. Buku Acuan Persalinan Kurang Bulan (Prematur). Anasari W, editor. Yayasan Avicenna Kendari; 2020.
27. Desai N, Tsukerman A. StatPearls [Internet]. 2023 [dikutip 14 Mei 2023]. Vaginal Delivery. Tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/>
28. Ramirez M, Ramin S. Induction of Labor. *The American College Ofobstetricians Andgynecologists*. Agustus 2009;114(2):386–97.
29. World Health Organization. Maternal mortality Evidence brief Progress towards achieving the Sustainable Development Goals [Internet]. 2019. Tersedia pada: <https://www.>
30. Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 21 Februari 2017;31(4):494–9.
31. Matsuzaki S, Nagase Y, Ueda Y, Lee M, Matsuzaki S, Maeda M, dkk. The association of endometriosis with placenta previa and postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021; Tersedia pada: <http://dx.doi.org/10.1016/j.>
32. Badan Pusat Statistik. Hasil long form Sensus Penduduk 2020. 2023.
33. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta; 2010.
34. Nasreen F. Incidence, Causes And Outcome Of Placenta Previa. *Journal of Postgraduate Medical Institute*. 2003;17(1):99–104.
35. Qamar S, Kanwal R, Rasheed M, Zafar O, Hospital Multan Pakistan D. Association Of Placenta Praevia With Multiparity & Previous Caesarean Section In Pregnant Women. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2019;69(1):43–6.
36. Usta IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. *Dalam: American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005. hlm. 1045–9.
37. Roni RW, Waluyo F, Pujjati W, Rumkit G, Ii T, Hardjanto R, dkk. Plasenta Previa Totalis dengan Komplikasi Perdarahan Post Partum Pada Multipara di Usia Kehamilan 39 Minggu. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science* . 2013.

38. Gibbins KJ, Varner MW, Silver RM. 26: Quantifying maternal morbidity associated with placenta previa. *Am J Obstet Gynecol*. Januari 2016;214(1):S18–9.
39. Yu SCH, Cheng YKY, Tse WT, Sahota DS, Chung MY, Wong SSM, dkk. Perioperative prophylactic internal iliac artery balloon occlusion in the prevention of postpartum hemorrhage in placenta previa: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1 Juli 2020;223(1):117.e1-117.e13.
40. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, dkk. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):449.e1-449.e7.
41. Günaydın B. Management of Postpartum Haemorrhage. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 1 Desember 2022;50(6):396–402.
42. Wright JD, Burke WM. Caesarean hysterectomy for placenta praevia/accreta using an approach via the pouch of Douglas. *BJOG*. 1 April 2016;123(5):820.
43. Young B, Nadel A, Panda B, Kaimal A. 101: Does placenta previa location matter? Surgical morbidity associated with previa location. *Am J Obstet Gynecol*. Januari 2013;208(1):S57.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

no	kegiatan	mar 23	apr 23	mei 23	jun 23	Jul 23	Ags 23	Sep 23	Okt 23	Nov 23	Des 23	Jan 24
1	Pengajuan judul											
2	Pengumpulan data											
3	Penyusunan dan bimbingan proposal											
4	Seminar proposal											
5	Penelitian											
6	Penyusunan dan bimbingan skripsi											
7	Seminar Hasil											

Lampiran 2. Biodata peneliti

Nama : Andre Kesuma
 Tempat, Tanggal Lahir : Medan, 29 september 2001
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Status : Belum Nikah
 Alamat : Jl kandang, Cunda, Kecamatan Muara
 Dua, Kota Lhokseumawe, Provinsi Aceh
 Telepon : 0852-4301-0643
 Email : Andre.200610029@mhs.unimal.ac.id
 Riwayat Pendidikan : Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh
 (2020-sekarang)
 Fakultas Teknik Universitas Syiah Kuala (2019-
 2020)
 SMAS Harapan Tiga Deli Tua
 SMP-IT Alfityan Medan
 SD Nirmala BM Sukma
 TK citra Indonesia 2
 Tahun Masuk Universitas : 2020
 Nomor Induk Mahasiswa : 200610029
 Program Studi : Kedokteran
 Nama Orang Tua :
 Ayah : Alimanto, S.H
 Ibu : Tunisilawati
 Anak ke- : 3 dari 3 bersaudara
 Nama saudara Kandung Atika Syahfitri
 Yuni Widya Ningrum, S.Pd

