

**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN
PLASENTA PREVIA DI RUMAH SAKIT
MUHAMMADIYAH PALEMBANG
PERIODE JANUARI-
DESEMBER 2014**

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

SHINDINA FIRLI GLAUDIA

NIM: 70 2012 061



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

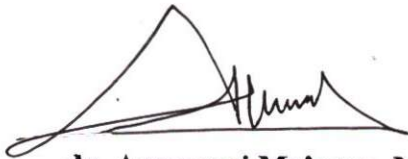
**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN PLASENTA
PREVIA DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG PERIODE JANUARI-
DESEMBER 2014**

Dipersiapkan dan disusun oleh :
SHINDINA FIRLI GLAUDIA
NIM: 70 2012 061

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 12 Febuari 2017

Menyetujui :



dr. Asmarani Ma'mun, M. Kes
Pembimbing Pertama



dr. Milla Fadilya Bustan
Pembimbing Kedua

**Dekan
Fakultas Kedokteran**



dr. H. M. Ali Muchtar, M.Sc
NBM/NIDN. 1062484 / 0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa :

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian dari Penulis, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademik atau sanksi lainnya dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi apabila terdapat pelanggaran.

Palembang, Febuari 2017

Yang membuat pernyataan.



(Shindina Firlia Glaudia)

NIM: 702012061

Dengan rasa bangga dan bahagia saya khuturkan rasa syukur saya kepada:

1. Allah SWT, karena hanya atas izin dan karunianya maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada Allah penguasa alam yang meridhoidan mengabulkan segala doa.
2. Papa dan Mama saya yang tersayang dan tercinta, yang telah memberikan dukungan moril maupun materi serta doa yang tiada hentinya untuk kesuksesan saya, karena tiada kata seindah lantunan doa dan tiada doa yang paling khusuk selain doa yang terucap dari orang tua.
3. Bapak/ Ibu dosen, dr. Asmarani Ma'mun, dr. Milla Fadilya Bustan dan dr. Iskandar yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak Bapak/Ibu dosen, jasa kalian akan selalu saya ingat.
4. Ketiga adikku Rahmat Buntaro Renaldi, Buncevin Rivano Rahman, Quinsa Aqila Ailina Vicen terima kasih karena kalian selalu mendukung dan mendoakan, tetap berusaha menjadi apa yang bisa membuat mama dan papa bangga.
5. Untuk Sahabat dan keluarga ke 2 ku Rani, Triyanti, Rukmana, arti, tiya, ka ragil serta sahabat gunggung, Jawara Ujian. Yang selalu memberikan saya semangat, dan motivasi yang positif sehingga saya bisa mengerjakan skripsi saya samapai selesai.
6. Untuk yang terkasih dan tercinta Hani Suprastowo terimakasih sudah banyak memberikan semangat, dan selalu sabar menghadapi monster seperti saya. Love you dear !!!
7. Untuk teman- teman seperjuangan DUO DECIM semangaaat untuk kita semua !!!

Motto :

Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan doa, karena sesungguhnya nasib manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha.

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2017
SHINDINA FIRLI GLAUDIA**

**HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN PLASENTA PREVIA DI
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH PALEMBANG PERIODE JANUARI
2014-DESEMBER 2014**

xi + 72 halaman + 5 tabel

ABSTRAK

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi tidak normal sehingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum. Faktor yang mempengaruhi terjadinya plasenta previa salah satunya adalah status paritas ibu. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014- Desember 2014. Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dan menggunakan rancangan *cross sectional inferensial*. Besar sampel yang diambil 158 yang terdiri dari 68 penderita plasenta previa dan 90 bukan penderita plasenta previa. Pengambilan sampel dilakukan dengan *simple random sampling* Pengambilan data menggunakan instrumen rekam medik dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai *matching*. Kemudian data dianalisa secara univariat dan bivariat dengan menggunakan *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 42.4 % (68 ibu) penderita plasenta previa. Setelah dilakukan pengolahan data secara statistik didapatkan hubungan paritas ibu dengan plasenta previa ($p = 0,000$; $PR = 26.181$). Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara paritas ibu dengan plasenta previa, serta ibu dengan paritas tinggi merupakan faktor resiko 26 kali untuk terjadinya plasenta previa.

Kata kunci: Paritas, Plasenta Previa, Faktor Resiko Plasenta Previa

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
MEDICAL FACULTY**

**ESSAY, JANUARY 2017
SHINDINA FIRLI GLAUDIA**

The Relationship of Parity with Placenta Previa Incidence in Muhammadiyah Hospital Palembang Period January 2014-December 2014

xi + 72 pages + 5 tables

ABSTRACT

Placenta previa is abnormal placental implantation so that it covers all or part of the internal os. One of the factors that influence the occurrence of placenta previa is the parity status of the mother. This research aims to determine the relationship of parity with the incidence of placenta previa in Muhammadiyah Hospital Palembang on the period January 2014- December 2014. This research was observational and analytical research using cross sectional inferential design. The number of samples taken 158 consisting of 68 patients with placenta previa and 90 patients non sufferers. Sampling was done using simple random sampling. Retrieving data using medical record instrument with inclusion and exclusion criteria as a matching. Then the data were analyzed using univariate and bivariate by using chi-square. The results showed that 17.2% (68 mothers) patients with placenta previa. After processing statistical data obtained maternal parity relationship with placenta previa ($p = 0.000$; $PR = 26.181$). Based on these results, it can be concluded that there was a significant relationship between mother parity with placenta previa, as well as mothers with high parity is a risk factor 26 times for the occurrence of placenta previa.

Keyword: Parity, Placenta Previa, Risk Factor of Placenta Previa

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul **“Hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014- Desember 2014”** sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, Nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya sampai akhir zaman.

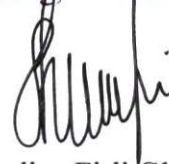
Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberi kehidupan dengan sejujnya keimanan.
2. Rektor dan staf Fakultas kedokteran Muhammadiyah Palembang
3. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.
4. dr. Asmarani Ma'mun, M. Kes selaku pembimbing I
5. dr. Milla Fadilya Bustan selaku pembimbing II
6. dr. H. Iskandar Z.A,DTM & H,APK,M.Kes,SP.Par.K selaku penguji
7. Kepala Rekam Medis Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT.

Palembang, Februari 2017



Shindina Firli Glaudia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	4
1.5 Keaslian Penelitian.....	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	
2.1.1 Paritas	8
2.1.2 Plasenta Previa.....	11
2.1.3 Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa	25
2.2 Kerangka Teori.....	26
2.3 Hipotesis.....	27
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian.....	28
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	
3.2.1 Waktu Penelitian.....	28
3.2.2 Tempat Penelitian.....	28
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	
3.3.1 Populasi.....	28
3.3.2 Sampel, Besar Sampel dan Sampel minimal.....	28
3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	30
3.3.4 Cara Pengambilan Sampel.....	30
3.4 Variabel Penelitian	
3.4.1 Variabel Bebas (<i>Independent Variable</i>).....	30

3.4.2 Variabel Terikat (<i>Dependent Variable</i>).....	30
3.5 Definisi Operasional.....	30
3.6 Cara Kerja/cara pengumpulan data	32
3.7 Cara Pengolahan Analisis Data	
3.7.1 Tahapan Pengolahan Data.....	32
3.7.2 Analisis Data.....	32
3.8 Alur Penelitian.....	34
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	
4.1.1 Analisis Univariat.....	35
4.1.2 Analisis Bivariat.....	37
4.2 Pembahasan	
4.2.1 Analisis Univariat.....	38
4.2.2 Analisis Bivariat.....	38
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	40
5.2 Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA	42
LAMPIRAN.....	44

