

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan. Kehamilan terbagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 12 minggu, triwulan kedua dari 13 sampai 27 minggu dan trimester ketiga dari 28 sampai dengan 40 minggu (Walyani, 2021).

2. Perubahan-Perubahan Pada Ibu Hamil

a. Trimester Pertama

Pada trimester pertama, setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu hamil misalnya mual muntah, keletihan, dan pembesaran pada payudara.

b. Trimester Kedua

Di trimester ini ibu biasanya merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat dimulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif.

c. Trimester Ketiga

Perubahan pada trimester ketiga yaitu:

- 1) Ibu merasakan sakit punggung karena meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan.
- 2) Pernapasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernapas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu.

- 3) Sering buang air kecil, oembesaran rahim, dan penurunan bayi ke pintu atas panggul membuat tekanan pada kandung kemih ibu.
- 4) Kontraksi perut, bracton hicks kontraksi palsu berupa rasa sakit ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.
- 5) Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair (Walyani, 2021).

3. Patologi Plasenta Previa Pada Trimester III

a. Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostrium uteri internum. Sejalan dengan bertambahnya membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ibu berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi. Ostium uteri yang secara dinamik mendatar dan meluas dalam persalinan kala satu bisa mengubah luas pembukaan serviks yang tertutup oleh plasenta. Fenomena ini berpengaruh pada derajat atau klasifikasi dari plasenta previa ketika pemeriksaan dilakukan baik dalam masa antenatal maupun dalam masa intranatal, baik dengan ultrasofografi maupun pemeriksaan digital (Prawirohardjo, 2020)

b. Epidemiologi

Menurut WHO, insiden kematian ibu akibat perdarahan, terutama plasenta previa, adalah dari 0,8% hingga 1,2% untuk setiap kelahiran dan berkisar antara 15% hingga 20%. Di negara maju, prevalensi previa plasenta terhitung antara 0,26% hingga 2,00% dari semua kehamilan. Sementara menurut beberapa laporan, antara 72,4 dan 3,56% dari semua kehamilan di Indonesia ditemukan memiliki plasenta previa (Syafitri & Suwardi, 2020).

Di Indonesia, kasus tersebut menyumbang 15% dari semua kematian ibu, plasenta previa adalah salah satu penyebab paling umum. 0,3% kehamilan dipersulit dengan plasenta previa, yang mempengaruhi 1 dari 200 kelahiran (Ndomba et al., 2021). Di Indonesia, plasenta previa mempengaruhi 1 dari 200

kehamilan (Putri, 2019). Berdasarkan Laporan Riset Kesehatan Dasar Provinsi Lampung tahun 2018, proporsi plasenta previa di provinsi lampung sebesar 0,57% dari seluruh kehamilan (Balitbangkes, 2019).

c. Etiologi

Menurut beberapa peneliti belum diketahui dengan pasti apa penyebab dari blastokista yang berimplantasi pada rahim bagian bawah. Ada yang berpendapat bahwa bisa saja blastokista yang menempa desidua terjadi secara kebetulan tanpa latar belakang lain. Salah satu teori alternatif adalah bahwa sisa vaskularisasi dari proses inflamasi atau trombotik mungkin menjadi penyebabnya. Faktor-faktor yang meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa meliputi usia ibu lanjut, paritas tinggi, dan prosedur inflamasi seperti operasi caesar, histerektomi, dan histerektomi histeroskopi. Cacat bekas operasi sesar berkontribusi pada peningkatan kejadian plasenta previa sebanyak dua hingga tiga kali lipat. Prevalensi 8 plasenta previa dua kali lebih tinggi pada wanita perokok. Plasenta membesar dalam upaya untuk menebus hipoksemia yang disebabkan oleh karbon monoksida dari pembakaran rokok. Ostium uteri internum dapat sebagian atau seluruhnya ditutupi oleh plasenta yang telah tumbuh berlebihan, seperti dalam kasus kehamilan ganda dan eritroblastosis janin (Prawirohardjo, 2020).

d. Klasifikasi

Klasifikasi dari plasenta previa menurut Prawirohardjo 2020 :

- 1) Plasenta previa totalis atau komplit adalah keadaan dimana jalan lahir bayi tertutupi sepenuhnya oleh plasenta. Mengingat tingginya bahaya perdarahan, jelas bahwa kelahiran normal tidak mungkin dilakukan pada plasenta previa jenis ini.
- 2) Plasenta previa parsialis adalah keadaan dimana sebagian jalan lahir bayi tertutupi plasenta. Pada jenis ada kemungkinan besar terjadinya perdarahan, sehingga janin tidak dianjurkan untuk dilakukan persalinan pervaginam.
- 3) Plasenta previa marginalis adalah keadaan dimana tepi jalan lahir tertutupi oleh plasenta. Bagian pinggir dari plasenta adalah satu-satunya bagian yang menutupi jalan lahir, sehingga memungkinkan persalinan pervaginam tetapi ada risiko yang tetap besar untuk perdarahan.