Lampiran 3. Master data penelitian

No	Nama	Usia	Gravida	Keadaan MRS	Histerektomi	Total pendarahan SC	Kematian	Penyebab meninggal	Jenis plasenta previa	Inseri
1	z	33	4	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
2	pya	29	2	perdarahan	ya	transfusi 1400 cc	tidak	tidak ada	totalis	Perkreta
3	ma	30	3	perdarahan	tidak	transfusi 1400cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
4	fi	33	2	perdarahan	tidak	transfusi 350cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
5	ta	36	2	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
6	N	37	4	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
7	Nur	34	3	tidak pendarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
8	Nu	32	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
9	mar	35	3	perdarahan	tidak	transfusi 175cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
10	RP	21	1	nyeri hebat	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
11	nurj	32	3	nyeri hebat	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
12	AN	23	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
13	LA	32	3	perdarahan	tidak	transfus 1225 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
14	PR	24	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal

15	Mas	34	4	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
16	mul	25	2	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
17	Iw	34	1	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
18	kn	19	2	tidak perdarahan	tidak	transfusi 525 cc	tidak	tidak ada	plasenta letak rendah	Normal
19	mas	31	1	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	plasenta letak rendah	Normal
20	yus	41	4	tidak perdarahan	tidak	transfusi 700 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
21	awn	23	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
22	sur	36	2	perdarahan	tidak	transfusi 1400 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
23	nur	42	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
24	nur	37	4	perdarahan	tidak	transfusi 1175 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
25	mar	30	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
26	akl	32	1	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
27	had	38	4	perdarahan	tidak	transfusi 1925 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
28	yus	29	3	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
29	nur	38	3	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
30	asm	43	4	perdarahan	tidak	transfusi 1225 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal

31	nir	29	1	tidak perdarahan	tidak	transfusi 350 cc	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
32	mar	30	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
33	sus	28	1	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
34	afn	29	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
35	mars	35	3	perdarahan	tidak	transfusi 1050 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
36	alf	32	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
37	nur	34	4	perdarahan	tidak	transfusi 1750 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
38	puj	18	1	perdarahan	tidak	transfusi 350 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
39	saf	22	1	perdarahan	tidak	transfusi 1750 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
40	mur	37	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
41	asm	23	2	mules	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
42	nur	41	3	perdarahan	ya	transfusi 1575 cc	tidak	tidak ada	totalis	Akreta
43	liy	20	1	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
44	nur	40	4	perdarahan	ya	transfusi 2100 cc	tidak	tidak ada	totalis	Perkreta