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
1.1	Keaslian Penelitian.....	5
4.1	Jumlah Kasus Obgyn di RS. Muhammadiyah.....	34
4.2	Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Kelompok Paritas.....	35
4.3	Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Kelompok Plasenta previa.....	35
4.4	Tabel 2x2.....	36
4.5	Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Hasil Penelitian.....	43
2. Hasil Analisis Data.....	52
3. Surat-surat Penelitian.....	55
4. Lembar Aktvitas Bimbingan Skripsi.....	56
5. Biodata.....	57

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kematian maternal (*maternal mortality*) hingga saat ini masih menjadi tolak ukur untuk menilai baik dan buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah. Menurut definisi WHO “kematian maternal adalah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan”. Angka kematian ibu (AKI) adalah jumlah kematian maternal diperhitungkan terdapat 1.000 atau 10.000 kelahiran hidup, kini di beberapa Negara malahan terhadap 100.000 kelahiran hidup (Prawirohardjo, 2010). AKI Indonesia pada tahun 1991 dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Angka kematian ibu menurun, namun perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai target MDG sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. AKI Kota Palembang adalah 317 per 100.000 kelahiran, lebih rendah dari AKI provinsi sumsel sebesar 467 per 100.000 kelahiran (Dinkes Kota Palembang, 2010).

Penyebab kematian maternal adalah perdarahan obstetrik (24,8%), infeksi (14,9%), eklampsia (12,9%), partus tidak maju/ distosia (6,9%), abortus yang tidak aman (12,9%) dan sebab-sebab langsung lain (7,9%) (Chalik, 2010). Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu tertinggi terdiri atas perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum merupakan kasus gawat darurat yang kejadiannya berkisar 3% dari semua persalinan, penyebabnya antara lain Plasenta Previa, solusio plasenta, dan perdarahan yang belum jelas sumbernya (Wardana dan Kartaka, 2007).

Plasenta Previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum (Chalik, 2010). Kasus ini menarik untuk dipelajari

terutama di Negara berkembang termasuk Indonesia, karena faktor risiko yang masih sulit dihindari, prevalensinya masih tinggi serta punya andil besar dalam angka kematian maternal dan perinatal yang merupakan parameter pelayanan kesehatan. Pada beberapa Rumah Sakit Umum pemerintah dilaporkan kejadian insiden berkisar 1,7% sampai dengan 2.9%. sedangkan di negara maju insidensinya lebih rendah yaitu kurang dari 1% yang mungkin disebabkan oleh berkurangnya perempuan hamil dengan paritas tinggi. Kejadian Plasenta Previa terjadi kira- kira 4 dari 1.000 persalinan. Dan pada trimester kedua, kejadian plasenta previa dapat ditemukan dalam 4%- 6% dari kehamilan (Francois dan Foley, 2007).

Menurut data WHO persentase kemungkinan terjadinya plasenta previa cukup tinggi. Prevalensi plasenta previa di dunia pada tahun 2008, sekitar 458 dari 100.000 kelahiran setiap tahunnya, sedangkan prevalensi plasenta previa pada tahun 2009, sekitar 320 dari 100.000 kelahiran (Cresswell, 2013). Prevalensi plasenta previa tertinggi yaitu terdapat pada wilayah Asia sebesar 0.63% (Kim dkk, 2012). WHO menyebutkan bahwa kejadian plasenta previa di Asia Tenggara menyumbang hampir sepertiga jumlah kejadian plasenta previa secara global (Trisnantoro, 2011). Di Indonesia, pada tahun 2009 dilaporkan oleh beberapa peneliti berkisar antara 2.4 – 3.56% dari seluruh kehamilan sekitar 5 dari 500 kelahiran setiap tahunnya (Alamsyah, 2012). Sedangkan di Sumatera Utara menurut Depkes RI (2007), pada tahun 2008 prevalensi plasenta previa terjadi sekitar 2 dari 250 kelahiran setiap tahun. Frekuensi plasenta previa totalis diperkirakan sekitar 37% dari keseluruhan tipe plasenta previa, frekuensi ini mencapai nilai tertinggi dari semua jenis plasenta previa, yaitu tipe I plasenta previa 7%, tipe II plasenta previa 29%, tipe III plasenta previa 27% (Nasreen, 2011).

Penyebab kematian ibu di Indonesia adalah 25% perdarahan, 20% penyebab tidak langsung, 15% infeksi, 13% aborsi yang tidak aman, 12% eklampsi, 8% penyulit persalinan, dan 7% penyebab lainnya (Alamsyah, 2012). Salah satu penyebab kematian maternal ialah disebabkan plasenta

previa. Plasenta previa merupakan salah satu penyebab perdarahan yang memberi kontribusi sekitar 3,5% dari seluruh kejadian perdarahan pada kehamilan trimester ketiga (Nasreen, 2011).

Penyebab terjadinya plasenta previa belum diketahui dengan pasti (Chalik, 2010). Namun, paritas ibu memiliki pengaruh yang besar terhadap tingginya angka kejadian plasenta previa. Plasenta previa lebih banyak pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada wanita multipara dilaporkan memiliki risiko 5% untuk terjadinya plasenta previa dibandingkan dengan wanita nulipara yaitu 0.2% (Francois dan Foley, 2007).

Peristiwa yang paling khas pada plasenta previa adalah perdarahan tanpa nyeri, yang biasanya tidak terjadi hingga mendekati akhir trimester kedua atau setelahnya. Pada banyak kasus plasenta previa, perdarahan dimulai tanpa gejala peringatan dan tanpa disertai nyeri pada perempuan yang sebelumnya mengalami riwayat prenatal normal (Cunningham, 2013). Penanganan kasus plasenta previa harus di rujuk ke rumah sakit yang mempunyai fasilitas operasi dan transfusi darah (Sofian, 2011).

Di RSUD Palembang Bari, peneliti memperoleh data dari tahun 2013 kejadian plasenta previa sebanyak 22 orang, tahun 2014 sebanyak 51 orang (Sofian, 2011)

Tingginya jumlah kasus plasenta previa pada paritas tertentu mendorong penulis untuk melakukan penelitian mengenai hubungan paritas ibu dengan kejadian plasenta previa selama tahun Januari 2014 - Desember 2014 yang ada di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang (RSMP).

1.2. Rumusan Masalah

Adakah hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014 – Desember 2014 ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014 – Desember 2014.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Mengetahui gambaran paritas ibu yang bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014- Desember 2014.
2. Mengetahui jumlah kasus plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014- Desember 2014
3. Menganalisis hubungan paritas ibu dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah periode Januari 2014- Desember 2014.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

1. Memberikan Informasi ilmiah mengenai data- data yang dapat digunakan dalam usaha pengembangan Ilmu kedokteran, khususnya bagian obstetrik.
2. Menyediakan data untuk penelitian lanjutan yang berhubungan dengan plasenta previa.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan untuk melakukan deteksi dini terhadap kejadian plasenta previa.
2. Hasil penelitian dapat menjadi informasi bagi masyarakat mengenai faktor yang dapat meningkatkan kejadian plasenta previa dan bertindak segera agar tidak terjadi keparahan akibat penyakit.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian Sebelumnya tentang plasenta previa

	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Hartono wahyudi, dan Tedjoyouono, (2011)	Faktor Risiko kejadian Plasenta previa pada ibu Hamil di RSUD. Soedarso Pontianak tahun 2009 - 2011	Case Control	Usia maternal ≥ 35 tahun merupakan faktor risiko dengan kejadian plasenta previa (OR = 1,87), paritas ≥ 3 merupakan faktor risiko dengan kejadian plasenta previa (OR= 2,07), riwayat seksio sesaria sebelumnya merupakan faktor risiko dengan kejadian plasenta previa (OR= 1,35), dan riwayat abortus merupakan faktor risiko dengan kejadian plasenta previa (OR= 2,34).
Hendrick dan Meutia (2013)	Hubungan antara usia ibu dan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah	Cross sectional	Berdasarkan nilai <i>OddsRatio</i> OR= 5,182, artinya ibu yang melahirkan di RSUD Cut Meutia