4) Plasenta letak rendah, plasenta lateralis, atau kadang disebut juga dangerous plasenta yaitu Ketika tepi bawah plasenta menempel pada segmen bawah rahim sehingga berjarak sekitar 2 cm dari jalan lahir janin. Plasenta normal adalah yang jaraknya dengan jalan lahir janin dipisahkan lebih dari 2 cm. Meski masih ada sedikit bahaya pendarahan, jika dilakukan dengan hati-hati maka janin bisa dilahirkan secara pervaginam.

e. Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang sudah mencapai lebih dari 28 minggu, akan terjadi pelepasan tapak plasenta yang disebabkan oleh pembentukkan segmen bawah rahim. Hal ini dikatakan terjadi lebih awal jika terjadi sebelum trimester ketiga kehamilan, karena normalnya terjadi pada trimester ketiga. Pada awalnya bagian desidua basalis akan berkembang menjadi bagian uri, lalu akan terbentuk jaringan maternal yang akan berakhir menjadi tapak dari plasenta. Ketika terjadi pelebaran isthmus uterus yang akan membentuk rahim bagian bawah, maka akan terjadi laserasi pada plasenta karena terlepas dari tapaknya yaitu desidua. (Prawirohardjo, 2020).

Demikian pula akan terdapat bagian dari tapak plasenta yang terlepas ketika pendataran serviks (effacement) dan pembukaannya (dilatation). Dari ruang intervillus plasenta akan terjadi perdarahan. Akan terjadi unavoidable bleeding dikarenakan fenomena pembentukan segmen bawah rahim. Bagian bawah rahim dan serviks memiliki jumlah otot yang sangat minimal 10 sehingga tidak dapat berkontraksi dengan kuat dan pembuluh darah tidak akan tertutup dengan sempurna yang akan berakibat dengan perdarahan yang lebih mudah dan lebih banyak (Prawirohardjo, 2020). Perdarahan akan berlanjut lama dan banyak jika ada perlukaan pada sinus besar plasenta, jika tidak maka perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan. Laserasi baru akan menghasilkan episode perdarahan lain karena bagian bawah rahim akan terus berkembang secara progresif dan bertahap sehingga perdarahan akan terjadi kembali tanpa alasan lain (causeless). Pendarahan tersebut tidak menimbulkan rasa sakit dan berwarna merah segar (Prawirohardjo, 2020).

Karena segmen bawah rahim berkembang pertama kali di bagian terbawah, perdarahan akan terjadi pada plasenta yang menutupi seluruh jalan lahir

janin pada awal kehamilan. Sebaliknya, perdarahan baru terjadi ketika persalinan mendekati atau dimulai dalam kasus plasenta previa parsialis atau plasenta letak rendah. Pendarahan pertama biasanya sedikit, tetapi perdarahan selanjutnya akan terus mengalami peningkatan. Meskipun perdarahan pertama dapat dimulai lebih awal dari 30 minggu kehamilan, biasanya perdarahan lebih sering terjadi pada 34 minggu atau lebih. Hematoma retroplasental dapat melebar melukai lebih banyak jaringan serta melepaskan tromboplastin ke dalam sirkulasi ibu, oleh karena itu lebih mudah bagi darah untuk mengalir dari rahim ketika tempat perdarahan dan otium internum uterus berdekatan. Akibatnya, koagulopati sangat jarang terjadi (Prawirohardjo, 2020).

f. Gambaran Klinis

Pendarahan melalui vagina tanpa rasa sakit adalah tanda signifikan dari plasenta previa. Pendarahan biasanya baru terjadi pada usia kehamilan yang lebih dari 28 minggu. Pendarahan yang terjadi pertama kali tidak bertahan lama dan akan berhenti dengan sendirinya. Setelah beberapa waktu berlalu, perdarahan akan muncul kembali tanpa alasan yang jelas, dan akan terjadi perdarahan yang berulang dengan peningkatan volume darah pada setiap 11 pengulangannya. Pada plasenta letak rendah baru akan terjadi perdarahan dengan jumlah sedikit atau banyak di waktu persalinan dimulai. Karena rahim bagian bawah tidak dapat berkontraksi sekuat rahim bagian atas, maka dapat menyebabkan pendarahan yang memburuk. Akibatnya, perdarahan dapat berlanjut bahkan setelah melahirkan. Faktor lain yang berkontribusi terhadap peningkatan perdarahan adalah kerapuhan dan kerentanan serviks pada plasenta previa sehingga lebih mudah mengalami robekan (Prawirohardjo, 2020).

Pada saat dilakukan palpasi pada abdomen biasanya ditemui janin bagian bawahnya masih setinggi atas simfisis karena plasenta berada di bagian bawah, janin juga terletak dalam keadaan tidak memanjang. Ibu hamil tidak akan mengalami ketidaknyamanan saat dilakukan palpasi perut, dan perutnya tidak teraba tegang (Prawirohardjo, 2020).

g. Diagnosis

Cara mendiagnosis plasenta previa dapat dilakukan dengan menemukan gejala-gejala klinis dan melakukan pemeriksaan seperti berikut :

1) Gejala Klinis

Tanda dan gejala utamanya adalah pendarahan berulang, tanpa sebab, dan tanpa nyeri pada trimester ketiga kehamilan atau setelah 28 minggu kehamilan (Prawirohardjo, 2020).

2) Palpasi Abdomen

Pada pemeriksaan palpasi, fundus uteri seringkali terdeteksi rendah karena janin masih terlalu muda, dan kepala biasanya masih floating (Cunningham, et al 2022).

3) Pemeriksaan Inspekulo

Pemeriksaan inspekulo dilakukan dengan tujuan untuk menemukan sumber dari pendarahan, mengkonfirmasi apakah perdarahan bukan berasal dari jalan lahir atau dikarenakan perlukaan pada bagian cervix dan vagina

4) Penentuan letak plasenta secara tidak langsung

Pemeriksaan dengan menggunakan USG, radioisotop, dan radiografi. Namun, ibu dan janin dapat terpapar risiko radiasi selama pengujian radiografi dan radioisotop, oleh karena itu pendekatan ini tidak lagi digunakan. Karena USG tidak menimbulkan risiko radiasi atau ketidaknyamanan, diperkirakan bahwa pendekatan ini sangat ideal untuk menentukan letak plasenta (Cunningham, et al 2022).