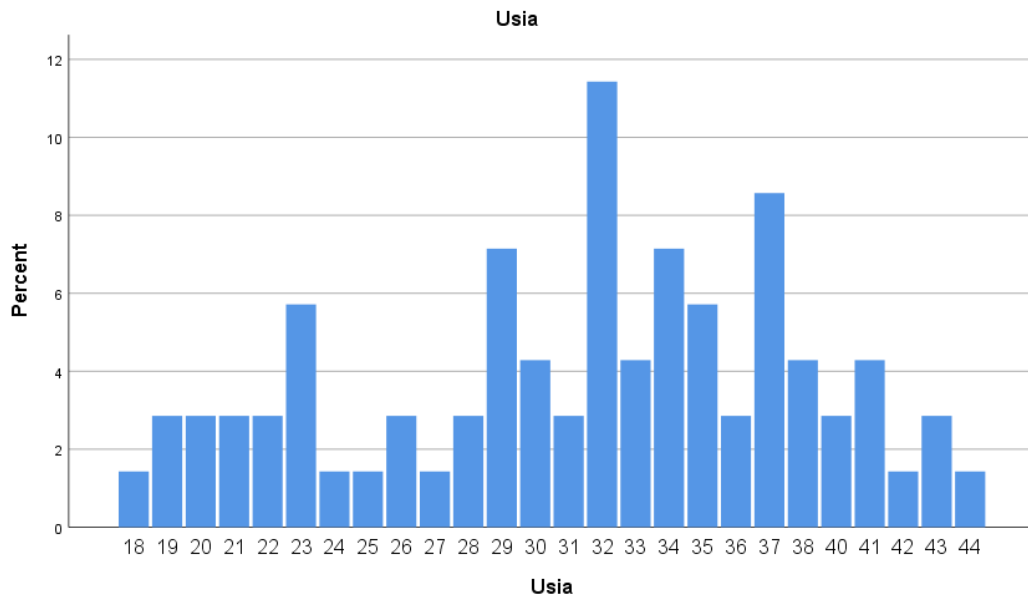
45	elm	43	9	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
46	afr	26	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
47	put	31	4	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
48	yus	44	5	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	marginal	Normal
49	put	33	3	perdarahan	ya	transfusi 1400 cc	tidak	tidak ada	totalis	Akreta
50	sur	41	4	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
51	ram	37	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
52	dah	32	4	perdarahan	tidak	transfusi 1400 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
53	mar	35	4	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
54	dor	21	2	perdarahan	tidak	transfusi 350 cc	tidak	tidak ada	parsial	Normal
55	ev	32	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
56	rod	23	2	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
57	bad	35	5	perdarahan	ya	transfusi 2100 cc	tidak	tidak ada	totalis	Akreta
58	zur	32	4	perdarahan	tidak	transfusi 1225 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal

59	dah	29	2	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
60	nur	2	3	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
61	zur	34	5	perdarahan	tidak	transfusi 1750 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
62	emp	19	1	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
63	Mau	28	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	parsial	Normal
64	Mau	38	6	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
65	rah	37	4	perdarahan	tidak	transfusi 525 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
66	ros	22	2	perdarahan	tidak	transfusi 350 cc	tidak	tidak ada	parsial	Normal
67	put	26	3	perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	totalis	Normal
68	mar	37	5	tidak perdarahan	tidak	tidak ada transfusi	tidak	tidak ada	Plasenta letak rendah	Normal
69	rir	27	3	perdarahan	tidak	transfusi 700 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal
70	sit	40	4	perdarahan	tidak	transfusi 1150 cc	tidak	tidak ada	totalis	Normal

Lampiran 4. Hasil statistik

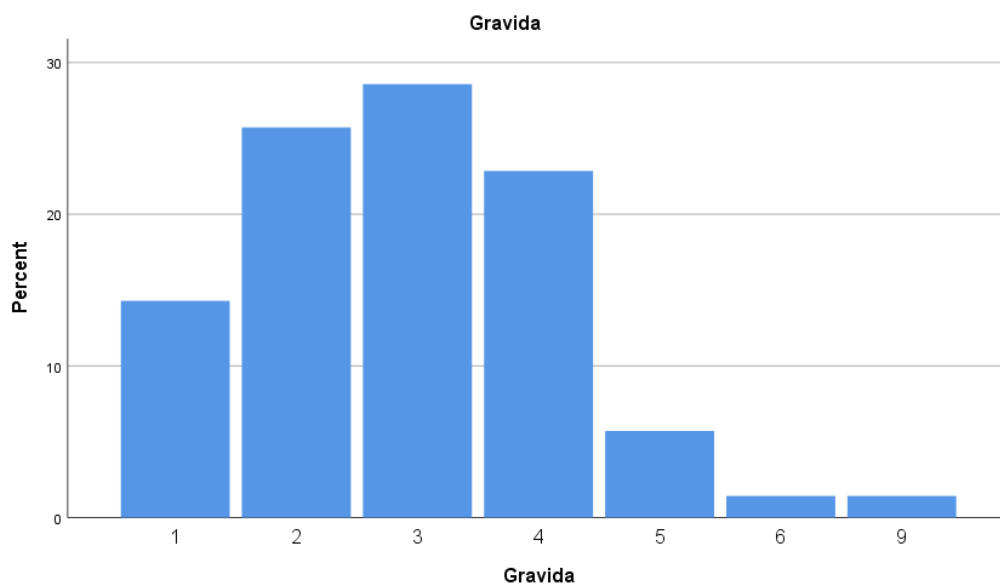
Karakteristik umur pasien

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
18	1	1.4
19	2	2.9
20	2	2.9
21	2	2.9
22	2	2.9
23	4	5.7
24	1	1.4
25	1	1.4
26	2	2.9
27	1	1.4
28	2	2.9
29	5	7.1
30	3	4.3
31	2	2.9
32	8	11.4
33	3	4.3
34	5	7.1
35	4	5.7
36	2	2.9
37	6	8.6
38	3	4.3
40	2	2.9
41	3	4.3
42	1	1.4
43	2	2.9
44	1	1.4
Total	70	100.0