Sakit Umum Cut Meutia kabupaten Aceh utara tahun 2012-2013	kabupaten Aceh utara tahun 2012-2013 yang berusia ≥ 30 tahun memiliki risiko 5 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa dibandingkan ibu yang melahirkan pada usia ≤ 30 tahun, dan mempunyai hubungan bermakna nilai p value = (0,001), hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa didapatkan nilai OR= 7,000, artinya ibu yang melahirkan dengan paritas ≥ 3 memiliki risiko 7 kali lebih besar untuk mengalami plasenta previa dibandingkan paritas ≤ 3 , hubungan antara paritas dengan kejadian plasenta previa mempunyai
--	---

nilai p value=
(0,001) artinya
terdapat hubungan
bermakna antara
paritas dengan
kejadian plasenta
previa di RSUD Cut
Meutia kabupaten
Aceh utara 2012-
2013.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1 Paritas

A. Definisi

Paritas adalah keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2003). Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh perempuan (BKKBN, 2006).

Jumlah paritas merupakan salah satu komponen dari status paritas yang sering dituliskan dengan notasi G-P-Ab, dimana G menyatakan jumlah kehamilan (gestasi), P menyatakan jumlah paritas, dan Ab menyatakan jumlah abortus. Sebagai contohnya, seorang perempuan tersebut telah pernah mengandung sebanyak dua kali, dengan satu kali paritas dan satu kali abortus, dan saat ini tengah mengandung untuk yang ketiga kalinya (Stedman, 2003).

B. Klasifikasi

Berdasarkan jumlahnya, maka paritas seseorang perempuan dapat dibedakan menjadi :

1. Nullipara

Nullipara adalah perempuan yang belum pernah melahirkan anak sama sekali (Manuaba, 2012).

2. Primipara

Primipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Verney, 2006).

Primipara adalah perempuan yang telah pernah melahirkan sebanyak satu kali (Manuaba, 2012).

3. Multipara

Multipara adalah perempuan yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2010).

4. Grandemultipara

Grandemultipara adalah perempuan yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2012).

C. Faktor yang Mempengaruhi Paritas Menurut Friedman

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah dalam memperoleh menerima informasi, sehingga kemampuan ibu dalam berpikir rasional bahwa jumlah anak yang ideal adalah 2 orang (Friedman, 2005).

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing - masing. Beberapa segi positif adalah mendukung ekonomi rumah tangga. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik untuk keluarga dalam hal gizi, pendidikan, tempat tinggal, sandang, liburan, dan hiburan serta fasilitas pelayanan kesehatan yang diinginkan. Banyak anggapan bahwa status pekerjaan seseorang yang tinggi, maka boleh mempunyai anak banyak karena mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari (Friedman, 2005).

c. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang tinggi mendorong ibu untuk mempunyai anak lebih karena merasa mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup (Friedman,2005).

d. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur- unsur kebudayaan yang bersifat *universal*, seua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat- istiadat, penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah (Friedman,2005).

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pula yang memberi corak pengalaman individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudahkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual (Friedman,2005).

Latar belakang budaya yang mempengaruhi paritas antara lain adanya anggapan bahwa semakin banyak jumlah anak, maka semakin banyak rezeki (Friedman, 2005).

e. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain dari perilaku. Semakin tinggi pengetahuan seseorang, maka perilaku akan lebih bersifat lama. Dengan kata lain ibu yang tahu dan paham jumlah anak yang ideal, maka ibu akan berperilaku sesuai dengan apa yang ia ketahui (Friedman, 2005).

2.1.2. Plasenta Previa

A. Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh dari *ostium uteri internum* yang ditandai dengan perdarahan uterus tanpa adanya rasa nyeri yang biasanya terjadi menjelang akhir trimester kedua atau sesudahnya (Cunningham, 2009).

Menurut Chalik (2010), plasenta previa lebih banyak terjadi pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada usia di atas 30 tahun. Juga lebih sering terjadi pada kehamilan dengan paritas tinggi dan pada kehamilan tunggal. Uterus yang cacat juga ikut mempertinggi angka kejadiannya. Pada beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah dilaporkan insidennya berkisar 1,7 % sampai dengan 2,9 %. Sedangkan di Negara maju insidennya lebih rendah yaitu kurang dari 1% yang mungkin disebabkan oleh berkurangnya perempuan hamil dengan paritas tinggi.

Kejadian plasenta previa terjadi sekitar 4 dari 1.000 persalinan. Dan pada trimester kedua, kejadian plasenta previa dapat ditemukan dalam 4%- 6% dari kehamilan (Francois dan Foley, 2007).

B. Klasifikasi

Menurut Chalik (2010), plasenta previa dapat digolongkan menjadi empat bagian yaitu:

1. Plasenta previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.
2. Plasenta previa adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.
3. Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
4. Plasenta letak rendah adalah plasenta yang beimplantasi pada segmen bawah rahim yang demikian rupa sehingga tepi

bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal.

Menurut Chalik (2010) klasifikasi plasenta previa berdasarkan pembukaan 4- 5 cm yaitu :

1. Plasenta Previa Sentralis (Totalis), apabila pada pembukaan 4- 5 cm teraba plasenta menutupi seluruh ostium.
2. Plasenta Previa Lateralis, bila pada pembukaan 4,5 cm dibagi menjadi dua, yaitu :
 - a. plasenta previa lateralis posterior, bila sebagian menutupi ostium bagian belakang.
 - b. Plasenta previa lateralis anterior, bila sebagian menutupi ostium bagian depan.
 - c. Plasenta previa lateralis marginalis, bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostium yang ditutupi plasenta.

C. Faktor risiko

Penyebab plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor risiko meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa, antara lain:

1. Umur
2. Banyaknya jumlah kehamilan dan persalinan (paritas).
3. Hipoplasia endometrium
4. Korpus luteum bereaksi lambat.
5. Tumor- tumor, seperti mioma uteri, polip endometrium.
6. Endometrium cacat, seksio cesarean, kuretase, dan manual plasenta
7. Kehamilan kembar.
8. Riwayat plasenta previa sebelumnya (Sofian, 2011).

a. Umur ibu

Dalam kurun waktu reproduksi sehat dikenal bahwa umur aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20- 35 tahun. Wanita pada umur kurang dari 20 tahun mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami plasenta previa karena endometrium masih belum matang, dan kejadian plasenta previa juga sering terjadi pada ibu yang berumur di atas 35 tahun karena tumbuh endometrium yang kurang subur (Prawirohardjo, 2010).

Berdasarkan penelitiannya di RS dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari 1998- desember 2002, mengatakan bahwa semakin tua umur ibu maka kemungkinan untuk mendapatkan plasenta previa semakin besar, pada ibu yang melahirkan dengan usia di atas 40 tahun berisiko 2,6 kali untuk terjadinya plasenta previa.

b. Paritas

Paritas merupakan seseorang wanita yang pernah melahirkan bayi aterm. Beberapa istilah yang berkaitan dengan paritas yaitu:

1. Primipara adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali.
2. Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali.
3. Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm lebih dari lima kali (Manuaba, 2012).