5) Penentuan letak plasenta secara langsung

Pemeriksaan dengan car aini memiliki risiko tinggi untuk terjadi perdarahan serius. Perabaan forniks dibutuhkan untuk melakukan pemeriksaan dan harus dilakukan di meja operasi. Resistensi lunak yang jelas (pad) antara tepi depan janin dan jari-jari kita dimulai pada forniks posterior. Jari kemudian dengan hati-hati dimasukkan ke dalam OUI selama pemeriksaan melalui saluran serviks untuk merasakan jaringan plasenta (Prawirohardjo, 2020).

Perdarahan terkait kehamilan lanjut pada wanita hamil biasanya disebabkan oleh plasenta previa atau solusio plasenta. Untuk membedakan antara keduanya, gambaran klinik yang khas cukup membantu. Sementara pasien berbaring di meja operasi dalam posisi litotomi, dokter dengan hati-hati melakukan pemeriksaan mendalam (vaginal toucher) di lingkungan yang sangat disterilkan (DTT). Dokter akan menggunakan jari tengah dan dua jari telunjuknya

untuk menyentuh fornix posterior untuk menentukan apakah ada bantalan antara jari dan bagian bawah janin atau tidak. Untuk merasakan jaringan plasenta, lubang serviks didekati perlahan dengan jari. Setelah pembukaan penuh, jari-jari kemudian disesuaikan untuk menentukan derajat atau klasifikasi plasenta. Bahkan ketika pemeriksa berhati-hati, pemeriksaan ini tidak memastikan bahwa tidak ada kemungkinan untuk mengakibatkan pendarahan besar. Jika ada lebih banyak pendarahan, maka akan menghasilkan prognosis yang lebih buruk (Prawirohardjo, 2020).

Untuk mendagnosis secara pasti plasenta previa pada ibu hamil dapat dilakukan dengan usg transabdominal dan transvaginal. Saat melakukan usg transabdominal kandung kemih harus dalam keadaan kosong dengan begitu bisa didapatkan ketepatan sebesar 96-98%. Sedangkan usg transvaginal memiliki risiko besar untuk terjadi perdarahan, tetapi jika dilakukan dengan benar maka bisa didapatkan nilai ramal positif hingga 98% dan nilai ramal negatif 100% dalam mendiagnosis plasenta previa. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis plasenta previa adalah sonografi transperineal karena dapat mendeteksi OUI dan rahim bagian bawah. Kelainan plasenta juga dapat dideteksi menggunakan Magnetic Resonance Imaging (MRI) ((Prawirohardjo, 2020).

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien plasenta previa dapat dilakukan dengan 2 cara berbeda, yaitu secara konservatif dan aktif (Sukarni & Sudarti, 2016).

1) Konservatif

Tatalaksana konservatif dilakukan ketika kehamilan ibu kurang dari 37 minggu dengan perdarahan yang minimal atau bahkan tidak ada perdarahan yang ditandakan dengan normalnya kadar Hb pada pasien. Syarat lainnya adalah pasien bertempat tinggal disekitar rumah sakit sehingga rumah sakit dapat dicapai dalam waktu 1 menit. Perawatan konservatif yang dilakukan dapat berupa istirahat dan tirah baring, pada pasien yang mengalami anemia dapat diberikan obat hematinic dan spasmolitik, dapat juga diberikan antibiotik jika terdapat indikasi infeksi, dan melakukan monitoring dengan pemeriksaan ultrasonografi, pemeriksaan Hb, dan pemeriksaan hematokrit. Setelah dilakukan perawatan konservatif, mulailah mobilisasi bertahap jika tidak ada pendarahan selama tiga hari. Jika masih tidak

ada pendarahan, pasien dapat dipulangkan. Jika perdarahan terjadi, maka pasien harus dibawa kembali ke rumah sakit dan dilarang untuk bersenggama (Sukarni & Sudarti, 2016).

Penanganan Aktif Penanganan aktif dilakukan terlepas dari usia kehamilan ibu baik kurang atau lebih dari 37 minggu, atau kematian pada janin, perawatan aktif diperlukan ketika perdarahan terjadi secara signifikan dan dengan volume yang banyak. Persalinan pervaginam dan perabdominal adalah bentuk dari perawatan aktif. Sebelum melakukan persalinan maka pasien akan dilakukan pemeriksaan di meja operasi. Jika saat melakukan pemeriksaan ditemukan plasenta marginalis dan letak rendah, maka perlu diperhatikan bagaimana keadaan dari janin dan serviks. Jika terdapat kematian pada janin dan kondisi serviks yang sudah matang, kepala janin mencapai PAP, dan ada sedikit atau tidak ada pendarahan, amniotomi harus segera dilakukan. Jika tidak berhasil, tetesan oksitosin harus diterapkan pada partus pervaginam (sesuai dengan prosedur penghentian kehamilan). Lakukan operasi sesaria jika terdapat banyak pendarahan. Dalam melakukan operasi sesar maka harus ditemukan indikasi berupa plasenta previa totalis, perdarahan banyak yang tidak berhenti, presentase janin yang tidak normal, panggul ibu sempit, serviks dalam keadaan belum matang, dan gawat janin (Sukarni & Sudarti, 2016).