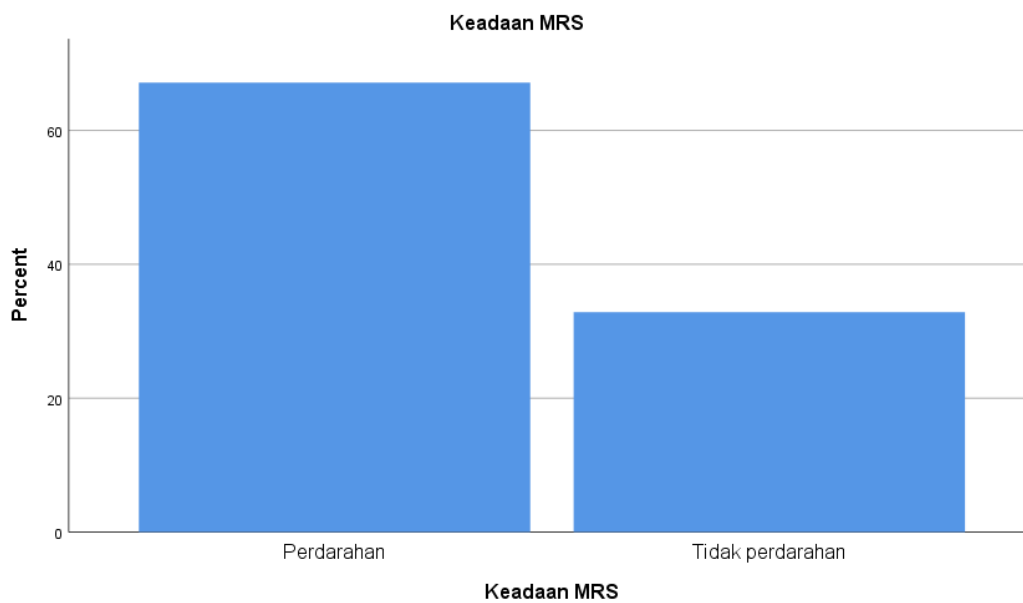
Karakteristik gravida pasien

Gravida	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	10	14.3
2	18	25.7
3	20	28.6
4	16	22.9
5	4	5.7
6	1	1.4
9	1	1.4
Total	70	100.0



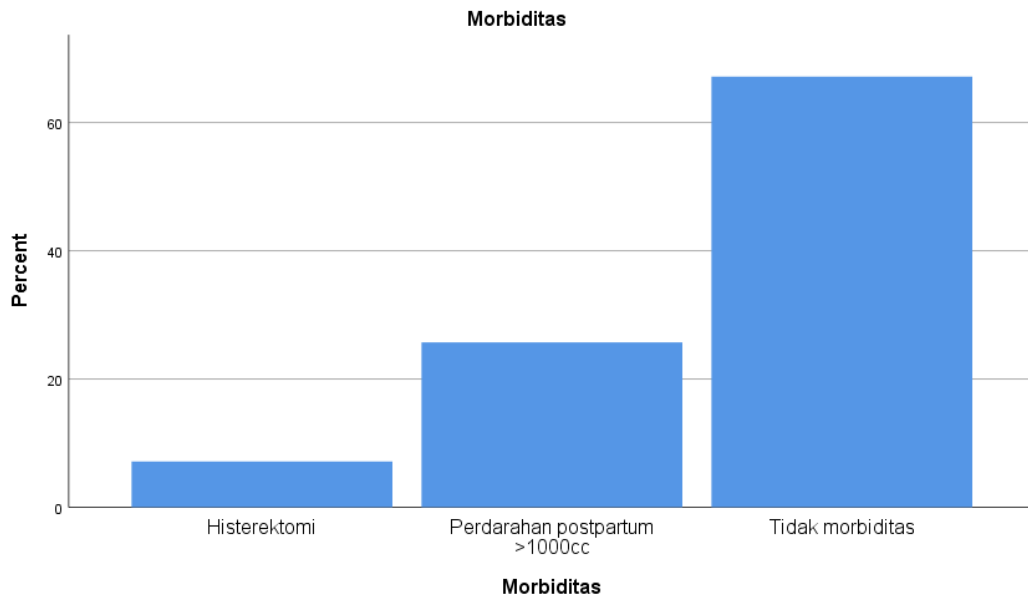
Keadaan pasien sebelum masuk rumah sakit