D. Etiologi

Penyebab blastokista berimplantasi pada segmen bawah rahim belumlah diketahui dengan pasti. Mungkin secara kebetulan saja blastokista menempa desidua di daerah segmen bawah rahim tanpa latar belakang lain yang mungkin. Teori lain mengemukakan sebagai salah satu penyebabnya adalah vaskularisasi desidua yang tidak memadai, mungkin sebagai akibat dari proses radang atau atrofi. Paritas tinggi,

usia lanjut, cacat rahim misalnya bekas bedah cesar, kerokan, miomektomi, dan sebagainya berperan dalam proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium yang semuanya dapat dipandang sebagai faktor risiko bagi terjadinya plasenta previa. Cacat bekas bedah sesar berperan dalam menaikkan insiden dua sampai tiga kali. Pada perempuan perokok dijumpai insiden plasenta previa lebih tinggi 2 kali lipat. Hipoksemia akibat karbon mono-oksida hasil pembakaran rokok menyebabkan plasenta menjadi hipertrofi sebagai upaya kompensasi. Plasenta yang terlalu besar seperti pada kehamilan ganda dan eritroblastosis fetalis bisa menyebabkan pertumbuhan plasenta melebar ke segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum (Prawirohardjo, 2010).

E. Patofisiologi

Pada usia kehamilan yang lanjut, umumnya pada trimester ketiga dan mungkin juga lebih awal, oleh karena telah mulai terbentuknya segmen bawah rahim, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagian diketahui tapak plasenta terbentuk dari jaringan maternal yaitu bagian desidua basalis yang bertumbuh menjadi bagian dari uri. Dengan melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim, maka plasenta yang berimplantasi di situ sedikit banyak akan mengalami laserasi akibat pelepasan pada desidua sebagai tapak plasenta. Demikian pula pada waktu serviks mendatar (*dilatation*) ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada tempak laserasi itu akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruangan intervillus dari plasenta. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan pada plasenta previa betapa pun pasti akan terjadi (*unavoidable bleeding*). Perdarahan di tempat itu relatif dipermudah dan diperbanyak oleh karena segmen bawah rahim dan serviks tidak mampu berkontraksi

dengan kuat karena elemen otot yang dimilikinya sangat minimal, dengan akibat pembuluh darah pada tempat itu tidak akan tertutup dengan sempurna. Perdarahan akan berhenti karena terjadi pembekuan kecuali jika ada laserasi mengenai sinus yang besar dari plasenta pada masa perdarahan akan berlangsung lebih banyak dan lebih lama. Oleh karena pembentukan segmen bawah rahim itu akan berlangsung progresif dan bertahap, maka laserasi baru akan mengulang kejadian perdarahan. Demikianlah perdarahan akan mengulang tanpa sesuatu sebab lain (*causeless*). Darah yang keluar berwarna merah segar tanpa rasa nyeri (*painless*). Pada plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum perdarahan terjadi lebih awal dalam kehamilan oleh karena segmen bawah rahim terbentuk lebih dahulu pada bagian terbawah yaitu pada ostium uteri internum. Sebaliknya, pada plasenta previa parsialis atau letak rendah, perdarahan baru terjadi pada waktu mendekati atau mulai persalinan. Perdarahan pertama biasanya sedikit tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan berikutnya. Untuk berjaga-jaga mencegah syok hal tersebut perlu dipertimbangkan. Perdarahan pertama sudah bisa terjadi pada kehamilan di bawah 30 minggu tetapi lebih separuh kejadiannya (Prawirohardjo, 2010)

Pada umur kehamilan 34 minggu ke atas. Berhubung tempat perdarahan terletak dekat dengan ostium uteri internum, maka perdarahan lebih mudah mengalir ke luar rahim dan tidak membentuk hematoma retroplasenta yang mampu merusak jaringan lebih luas dan melepaskan tromboplastin ke dalam sirkulasi maternal. Dengan demikian, sangat jarang terjadi koagulopati pada plasenta previa (Prawirohardjo, 2010).

Hal ini yang perlu diperhatikan adalah dinding segmen bawah rahim yang tipis mudah diinvasi oleh pertumbuhan vili oleh trofoblas, akibatnya plasenta melekat lebih kuat pada

dinding uterus. Lebih sering terjadi plasenta akreta dan plasenta inkreta, bahkan plasenta perkreta yang pertumbuhan vilinya bisa sampai menembus ke buli-buli dan ke rektum bersama plasenta previa. Plasenta inkreta dan akreta lebih sering terjadi pada uterus yang sebelumnya pernah bedah cesar. Segmen bawah rahim dan serviks yang rapuh mudah robek oleh sebab kurangnya elemen otot yang terdapat di sana. Kedua kondisi ini berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan pascapersalinan pada plasenta previa, misalnya dalam kala tiga karena plasenta sukar melepas dengan sempurna (*retencio placentae*), atau setelah uri lepas karena segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi dengan baik (Prawirohardjo, 2010).

F. Gambaran Klinis

Ciri yang menonjol pada plasenta previa adalah perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri. Perdarahan biasanya baru terjadi pada akhir trimester kedua ke atas. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan berhenti sendiri. Perdarahan kembali terjadi tanpa sesuatu sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian, jadi berulang. Pada setiap pengulangan terjadi perdarahan yang lebih banyak bahkan seperti mengalir. Pada plasenta letak rendah perdarahan baru terjadi pada waktu mulai persalinan; perdarahan bisa sedikit sampai banyak mirip pada solusio plasenta. Perdarahan diperhebat berhubung segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi sekuat segmen atas rahim. Dengan demikian, perdarahan bisa berlangsung sampai pascapersalinan. Perdarahan juga bisa bertambah disebabkan serviks dan segmen bawah rahim pada plasenta previa lebih rapuh dan mudah mengalami robekan. Robekan lebih mudah terjadi pada upaya pengeluaran plasenta dengan tangan misalnya pada retensio plasenta sebagai komplikasi plasenta akreta (Prawirohardjo, 2010).

a. Pengaruh Plasenta Previa Terhadap kehamilan

Karena dihalangi oleh plasenta maka bagian terbawah janin tidak terfiksir ke dalam pintu atas panggul, sehingga terjadilah kesalahan letak janin: letak kepala mengapung, letak sungsang, letak lintang. Sering terjadi partus prematurus karena adanya rangsangan koagulum darah pada serviks. Selain itu jika banyak plasenta yang lepas, kadar progesteron turun dan dapat terjadi his, juga lepasnya plasenta sendiri dapat merangsang his. Dapat juga karena pemeriksaan dalam (Sofian, 2011).

b. Pengaruh Plasenta Previa Terhadap Partus

1. Letak janin yang tidak normal, menyebabkan partus akan menjadi patologik.
2. Bila pada plasenta previa lateralis, ketuban pecah atau dipecahkan dapat terjadi prolaps funikuli.
3. Sering dijumpai inersia primer.
4. Perdarahan (Sofian, 2011).

G. Diagnosis

Perempuan yang mengalami perdarahan lanjut dalam kehamilan lanjut biasanya menderita plasenta previa atau solusio plasenta. Gambaran klinik yang klasik sangat menolong membedakan antara keduanya. Dahulu untuk kepastian diagnosis pada kasus dengan perdarahan banyak, pasien dipersiapkan di dalam kamar bedah demikian rupa segala sesuatunya termasuk staf dan perlengkapan anastesia semua siap untuk tindakan bedah sesar. Dengan pasien dalam posisi litotomi di atas meja operasi dilakukan periksa dalam (*vaginal toucher*) dalam lingkungan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) secara perlahan dengan dua jari terluhur dan jari tengah meraba fornix posterior untuk mendapat kesan ada atau tidak ada bantalan antara jari dengan bagian terbawah janin. Perlahan jari digerakkan mengikuti seluruh pembukaan untuk mengetahui derajat atas klasifikasi plasenta.