Menurut Prawirohardjo (2020), tatalaksana untuk menyelesaikan persalinan pada kehamilan dengan plasenta previa dapat dilakukan dengan cara-cara berikut, yaitu :

1) Seksio Sesaria

Seksio sesaria dilakukan dengan tujuan untuk segera melahirkan janin sehingga kontraksi uterus dapat berlangsung yang akan memberhentikan perdarahan dan menghindari risiko terjadinya robekan pada serviks uteri. Ketika melakukan seksio sesaria, prinsip utama yang diterapkan adalah prosedur dilakukan untuk menyelamatkan ibu, sehingga tindakan akan tetap dilakukan walaupun janin meninggal ataupun tidak memiliki harapan untuk hidup.

Perbedaan vaskularitas dan susunan serat otot dengan korpus uterus, akan menyebabkan perdarahan yang bersumber dari tempat plasenta berimplentasi. Adanya perbedaan vaskularisasi yang signifikan, membuat serviks uterus dan

penipisan segmen bawah rahim yang mudah robek. Agar kondisi ibu stabil dan pulih, ketikan melakukan prosedur perlu disiapkan darah pengganti. Memberikan perawatan pasca operasi lanjutan termasuk mengawasi keseimbangan cairan, infeksi, dan perdarahan juga perlu dilakukan setelah prosedur operasi selesai.

2) Melahirkan Pervaginam

Penekanan pada plasenta dapat membantu menghentikan perdarahan saat melahirkan, yaitu :

a) Amniotomi dan akselerasi

Hal ini biasanya dilakukan pada pasien dengan plasenta previa jenis lateralis ataupun marginalis, ketika sudah muncul presentasi kepala dari janin serta pembukaan >3 cm. Plasenta akan mengikuti bagian bawah rahim ketika kepala janin memecahkan dan mengkompresi kantung ketuban. Jika kontraksi rahim belum dimulai atau masih lemah, injeksi oksitosin dapat membantu memulai kontraksi.

b) Versi braxton hicks

Penekanan ini dilakukan bertujuan untuk memberikan efek tamponade pada plasenta yang dilakukakan oleh janin dengan bagian bokong dan kakinya. Penekanan dengan cara ini dilakukan pada janin yang sudah meninggal, jika janin masih hidup maka braxton hicks tidak dapat dilakukan.

i. Komplikasi

Menurut Prawirohardjo (2020) sejumlah komplikasi utama mungkin timbul pada wanita hamil yang mengalami plasenta previa, meliputi :

- 1) Ketika segmen rahim terbentuk, plasenta akan terlepas dari titik perlekatannya di rahim berulang kali, sehingga perdarahan berulang tidak dapat dicegah. Hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya komplikasi berupa anemia bahkan syok hipovolemik.
- 2) Fakta bahwa plasenta terletak di bagian bawah rahim dan bahwa bagian khusus ini memudahkan trofoblas memasuki miometrium dan mungkin perimetrium, di mana ia dapat menumbuhkan plasenta inkreta dan mungkin perkreta. Retensi plasenta dimungkinkan walaupun tidak semua permukaan plasenta terkena akreta atau inkreta, dan di bagian plasenta yang telah terlepas perdarahan akan muncul dalam kurung waktu 3 hari.

- 3) Potensi robeknya daerah bawah rahim, yang sehat dan akan pembuluh darah, berkontribusi terhadap perdarahan besar yang dihasilkan daerah tersebut. Oleh karena itu, kehati-hatian harus digunakan ketika melakukan tugas manual di area ini, seperti mengeluarkan anak melalui sayatan rahim pada segmen bawah atau secara manual menghilangkan plasenta selama retensi plasenta. Histerektomi total dapat dilakukan dalam situasi yang sangat serius seperti ini jika perdarahan berlebihan dari salah satu penyebabnya tidak dapat dikontrol dengan prosedur yang lebih sederhana.
- 4) Pada ibu hamil dengan kondisi ini sering ditemukan kelainan letak anak, sehingga terpaksa lebih sering diambil tindakan operasi.
- 5) Pada kehamilan belum aterm, tindakan terminasi kehamilan biasanya terpaksa untuk dilakukan sehingga komplikasi berupa kelahiran premature dan gawat janin sering tidak dapat dihindari.
- 6) Pasien yang memiliki plasenta previa memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami masa pengobatan yang lebih lama dan kejadian berisiko tinggi, termasuk seperti solusio plasenta, operasi, kelainan letak janin, perdarahan pasca persalinan, ibu akibat perdarahan, dan koagulasi intravaskular diseminata (DIC).

4. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Plasenta Previa

a. Usia

Usia adalah ukuran berapa lama suatu benda atau makhluk telah ada, baik dalam keadaan hidup ataupun mati. Usia seseorang ditentukan sejak saat kelahirannya sampai usia tersebut diukur (Jannah & Yacob, 2017). Menurut catatan medis, usia seorang ibu adalah periode waktu dari saat kelahirannya hingga saat ini. Karena proses tumbuh dan berkembangnya organ reproduksi itu sendiri, usia ibu memiliki dampak yang signifikan pada reproduksi. Usia ibu mungkin berdampak pada kesehatannya atau prosedur persalinan dan persalinan itu sendiri. Karena sistem reproduksi berfungsi paling baik antara usia 20 dan 35, ini adalah waktu terbaik untuk melahirkan. Masalah kehamilan lebih mungkin terjadi pada wanita yang hamil ketika mereka terlalu muda (lebih muda dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 35 tahun) (Prawirohardjo, 2020).