Keadaan MRS	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Perdarahan	47	67.1
Tidak perdarahan	23	32.9
Total	70	100.0



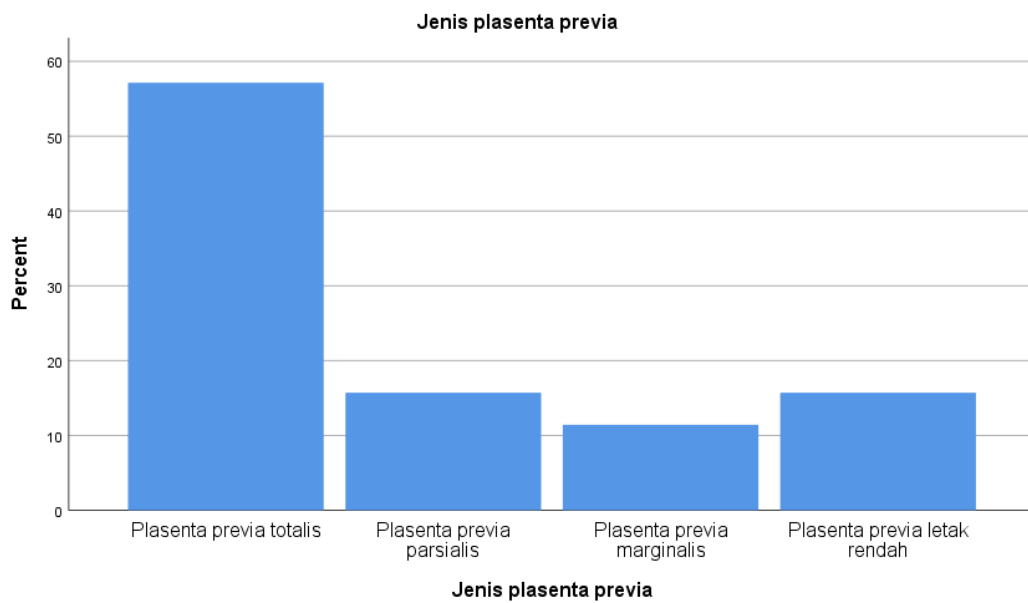
Morbiditas pasien

Morbiditas	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Histektomi	5	7.1
Perdarahan postpartum >1000cc	18	25.7
Tidak morbiditas	47	67.1
Total	70	100.0



Jenis plasenta previa pasien

Jenis plasenta previa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Plasenta previa totalis	40	57.1
Plasenta previa parsialis	11	15.7
Plasenta previa marginalis	8	11.4
Plasenta previa letak rendah	11	15.7
Total	70	100.0



Tabel jenis plasenta previa menurut usia

Usia	Jenis plasenta previa								Total	
	plasenta previa totalis		Plasenta previa parsialis		Plasenta previa marginalis		Plasenta previa letak rendah			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<20 tahun	1	25.0	2	50.0	0	0.0	1	25.0	4	100.0
20-35 tahun	26	56.5	9	19.6	5	10.9	6	13.0	46	100.0
>35 tahun	13	65.0	0	0.0	3	15.0	4	20.0	20	100.0
Total	40	57.1	11	15.7	8	11.4	11	15.7	70	100.0