Jika plasenta lateralis atau marginalis dilanjutkan dengan amniotomi dan diberi oksitosin drip untuk mempercepat persalinan jika tidak terjadi perdarahan banyak untuk kemudian pasien dikembalikan ke kamar bersalin. Jika terjadi perdarahan banyak atau ternyata plasenta previa totalis, langsung dilanjutkan dengan seksio sesaria. Persiapan yang demikian disebut dengan *double set-up examination*. Perlu diketahui tindakan periksa dalam tidak boleh atau kontra-indikasi dilakukan di luar persiapan *double set-up examination*. Periksa dalam sekalipun yang dilakukan dengan sangat lembut dan perlahan tidak menjamin tidak akan menyebabkan perdarahan yang banyak. Jika terjadi perdarahan banyak di luar persiapan akan berdampak pada prognosis yang lebih buruk bahkan bisa fatal (Prawirohardjo, 2010).

Dewasa ini *double set-up examination* pada banyak rumah sakit sudah jarang dilakukan berhubung tersedia alat ultrasonografi. Transabdominal ultrasonografi dalam keadaan kandung kemih yang dikosongkan akan memberi kepastian diagnosis plasenta previa dengan ketepatan tinggi sampai 96 % - 98 %. Walaupun lebih superior jarang diperlukan transvaginal ultrasonografi untuk mendeteksi keadaan ostium uteri internum. Di tangan yang tidak ahli pemakaian transvaginal ultrasonografi bisa memprovokasi perdarahan lebih banyak. Di tangan yang ahli dengan transvaginal ultrasonografi dapat dicapai 98% *positive predictive value* dan 100 % *negative predictive value* pada upaya diagnosis plasenta previa. Transperineal sonografi dapat mendeteksi ostium uteri internum dan segmen bawah rahim, dan teknik ini dilaporkan 90% *positive predictive value* dan 100 % *negative predictive value* dalam diagnosis plasenta previa. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) juga dapat dieprgunakan untuk mendeteksi kelainan pada plasenta termasuk plasenta previa. MRI kalah praktis jika dibandingkan dengan USG, terlebih dalam suasana yang mendesak (Prawirohardjo, 2010).

H. Penatalaksanaan

1. Penanganan Pasif

a. Perhatian:

Setiap perdarahan triwulan ketiga yang lebih dari show (perdarahan inisial), harus dikirim ke rumah sakit tanpa dilakukan manipulasi apapun, baik rektal maupun vaginal (Prawiroharjo, 2010).

Apabila pada penilaian baik, perdarahan sedikit, janin masih hidup, belum inpartu, kehamilan belum cukup 37 minggu, atau berat badan janin di bawah 2500 gr, maka kehamilan dapat dipertahankan istirahat dan pemberian obat seperti spasmolitika, progestin atau progesterone. Observasilah dengan teliti.

- b. Sambil mengawasi periksalah golongan darah, dan siapkan donor transfusi darah. Bila memungkinkan kehamilan dipertahankan setua mungkin supaya janin terhindar dari prematuritas.
- c. Harus diingat bahwa bila dijumpai ibu hamil tersangka plasenta previa, rujuk segera ke rumah sakit di mana terdapat fasilitas operasi dan transfusi darah.
- d. Bila kekurangan darah, berikanlah transfusi darah dan obat penambah darah.

2. Memilih Cara Persalinan pada Plasenta Previa

Faktor yang menentukan sikap atau tindakan persalinan mana yang akan dipilih adalah:

- a. Jenis plasenta previa.
- b. Perdarahan: banyak, atau sedikit tetapi berulang.
- c. Keadaan ibu hamil.
- d. Keadaan janin: hidup, gawat, atau meninggal.
- e. Pembukaan jalan lahir.
- f. Paritas atau jumlah anak hidup.

g. Fasilitas penolong dan rumah sakit.

Setelah memperhatikan faktor di atas, ada dua pilihan persalinan, yaitu:

1. Persalinan per vaginam:

a. Amniotomi

Amniotomi atau pemecahan selaput ketuban adalah cara yang terpilih untuk melancarkan persalinan per vaginam. Indikasi amniotomi pada plasenta previa:

1. Plasenta previa lateralis atau marginalis atau letak rendah, bila telah ada pembukaan.
2. Pada primigravida dengan plasenta previa lateralis atau marginalis dengan pembukaan 4 cm atau lebih.
3. Plasenta previa lateralis atau marginalis dengan janin yang sudah meninggal.

keuntungan amniotomi adalah bagian terbawah janin yang berfungsi sebagai tampon akan menekan plasenta yang berdarah dan perdarahan berkurang atau berhenti, partus akan berlangsung lebih cepat, dan bagian plasenta yang berdarah dapat bebas mengikuti cincin gerakan dan regangan segmen bawah rahim, sehingga tidak ada lagi plasenta yang lepas. Setelah ketuban dipecahkan berikan oksitosin drips 2.5 – 5 satuan dalam 500 cc dekstrosa 5 %. Bila upaya di atas belum berhasil, ada dua cara lagi yang dapat dikerjakan terutama di daerah perifer di mana fasilitas operasi tidak ada dan penderita tidak mau dirujuk ke rumah sakit yang ada fasilitas operasinya.

b. Memasang cunam Willet Gausz

Cara:

1. Kulit kepala janin diklem dengan cunam Willet Gausz.

2. Cunam diikat dengan kain kasa atau tali dan diberi beban kira – kira 50 – 100 gr atam satu batu bata seperti katrol.
3. Dengan jalan ini diharapkan perdarahan berhenti dan persalinan diawasi dengan teliti.

c. Versi Braxton – Hicks

Versi dilakukan pada janin letak kepala, untuk mencari kaki supaya dapat ditarik keluar. Bila janin letak sungsang atau letak kaki, menarik kaki keluar akan lebih mudah. Kaki diikat dengan kain kasa, katrol, dan diberi beban seberat 50 – 100 gr (satu batu bata).

1. Menembus plasenta diikuti dengan versi Braxton – Hicks atau Willet Gausz

Hal ini sekarang tidak dilakukan lagi karena bahaya perdarahan yang banyak Menembus plasenta dilakukan bila plasenta previa sentralis.

2. Metreurynter

Yaitu memasukkan kantong karet yang diisi udara atau air sebagai tampon, cara ini sekarang tidak dipakai lagi.

2. Persalinan parabdormal, dengan seksio sesarea

Indikasi seksio sesarea pada plasenta previa:

- a. Semua plasenta previa sentralis, janin hidup satu atau meninggal; semua plasenta previa lateralis, posterior, karena perdarahan yang sulit dikontrol dengan cara yang ada.
- b. Semua plasenta previa lateralis posterior, karena perdarahan yang sulit dikontrol dengan cara yang ada.
- c. Semua plasenta previa dengan perdarahan yang banyak dan tidak berhenti dengan tindakan yang ada.

- d. Plasenta previa dengan panggul sempit, letak lintang. Perdarahan pada bekas insersi plasenta (*placental bed*) terkadang berlebihan dan tidak dapat diatasi dengan cara – cara yang ada, jika hal ini dijumpai tindakannya adalah:
 1. Bila anak belum ada, untuk menyelamatkan alat reproduktif dilakukan ligasi arteria hipogastrika.
 2. Bila anak sudah ada dan cukup, yang paling baik adalah histerektomi.