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

Kehamilan yang dimulai sebelum usia 20 tahun menuntut dilakukannya perawatan terbaik. Komplikasi kehamilan lebih sering terjadi pada usia tersebut daripada pada usia reproduksi yang sehat. Wanita di bawah usia 20 tahun memiliki sistem reproduksi seperti rahim yang belum siap untuk mempertahankan hasil pembuahan dan perkembangan janin, yang merupakan salah satu hal yang mempengaruhi kehamilannya. Wanita pada usia ini juga belum berkembang secara kognitif dan cukup dewasa. Karena kurangnya pendidikan dan adanya rasa malu mereka untuk mengunjungi fasilitas medis, wanita muda biasanya memiliki keterampilan perawatan pranatal yang buruk. Terkadang masalah psikologis 18 muncul diakibatkan oleh persiapan mental dan psikologis yang tidak memadai untuk menjadi orang tua. Risiko yang lebih tinggi dari masalah persalinan atau komplikasi kebidanan, seperti aborsi yang tidak kompeten, toksemia, eklampsia, solusio plasenta, inersia uterus, perdarahan postpartum, persalinan terhenti, BBLR, dan kematian pada janin, berkembang sebagai hasilnya (Nabila &, Tri Kesumadewi, 2022).

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

preeklampsia. Ini berbeda dengan wanita muda yang hamil (Novia Aprilianawati, 2022)

b. Paritas

Paritas adalah jumlah total kelahiran hidup dan mati yang dialami seorang ibu. Usia kehamilan ≥ 24 minggu dapat digunakan tanpa adanya informasi tentang berat badan bayi. Evaluasi riwayat kebidanan, terutama paritas, digunakan untuk melihat berapa banyak kehamilan dan persalinan sebelumnya yang mungkin bisa berdampak pada kehamilan saat ini. Untuk memprediksi keadaan dan risiko kehamilan saat ini, riwayat obstetri sebelumnya juga digunakan untuk menggambarkan kehamilan dan persalinan yang dialami oleh ibu sebelumnya (Kurniawan & Melaniani, 2019).

Paritas dapat dibagi menjadi 4, diantaranya yaitu Nullipara, Primipara, Multipara, dan Grandemultipara. Secara berurutan, Nullipara merupakan sebutan yang diberikan pada wanita yang belum pernah hamil atau melahirkan bayi yang hidup diluar rahim. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan bayi yang dapat hidup di luar rahim. Multipara adalah wanita yang telah mengalami kehamilan dan melahirkan bayi minimal dua kali atau lebih. Sedangkan Grandemultipara adalah sebutan untuk yang telah melahirkan bayi yang hidup di luar rahim minimal 5 kali atau bahkan lebih. Grandemultipara dianggap sebagai bagian dari golongan yang memiliki kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi dan persalinan yang sulit (Kurniawan & Melaniani, 2019).

Sedangkan Prawirohardjo (2020) hanya membagi paritas menjadi 3 golongan yaitu primipara, multipara, dan grandemultipara. Dengan primipara sebagai wanita yang telah melahirkan seorang anak yang hidup di luar rahim hanya 1 kali, multipara sebagai wanita yang telah melahirkan anak diluar rahim lebih dari 1 kali, dan grandemultipara sebagai wanita yang telah melahirkan bayi yang hidup di luar rahim sebanyak 5 atau lebih.

Faktor – faktor yang mempengaruhi paritas adalah sebagai berikut :

1) Pendidikan Ibu

Dalam konteks pendidikan, "pendidikan umum" mengacu pada semua upaya yang dilakukan untuk membujuk orang lain, baik sebagai individu atau sebagai kelompok dari populasi umum, untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. oleh mereka yang aktif bergerak di bidang pendidikan. Tingkat pendidikan individu memiliki pengaruh yang signifikan terhadap cara mereka mendekati proses pengambilan keputusan dan pencarian solusi dalam kehidupan

sehari-hari mereka. Sesuai dengan ini, ibu yang memiliki Pendidikan tinggi akan merasa lebih mudah untuk menerima informasi, meningkatkan kapasitas mereka untuk berpikir secara rasional. Seorang ibu yang cerdas secara rasional akan menyimpulkan bahwa dua anak adalah pilihan yang lebih baik (Sakinah et al., 2022).

2) Pengetahuan Ibu

Pengetahuan sangat penting untuk pembentukan kualitas karakter seseorang, Ketika ibu menempuh pendidikan dengan tingkat yang lebih tinggi, mereka memiliki pemahaman yang lebih banyak mengenai apa yang membuat ukuran keluarga yang sehat, dan mereka bertindak dengan tepat saat merencanakan keluarga mereka (Prawirohardjo, 2020).

3) Pekerjaan dan Keadaan Ekonomi

Pekerjaan adalah representasi dari kedudukan sosial seseorang. Bekerja adalah cara untuk melewati kesenjangan keuangan dan mendapatkan perawatan kesehatan yang dibutuhkan serta hal-hal penting lainnya dalam hidup. Para ibu didorong untuk memiliki lebih banyak anak ketika ekonomi kuat karena orangtua akan merasa mampu untuk menyediakan kebutuhan secara finansial (Prawirohardjo, 2020).

4) Latar belakang budaya

Tanpa disadari, budaya telah mempengaruhi pendapat masyarakat mengenai banyak hal. Keyakinan bahwa akan ada lebih banyak rezeki yang didapatkan dengan semakin banyak anak adalah salah satu aspek latar belakang budaya yang mungkin berdampak pada paritas (Prawirohardjo, 2020).