Tabel jenis plasenta previa menurut gravida

Gravida	Jenis plasenta pevia								Total	
	plasenta previa totalis		Plasenta previa parsialis		Plasenta previa marginalis		Plasenta previa letak rendah			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primigravida	4	40.0	2	20.0	1	10.0	3	30.0	10	100.0
Multigravida	34	63.0	9	16.7	5	9.3	6	11.1	54	100.0
Grande multigravida	2	33.3	0	0.0	2	33.3	2	33.3	6	100.0
Total	40	57.1	11	15.7	8	11.4	11	15.7	70	100.0

Tabel jenis plasenta previa menurut morbiditas

Morbiditas	Jenis plasenta pevia								Total	
	plasenta previa totalis		Plasenta previa parsialis		Plasenta previa marginalis		Plasenta previa letak rendah			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Histerektomi	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0%

Perdarahan postpartum >1000cc	17	94.4	0	0.0	0	0.0	1	5.6	18	100.0%
Tidak morbiditas	18	38.3	11	23.4	8	17.0	10	21.3	47	100.0%
Total	40	57.1	11	15.7	8	11.4	11	15.7	70	100.0%

Tabel jenis plasenta previa berdasarkan keadaan MRS

Keadaan MRS	Jenis plasenta pevia								Total	
	plasenta previa totalis		Plasenta previa parsialis		Plasenta previa marginalis		Plasenta previa letak rendah			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perdarahan	32	68.1	7	14.9	3	6.4	5	10.6	47	100.0
Tidak perdarahan	8	34.8	4	17.4	5	21.7	6	26.1	23	100.0
Total	40	57.1	11	15.7	8	11.4	11	15.7	70	100.0

Lampiran 5. 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, 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 : 84/KEPK/FKUNIMAL-RSUCM/2023**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
the Research Protocol Proposed by

Peneliti Utama : **ANDRE KESUMA**
Principal in Investigator

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

Dengan Judul :
Title
**GAMBARAN KASUS PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT SWASTA KOTA
LHOKSEUMAWE**

**OVERVIEW OF PLACENTA PREVIA CASES AT LHOKSEUMAWE CITY PRIVATE
HOSPITAL**

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 21 Juli 2023 sampai dengan 21 Juli 2024



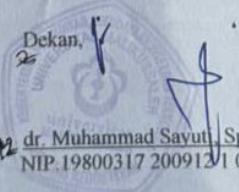
This ethical statement is valid for the period from July 21st, 2023 to July 21st, 2024

Lhokseumawe, 21 Juli 2023
 Komite Etik Penelitian Kesehatan
 Ketua,


 dr. Mawaddah Fitria, Sp. PD
 NIP. 197709152003122005

Lampiran 6. Surat izin penelitian

Surat izin RSIA Abby

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI UNIVERSITAS MALIKUSSALEH FAKULTASKEDOKTERAN Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe Email : fk@unimal.ac.id , dekan.fk@unimal.ac.id Laman : http://www.unimal.ac.id	
	<hr/>	
Nomor	: 1257/UN45.1.6/KM.01.00/2023	15 Juni 2023
Hal	: Permohonan Izin Pengambilan Data	
Yth,		
Bapak / Ibu		
Direktur Rumah Sakit Ibu Anak		
RSIA Abby		
di-		
Tempat		
<p>Sehubungan dengan telah terpenuhinya persyaratan pengajuan Proposal Penelitian bagi Mahasiswa Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Malikussaleh untuk Penyusunan Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon diberikan izin kepada;</p>		
Nama	: Andre Kesuma	
NIM	: 200610029	
Judul	: Gambaran kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.	
<p>untuk melakukan Pengambilan Data Awal / Pendukung proposal penelitian dimaksud, sesuai aturan yang berlaku.</p> <p>Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.</p>		
 Dekan, 		
dr. Muhammad Sayuti, Sp. B. Subsp. BD (K) NIP.19800317 200912 1 002		
Tembusan:		
1. Ketua Jurusan Kedokteran;		
2. Mahasiswa ybs.		