3. Penanganan Plasenta Previa Lateralis dan Marginalis

Lakukan amniotomi

- a. Berikan oksitosin (pituitrin, pitosin, sintosinon) tiap setengah jam 2.5 satuan atau perinfus drips.
- b. Bila dengan amniotomi perdarahan belum berhenti, dilakukan cunam Willet Gausz atau versi Braxton – Hicks.
- c. Bila semua ini belum berhasil untuk menghentikan perdarahan, bila janin masih hidup lakukan seksio sesarea.
- d. Pada plasenta previa lateralis posterior dan plasenta previa lateralis yang bagian besarnya menutupi ostium (*grote lap*), sering langsung dilakukan seksio sesarea, karena secara anatomis dengan cara di atas perdarahan agak sukar dikontrol.

4. Penanganan Plasenta Previa Sentralis (Totalis)

1. Untuk menghindari perdarahan yang banyak, maka pada plasenta previa sentralis dengan janin hidup atau meninggal, tindakan yang paling baik adalah seksio sesarea.
2. Walaupun tidak pernah dikerjakan lagi, namun untuk diketahui, pada janin mati di daerah pedesaan dapat dilakukan penembusan plasenta, kemudian dilakukan cunam Willet Gausz atau versi Braxton – Hicks untuk melahirkan janin (Sofian, 2011).

I. Komplikasi

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

1. Oleh karena pembentukan segmen rahim terjadi secara ritmik, maka pelepasan plasenta dari tempat melekatnya di uterus dapat berulang dan semakin banyak, dan perdarahan yang terjadi itu tidak dapat dicegah sehingga penderita menjadi anemia bahkan syok.
2. Oleh karena plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim dan sifat segmen ini yang tipis mudahlah jaringan trofoblas dengan kemampuan invasinya menerobos ke dalam miometrium bahkan sampai ke perimetrium dan menjadi sebab dari kejadian plasenta inkreta dan bahkan plasenta perkreta. Paling ringan adalah dalam miometrium. Walaupun biasanya tidak seluruh permukaan maternal plasenta mengalami akreta atau inkreta akan tetapi dengan demikian terjadi retensio plasenta dan pada bagian plasenta yang sudah terlepas timbulah perdarahan dalam kala tiga. Komplikasi ini lebih sering terjadi pada uterus yang pernah seksio sesarea. Dilaporkan plasenta akreta terjadi 10 % sampai 35 % pada pasien yang pernah seksio sesarea satu kali, niak menjadi 60 % sampai 65 % bila telah seksio sesarea 3 kali.
3. Serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh dan kaya pembuluh darah sangat potensial untuk robek disertai oleh perdarahan yang banyak. Oleh karena itu, harus sangat diperhatikan pada semua tindakan manual di tempat ini misalnya pada waktu mengeluarkan anak melalui insisi pada segmen bawah rahim ataupun waktu mengeluarkan plasenta dengan tangan pada retensio plasenta. Apabila oleh salah satu sebab terjadi perdarahan banyak yang tidak terkendali dengan cara yang lebih sederhana seperti penjahitan segmen bawah rahim, ligasi arteria

uterine, ligasi arteria ovarika, pemasangan tampon, atau ligasi arteria hipogastrika, maka pada keadaan yang sangat gawat seperti ini jalan keluarnya adalah melakukan histerektomi total. Morbiditas dari semua tindakan ini tentu merupakan komplikasi tidak langsung dari plasenta previa.

4. Kelainan letak janin pada plasenta previa lebih sering terjadi. Hal ini memaksa lebih sering diambil tindakan operasi dengan segala konsekuensinya.
5. Kelahiran prematur dan gawat janin sering tidak terhindarkan sebagian oleh karena tindakan terminasi kehamilan yang terpaksa dilakukan dalam kehamilan belum aterm. Pada kehamilan < 37 minggu dapat dilakukan amniosentesis untuk mengetahui kematangan paru janin dan pemberian kortikosteroid untuk mempercepat pematangan paru janin sebagai upaya antisipasi.
6. Komplikasi lain dari plasenta previa yang dilaporkan dalam kepustakaan selain masa rawatan yang lebih lama, adalah berisiko tinggi untuk solusio plasenta (Risiko Relatif 13.8), seksio sesarea (RR 3.9), kelainan letak janin (RR 2.8), perdarahan pascapersalinan (RR 1.7), kematian maternal akibat perdarahan (RR 50 %), *dandisseminated intravascular coagulation* (DIC) 15.9 %. (Prawirohardjo, 2010).

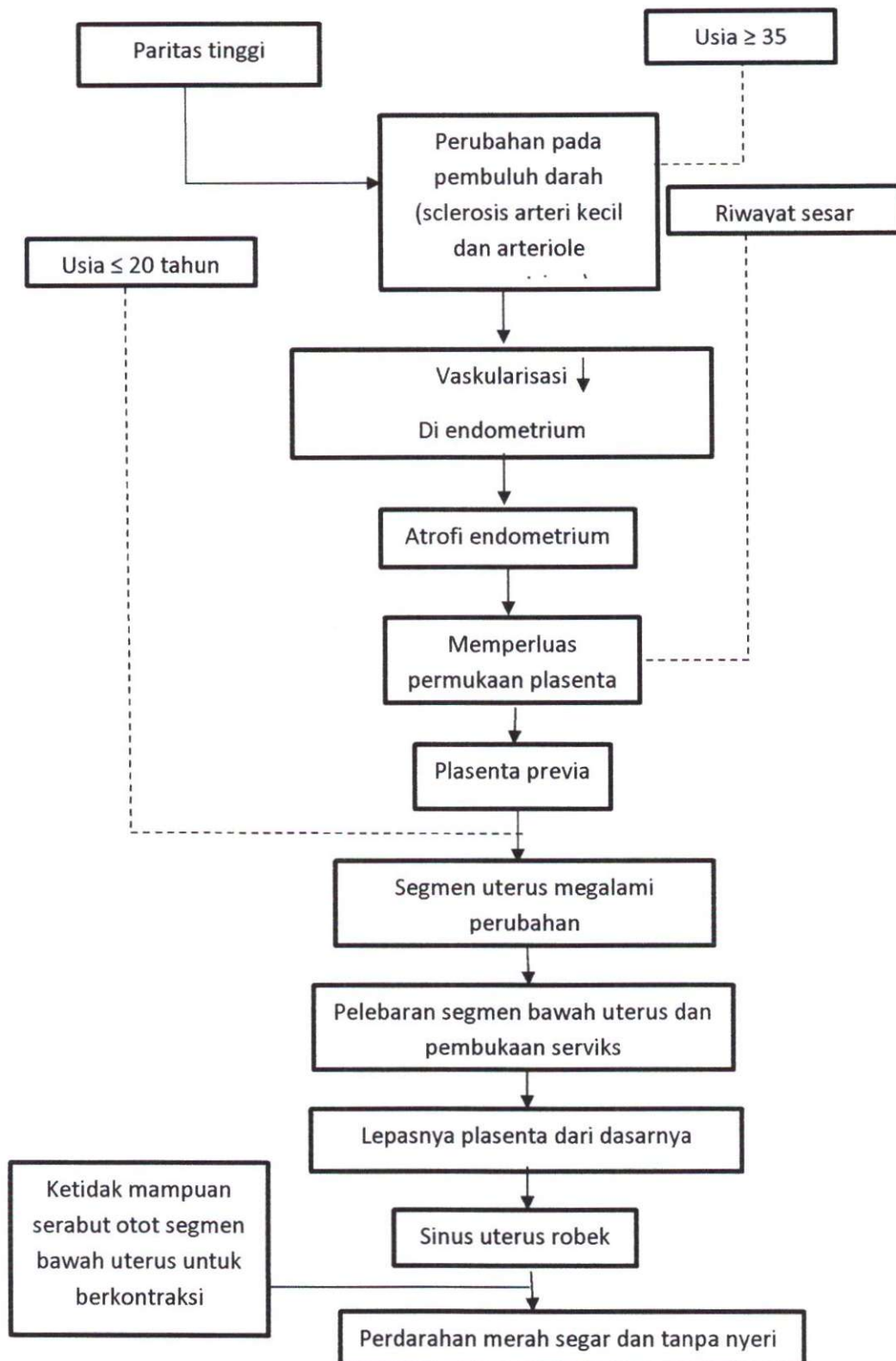
2.1.3. Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa

Beberapa Penelitian telah menunjukkan adanya hubungan antara paritas dengan risiko terjadinya plasenta previa. Risiko relatif plasenta previa pada wanita multipara dibandingkan primigravida (Hartono dan Tedjoyouono, 2011).