Paritas adalah salah satu faktor terjadinya perdarahan pada kehamilan. Ibu dengan paritas rendah (paritas ≤ 1) dapat menimbulkan ibu tidak siap untuk kehamilan dan masalah apa pun yang mungkin timbul ada kehamilannya. Tetapi pada ibu yang lebih sering mengalami kehamilan dan persalinan (paritas > 1), rahim mungkin akan melemah, sehingga meningkatkan risiko dan masalah pada kehamilan (Rodiani dan Setiawan, 2019)

c. Riwayat Seksio Sesaria

Riwayat operasi sesar sebelumnya selama persalinan adalah risiko lain yang dapat berkontribusi pada terjadinya plasenta previa. Karena kelainan endometrium pada bekas luka bedah, kelahiran dengan operasi sesar meningkatkan tiga kali lipat kemungkinan terjadinya plasenta previa

dibandingkan dengan kelahiran pervaginam, melahirkan melalui operasi sesar melibatkan sayatan dinding rahim untuk melahirkan janin. Sayatan ini dapat menyebabkan jaringan parut pada rahim, yang juga akan menyebabkan peningkatan pada risiko plasenta previa. Riwayat seksio sesaria juga terbukti mengalami peningkatan risiko terjadinya plasenta previa sebesar 40%. Hal ini berkaitan dengan adanya perbedaan respon yang berbeda terhadap bekas luka dari operasi, keadaan tersebut berdampak pada pertumbuhan dan kemampuan desidua untuk menampung dan memodulasi infiltrasi trofoblas. Hal ini terbukti dari penelitian melalui ultrasound abdominal yang memberikan kesan bahwa ketebalan dinding uterus wanita dengan riwayat seksio sesaria lebih tipis daripada wanita dengan persalinan pervaginam (Suryawinata dan Islamy, 2019).

Sayatan dinding rahim yang dibuat selama operasi operasi caesar dapat menyebabkan perubahan atrofi pada desidua dan penurunan vaskularisasi uterus. Kedua kondisi ini, serta riwayat operasi sebelumnya, seperti kuretase, dan manual plasenta, dapat mengakibatkan aliran darah yang tidak mencukupi ke janin, menyebabkan plasenta mencari lokasi yang lebih lebar, dan menyebabkan endometrium, yang masih dalam kondisi baik, untuk ditanamkan, khususnya di bagian bawah dari rahim sehingga akan menyebabkan tertutupinya semua atau sebagian dari ostium uteri internum (Prawirohardjo, 2020).

Wanita yang melahirkan melalui vagina selama kehamilan pertama dan kedua memiliki risiko lebih rendah terkena plasenta previa selama kehamilan ketiga, karena peningkatan jumlah aliran darah ke rahim selama kehamilan tersebut. Dihipotesiskan bahwa insiden plasenta previa yang meningkat setelah operasi caesar disebabkan oleh perubahan patologis pada miometrium dan endometrium pada lapisan rahim. Jika prosedur berskala besar akhirnya membutuhkan implan plasenta dengan ukuran yang lebih kecil, bahaya previa akan meningkat (Cunningham, 2022)

d. Riwayat Kuretase

Kecacatan endometrium, dikarenakan riwayat persalinan dengan jarak pendek yang berulang, bekas operasi bedah seperti kuretase atau manual plasenta, perubahan endometrium pada mioma, atau polip merupakan faktor-faktor risiko plasenta previa. Kuretase adalah berbagai prosedur melepaskan jaringan yang menempel pada dinding rahim yang dilakukan dengan menggunakan teknik pengikisan sistemik setelah instrumen (sendok kuret) dimasukkan ke dalam rongga rahim dan dipindah-pindahkan (Prawirohardjo, 2020). Kuretase tersebut

dapat 26 mengakibatkan masalah endometrium. Selain kondisi endometrium yang buruk yang menyebabkan plasenta tumbuh luas untuk memenuhi kebutuhan janin, prosedur bedah seperti aspirasi vakum, dilatasi, dan kuretase yang tajam meningkatkan kemungkinan dinding endometrium mengalami adhesi sehingga berakibat menghambat pertumbuhan endometrium pada kehamilan selanjutnya. Plasenta juga tumbuh secara luas dan mendekati atau menutupi jalan lahir bayi. Zigot akan mencari lokasi implantasi yang cocok seperti ostium uteri internum sebagai akibat dari keadaan endometrium yang kurang baik (Windiany & Musdalifa, 2020).

Intervensi medis langsung seperti kuretase dapat berdampak pada rahim. Operasi ini memiliki sejumlah potensi efek samping, termasuk perdarahan, perforasi uterus, infeksi, dan robekan pada uterus. Jaringan parut yang terbentuk sebagai akibat dari robekan rahim meningkatkan kemungkinan plasenta previa pada kehamilan berikutnya dengan menyebabkan plasenta berkembang pada bagian bawah daripada bagian superior rahim (Hartuti, 2018).

Berdasarkan penelitian oleh Sari dan Budianto (2021) di RSUD Kota Prabumulih, nilai p sebesar 0,000 menunjukkan adanya hubungan yang sangat kuat antara riwayat kuretase dengan kejadian previa, dan nilai p sebesar 0,05 menunjukkan adanya hubungan yang substansial antara kedua variabel tersebut.

e. Tumor

Mioma uterus dan polip endometrium, yang sering tumbuh pada fundus uterus, dapat menyebabkan plasenta previa. Akibatnya, selama kehamilan, plasenta akan mencari lokasi di mana ia masih dapat berimplantasi, terutama di bagian bawah rahim sehingga menutupi OUI sebagai jalan lahir dari janin. Plasenta juga dapat dikompresi oleh tumor rahim yang membesar, yang dapat menyebabkannya bergerak dan menutupi ostium uteri internum (Trianingsih et al, 2015).