Surat izin RS PMI

 <p>UNIVERSITAS MALIKUSSALEH</p>	<p>KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI UNIVERSITAS MALIKUSSALEH FAKULTASKEDOKTERAN</p> <p>Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe Email : fk@unimal.ac.id, dekan.fk@unimal.ac.id Laman : http://www.unimal.ac.id</p>
	15 Juni 2023

Nomor : 1262/UN45.1.6/KM.01.00/2023
Hal : Permohonan Izin Pengambilan Data


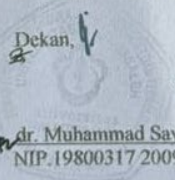
Yth,
Bapak / Ibu
Direktur Rumah Sakit Umum
PMI
di-
Tempat

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

Nama : Andre Kesuma
NIM : 200610029
Judul : Gambaran kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.


untuk melakukan Pengambilan Data Awal / Pendukung proposal penelitian dimaksud, sesuai aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.



 dr. Muhammad Sayuti, Sp. B, Subsp. BD (K)
 NIP.198003172009121002

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

Surat izin RS PT Arun

 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, dekan.fk@unimal.ac.id Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 1589/UN45.1.6/KM.01.00/2023 20 Juli 2023
Hal : Permohonan Izin Pengambilan Data



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

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

Nama : Andre Kesuma
NIM : 200610029
Judul : Gambaran kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.

untuk melakukan Pengambilan Data Awal / Pendukung proposal penelitian dimaksud, sesuai aturan yang berlaku.


Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.


Dekan,

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

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


Lampiran 7. Surat Selesai Penelitian

Surat selesai Penelitian RS PT Arun



RUMAH SAKIT ARUN LHOKSEUMAWE

Jln. Plaju Komplek Perumahan PT. Perta Arun Gae Batuphat Kec. Muara Satu - Kota Lhokseumawe 24353
Telp : 0645-8450, Hotline : 0853 6148 8636, IGD : 0852 6284 7925 Email : rsuarunhok@gmail.com,



UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
KARS

Nomor : 3042/RSAL/X/2023 Lhokseumawe, 02 November 2023
 Lampiran : -
 Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth.
 Dekan Unimal
 Fakultas Kedokteran
 Di -
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Surat Universitas Malikussaleh Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran Unimal No. 1589/UN45.1.6/KM.01.00/2023 tertanggal 20 Juli 2023 Perihal Permohonan Izin Pengambilan Data untuk Penyusunan Tugas Akhir/ Skripsi.



Terkait dengan hal tersebut, Rumah Sakit Arun Lhokseumawe menyampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan Izin Pengambilan Data selama tidak melanggar peraturan dan perundang-undangan yang berlaku kepada Mahasiswa tersebut di bawah ini

Nama : Andre Kesuma
 NIM : 200610029
 Judul : Gambaran Kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe


Setelah menyelesaikan Skripsi diharapkan dapat memberikan hasilnya 1 (satu) eksemplar kepada Rumah Sakit Arun Lhokseumawe.

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

Hormat kami,
 RS Arun Lhokseumawe



 drg. Halida
 Direktur

Surat selesai penelitian RSIA Abby


**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI**
UNIVERSITAS MALIKUSSALEH
FAKULTASKEDOKTERAN
 Jl. H. Meunasah Uteunkot – Cunda Kec. Muara Dua Kota Lhokseumawe
 Email : fk@unimal.ac.id, dekan.fk@unimal.ac.id Laman : <http://www.unimal.ac.id>

Nomor : 1257/UN45.1.6/KM.01.00/2023 15 Juni 2023
 Hal : Permohonan Izin Pengambilan Data

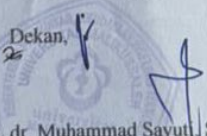
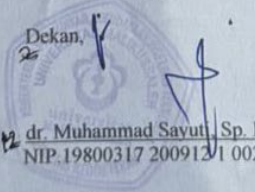
Yth,
 Bapak / Ibu
 Direktur Rumah Sakit Ibu Anak
 RSIA Abby
 di-
 Tempat

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

Nama : Andre Kesuma
 NIM : 200610029
 Judul : Gambaran kasus Plasenta Previa di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe.

untuk melakukan Pengambilan Data Awal / Pendukung proposal penelitian dimaksud, sesuai aturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.


 Dekan,

dr. Muhammad Savuti, Sp. B, Subsp. BD (K)
 NIP.19800317 200912 1 002

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