Hasil Penelitian tersebut juga sependapat dengan Prawirohardjo (2010), yang mengatakan bahwa wanita paritas tinggi mempunyai risiko yang tinggi untuk terjadinya plasenta previa, sedangkan wanita primipara mempunyai risiko lebih rendah untuk terjadinya plasenta previa.

Plasenta previa lebih sering ditemukan pada wanita multipara, hal ini berkaitan juga dengan adanya proses peradangan dan kejadian atrofi di endometrium (Prawirohardjo, 2010).

2.2. Kerangka Teori



(Sumber : Chalik, 2010; Prawirohardjo, 2010; Manuaba, 2012)

Kerangka teori diatas berdasarkan teori dari Chalik, (2010), yang menyatakan faktor risiko plasenta previa terjadi pada wanita yang berusia ≥ 35 tahun. Berdasarkan teori dari Prawirohardjo (2010) dan Manuaba (2012) yang mengatakan wanita paritas tinggi mempunyai risiko yang tinggi untuk terjadinya plasenta previa, sedangkan wanita primipara mempunyai risiko lebih rendah untuk terjadinya plasenta previa.

2.3. Hipotesis

H₀ : Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian plasenta previa.

H_a : Terdapat hubungan yang signifikan antara paritas dengan kejadian plasenta previa.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dan menggunakan rancangan *cross sectional inferensial* untuk menentukan ada atau tidak hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa di RS Muhammadiyah Palembang.

3.2. Waktu Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober – Februari 2016.

3.2.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi

Dalam penelitian ini, populasi yang digunakan adalah seluruh ibu hamil dengan persalinan yang terdapat Plasenta Previa dibagian obgyn RS. Muhammadiyah Palembang dan tercatat pada rekam medik periode Januari 2014- Desember 2014. Jumlah seluruh populasi yang diambil sebanyak 395.

3.3.2. Sampel

Sampel penelitian ini terdiri dari subpopulasi yang dapat di pergunakan sebagai subjek penelitian adalah seluruh ibu hamil yang bersalin di bagian obgyn RS. Muhammadiyah Palembang yang tercatat pada rekam medis periode Januari 2014 – Desember 2014.

a. Besar Sampel

Dalam hal penelitian analitik maka jumlah seluruh populasi diambil sebagai sampel yaitu 158 pada paritas rendah $n_1=79$, plasenta previa 9, paritas tinggi $n_2 = 79$ dengan plasenta previa = 59.

b. Sampel minimal

Pada penelitian ini sampel minimal bisa ditentukan dengan menggunakan rumus uji hipotesis terhadap 2 proporsi:

Rumus:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_a \sqrt{2PQ} + z\beta \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)}$$

Keterangan:

$$Z_a = 1.96 \quad Z\beta = 0.842 \quad Q1 = 0.40$$

$$P2 = 0.60 \quad P1+P2 = 0.55 \quad Q1 - 0.55 = 0.45$$

$$Q2 = 0.40 \quad P1 = 0.50$$

Pada perhitungan sampel minimal dengan menggunakan rumus Sastroasmoro (1995) didapatkan:

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \frac{(Z_a \sqrt{2PQ} + z\beta \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)} \\ &= \frac{(1.96 \sqrt{2 \cdot 0.55 \cdot 0.45} + 0.842 \sqrt{(0.50 \cdot 0.50) + 0.60 \cdot 0.40})^2}{(0.60 - 0.50)^2} \\ &= 388 \text{ sampel} \end{aligned}$$

Karena hasil finite maka digunakan rumus Slovin, 1975 :

$$n1 = n / (1 + ((n-1)/N))$$

$$n1 = 388 / (1 + ((388-1)/395))$$

$$n1 = 79$$

$$n2 = 79$$

Pada penelitian ini dari populasi dijadikan sampel sebesar 158 (Sudigdo, 2011).

3.3.3. Kriteria Restriksi

1. Kriteria Inklusi

- Kriteria Inklusi faktor risiko yang dimana didalamnya terdapat faktor risiko Paritas
- Kriteria Inklusi faktor efek adalah dimana di dalamnya terdapat faktor efek yaitu Plasenta Previa

2. Kriteria Eksklusi

- Tidak disertai penyakit lain, misalnya Mioma atau penyakit diabetes

3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Cara pengambilan sampel yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel yang didasarkan secara acak, dan berdasarkan ciri atau sifat- sifat populasi yang sudah diketahui.

3.4. Variabel Penelitian

3.4.1. Variabel Independent

Variabel bebas pada penelitian ini adalah Paritas.

3.4.2. Variabel Dependent

Variabel terikat pada penelitian ini adalah Plasenta Previa

3.5. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Paritas	Jumlah kelahiran ibu pada saat penelitian yang tertera di rekam medik.	Rekam medik	Observasi data sekunder.	Hasil pengukuran dikategorikan menjadi : 1. Paritas rendah 2. Paritas tinggi Interpretasi: - Untuk primipara disebut paritas rendah 1 kali partus - Untuk multipara dan grande-multipara disebut paritas tinggi ≥ 2 kali partus	Ordinal
2.	Plasenta Previa	Pasien yang di diagnosis plasenta previa.	Rekam medik.	Observasi data sekunder	Hasil pengukuran dikategorikan menjadi : 1. Penderita Plasenta Previa 2. Bukan Plasenta Previa.	Nominal

3.6. Cara kerja/cara pengumpulan data

Data dikumpulkan dari data sekunder yang diambil dengan cara melihat rekam medik di RS Muhammadiyah Palembang.

3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1. Pengolahan data

Dari data yang telah dikumpulkan, maka peneliti akan mengolah data menggunakan *software statistik* sehingga data tersebut dapat ditarik kesimpulannya. Langkah awal adalah melakukan penyuntingan (*editing*) terhadap data yang ada. Apabila ternyata tidak ada data yang dirasakan kurang (data lengkap/siap), selanjutnya dilakukan entri ke dalam komputer. Pembersihan data (*Cleaning*) terhadap data-data yang tidak wajar dan dicek kebenarannya pada rekapitulasi data yang telah dikumpulkan.

3.7.2. Analisis data

Analisis data dilakukan dengan dua tahap yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan variasi seluruh variabel yang digunakan dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi maupun membuat nilai rata-rata.