Otot polos rahim berfungsi sebagai komponen struktural utama mioma uterus, tumor jinak. Risiko penyakit mioma uterus selama kehamilan dapat mengakibatkan anomali pada posisi plasenta karena mioma dapat berkembang pada dinding dalam atau luar rahim di otot rahim. Endometrium yang cacat merupakan salah satu penyebab plasenta previa, dan mioma uterus merupakan salah satu penyakit yang dapat melumpuhkan endometrium (Sari dan Budianto, 2021).

Berdasarkan penelitian oleh Sari dan Budianto (2021) di RSUD Prabumulih, diperoleh hasil p value = 0,000 dengan uji statistik Chi-Square, didapatkan adanya hubungan antara tumor dan plasenta previa yang secara statistik dinilai signifikan. P value yang bernilai $\leq 0,05$ ini menunjukkan bahwa tumor dan plasenta previa berhubungan signifikan dari segi statistik.

B. Hubungan Paritas dan Usia Ibu dengan Kejadian Plasenta Previa

1. Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa

Karena penurunan vaskularisasi dan adanya perubahan atrofi dalam desidua yang disebabkan oleh kelahiran sebelumnya, ibu dengan paritas tinggi lebih mungkin mengalami plasenta previa. Karena tidak ada cukup suplai darah ke plasenta, maka plasenta akan membesar dan akan menutupi ostium uteri internum atau jalan lahir bagi bayi. Normalnya, plasenta akan menempel pada bagian corvus uterus, tetapi pada kehamilan selanjutnya daerah tersebut akan mengalami penurunan fungsi. Hal ini terjadi sebagai akibat dari degenerasi bekas luka dari implantasi plasenta sebelumnya, yang menyebabkan plasenta akan berimplantasi pada tempat yang lebih subur pada kehamilan selanjutnya (Yanti et al., 2022). Dalam buku obstetri patologi (1981) dikatakan plasenta previa terjadi bila keadaan endometrium kurang baik misalnya karena atrofi endometrium, keadaan ini terdapat pada multipara terutama bila jarak antara kehamilan sebelumnya pendek.

Ibu yang sudah mengalami kehamilan lebih dari satu kali memiliki kemungkinan risiko lebih besar akan mengalami plasenta previa karena plasenta akan mencari lokasi yang paling subur untuk berimplantasi. Lokasi yang paling layak untuk implantasi plasenta adalah bagian fundus, tetapi ketika frekuensi kehamilan meningkat, kesuburan fundus akan menurun, memaksa plasenta untuk mencari lokasi implantasi alternatif lain seperti pada bagian bawah rahim (Sakinah et al., 2022).

Karena plasenta akan mencari lokasi paling subur untuk berimplantasi selama kehamilan, paritas lebih dari satu akan meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa. Menurut Cunningham. dkk, (2005) yang mengatakan bahwa multiparitas berkaitan dengan plasenta previa. Tempat yang paling subur untuk diimplentasi oleh plasenta adalah bagian fundus selama kehamilan pertama,

tetapi ketika jumlah kehamilan meningkat, kesuburan fundus akan mengalami penurunan (Dewi, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Runiari, et al (2012) diketahui bahwa usia (p value = 0,003) berhubungan dengan kejadian plasenta previa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Metti (2016) bahwa usia berhubungan dengan kejadian plasenta previa (p value = 0,0026) berhubungan dengan kejadian plasenta previa.

2. Hubungan Usia dengan Kejadian Plasenta Previa

Usia ibu pada saat kehamilan merupakan salah satu variabel risiko yang dapat berkontribusi terhadap peningkatan risiko kejadian plasenta previa. Karena pembentukan endometrium belum subur, wanita hamil di bawah usia 20 tahun lebih mungkin mengembangkan plasenta previa. Ibu hamil dengan usia 35 tahun keatas mungkin mengalami hal yang sama karena perkembangan endometrium sudah mengalami penurunan. Karena kelainan endometrium yang kurang subur tersebut akan menghambat aliran darah ke endometrium, wanita hamil di atas 35 tahun lebih mungkin mengalami plasenta previa (Cunningham *et al.*, 2022)

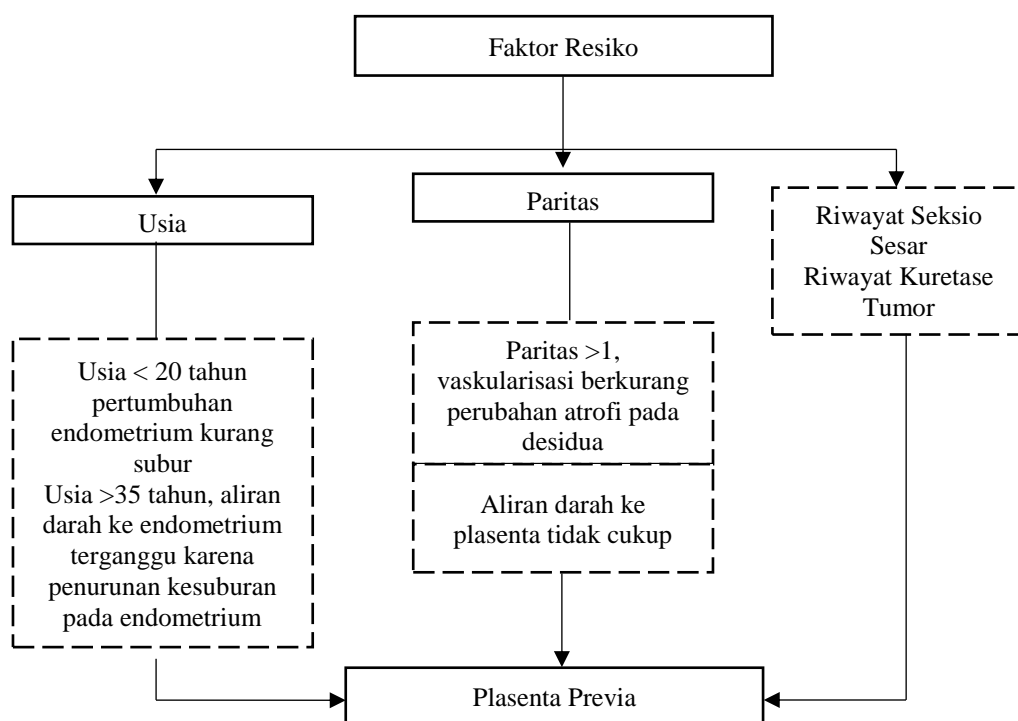
Usia adalah salah satu indikator demografis yang dapat digunakan untuk pengukuran absolut atau sejumlah penanda psikologis ketika digunakan dalam kapasitas ini. Usia seorang perempuan atau laki-laki sangat penting karena mempengaruhi prognosis serta kemungkinan meninggal dunia (Notoatmodjo, 2018).

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

preeklampsia. Ini berbeda dengan wanita muda yang hamil (Fratidina *et al.*, 2022).

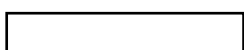
Penelitian yang dilakukan oleh Runiari, et al (2012) diketahui bahwa usia (p value = 0,000) berhubungan dengan kejadian plasenta previa. Hasil penelitian ini sejalandengan penelitian Metti (2016) bahwa usia berhubungan dengan kejadian plasenta previa (p value = 0,0018) berhubungan dengan kejadian plasenta previa.

C. Kerangka Teori

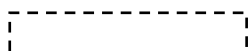


Sumber : (Manuaba, 2009), (Prawirohadrjo, 2020), Cuningham, 2022)

Keterangan :



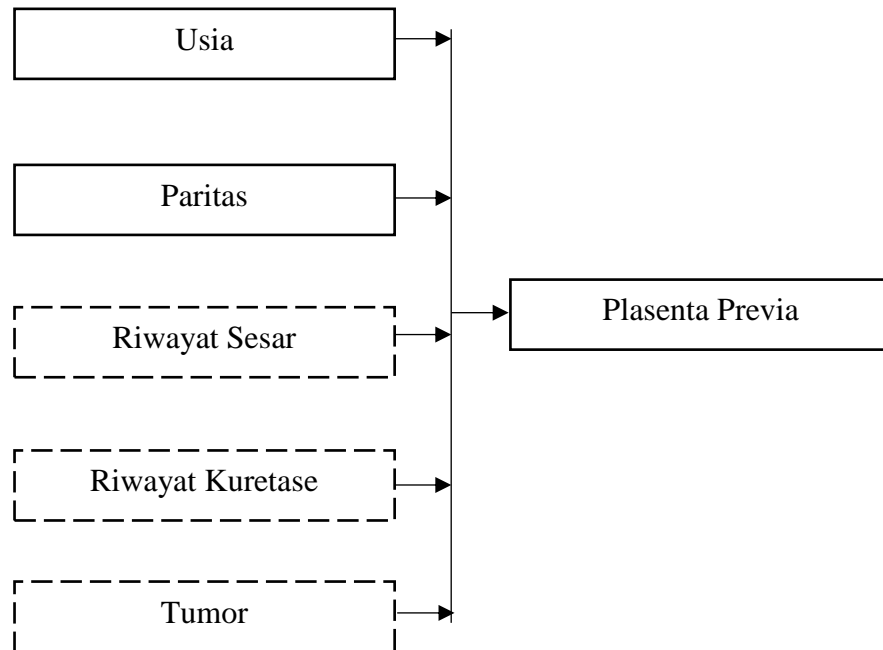
: Variabel yang diteliti



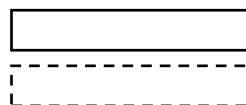
: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Keterangan :



: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas (Independent Variable)

Variabel bebas berupa usia dan paritas ibu.

2. Variabel Terikat (Dependent Variable)

Variabel terikat berupa kejadian plasenta previa

F. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah penelitian atau dapat juga diartikan sebagai jawaban teoritis pada rumusan masalah dari penelitian (Sugiyono, 2018).

Ha₁ : Terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian plasenta previa di RSUD Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2019-2023

Ha₂ : Terdapat hubungan antara usia dengan kejadian plasenta previa di RSUD Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2019-2023

G. Definisi Operasional

Tabel 2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Plasenta Previa	Implantasi plasenta pada segmen perut bagian bawah menutupi seluruh atau sebagian ostium dalam rahim atau jalan lahir dan mempersulit lahirnya bayi	Studi Dokumentasi	Lembar Observasi, Data Rekam Medis	0. Plasenta previa 1. Bukan plasenta previa	Ordinal
2.	Usia	Lamanya seseorang hidup yaitu sejak lahir sampai yang tercatat pada rekam medik	Studi Dokumentasi	Lembar Observasi, Data Rekam Medis	0. Berisiko < 20 tahun dan > 35 tahun 1. Tidak berisiko = 20-35 tahun	Ordinal
3.	Paritas	Jumlah total persalinan yang ibu miliki, termasuk bayi hidup ataupun bayi mati	Studi Dokumentasi	Lembar Observasi, Data Rekam Medis	0. Berisiko Tinggi (multipara = >1) 1. Berisiko Rendah (primipara = 1)	Ordinal