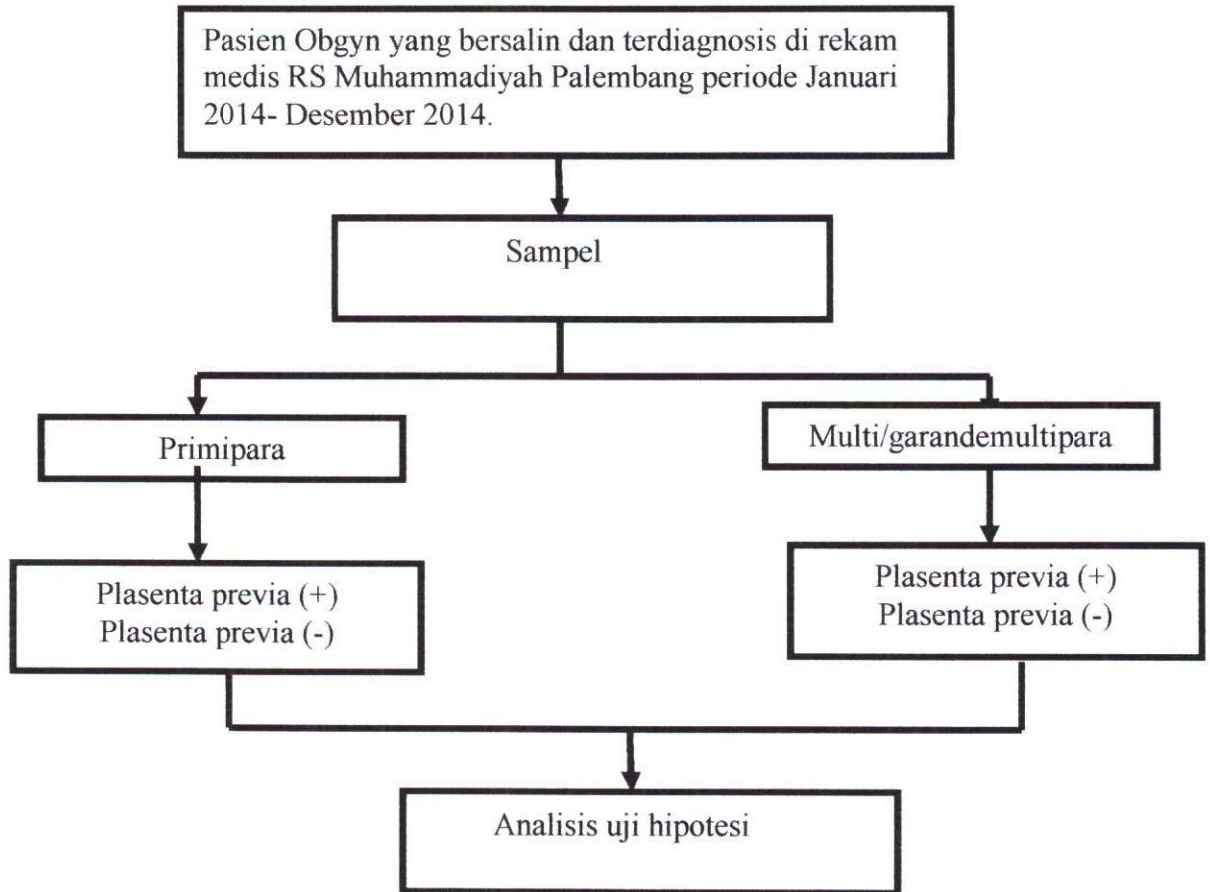
2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini ada 2 yaitu :

- a. Untuk mengetahui hubungan paritas dengan Plasenta Previa. Analisis yang akan digunakan pada uji dua variabel yang berskala kategorik analisis adalah dengan uji *chi square* dengan tabel 2x2 dan jika tidak memenuhi syarat < 5 gunakan *alternative Fisher*.

- b. Untuk melihat *Confidence interval* dan *Ratio prevalensi*, sebagai nilai untuk menentukan seberapa paritas dapat menjadi faktor risiko terhadap kejadian Plasenta Previa.

3.8. Alur Penelitian



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang didapat dari periode januari 2014- desember 2014 pada kasus obgyn di RS. Muhammadiyah palembang jumlah populasi sebesar 158 dengan kejadian kasus plasenta previa 68 kasus.

Pada Tabel 4.1 disajikan kasus persalinan yang terjadi di obgyn

4.1.1. Analisis Univariat

A. Populasi

Tabel 4.1 Jumlah Kasus Obgyn di RS. Muhammadiyah periode Januari 2014- Desember 2014

Kasus Kelahiran	Jumlah	Persentase (%)
Plasenta Previa	68	17.2
Sectio Caesaria	40	10.1
Cedera Kepala Berat	44	11.1
Partus Prematurus	41	10.4
Pre- Eclampsia	43	10.9
Vacum	42	10.6
Kehamilan Ektopik	45	11.4
Terganggu		
Partus Spontan	64	16.2
<i>Cepalo Pelvic</i>	8	2.0
<i>Disoropotion</i>		
Total	395	100

Berdasarkan Tabel 4.1 ternyata didapatkan plasenta previa 17.2 (68%), sectio caesaria 10.1 (40%), CKB 11.1 (44%), partus prematurus 10.4 (41%), pre- eclampsia 10.9 (43%), vacum 10.6 (42%), KET 11.4 (45%), partus spontan 16.2 (64%), dan CPD 2.0 (8%).

B. Paritas

Tabel 4.2. Distribusi Sampel Kasus Berdasarkan Kelompok Paritas (n=158)

Paritas	Jumlah	Persentase (%)
Paritas rendah*	79	50.0
Paritas tinggi **	79	50.0
Total	158	100

* primipara

** multi/grandemultipara

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 158 sampel kasus sebesar 79 (50.0%) ibu dengan paritas Primipara sedangkan 79 (50.0%) ibu dengan paritas multi/grandemultipara. Untuk keperluan analisis bivariat, maka kelompok paritas dibagi menjadi dua kategori yang berkelompok berisiko (multi/grandemultipara) dan kelompok tidak berisiko (Primipara).

C. Plasenta Previa

Tabel 4.3. Distribusi Plasenta Previa Berdasarkan Kelompok Paritas (n=158)

Paritas	Jumlah	Persentase (%)
Penderita Plasenta Previa	68	42.4
Bukan Plasenta Previa	90	57.6
Total	158	100

Dari Tabel 4.3 diatas dari 158 ibu diperoleh penderita plasenta previa sebanyak 68 (42.4%), dan bukan plasenta previa 90 (57.6%).

4.1.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk melihat hubungan paritas dengan plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014-Desember 2014, Dapat dilihat pada Tabel 4.4 dan 4.5

Tabel 4.4 Tabel 2X2

Paritas	Plasenta Previa		Persentase (%)
	Ya	Tidak	
Paritas Tinggi	59	20	79 (50.0%)
Paritas Rendah	9	70	79 (50.0%)
Total	68	90	158 (100%)

Tabel 4.5 Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa (n=395)

Paritas	Kejadian Plasenta Previa				Total	%	X ²	PR
	Ya		Tidak					
	Ya	%	Tidak	%				
paritas tinggi	59	74.7	20	25.3	79	100	64.786	26.181
Paritas rendah	9	10.1	70	89.9	79	100	0,000	
Total	68	84.8	90	115.2	158	100		

Pada Tabel 4.4 diatas menunjukkan bahwa yang mengalami plasenta previa, dengan paritas tinggi yaitu 59 ibu (74.7%) lebih banyak dibandingkan paritas rendah yaitu 9 ibu (10.1%).

Dari hasil analisis hubungan paritas dengan kejadian plasenta previa dengan uji *chi-square* diperoleh nilai untuk p value sebesar $0,000 < \alpha (0.05)$. secara statistik dapat dikatakan H⁰ dalam penelitian ini ditolak, artinya ada hubungan bermakna antara paritas dengan plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Dari uji *Prevalens Rate* (PR) antara paritas tinggi dan paritas rendah sebesar 26.181 dapat disimpulkan ibu dengan paritas tinggi merupakan risiko untuk terjadinya Plasenta Previa 26 kali lebih besar dibandingkan ibu dengan Paritas rendah.

4.2. Pembahasan

4.2.1 Analisis Univariat

Berdasarkan hasil analisis univariat, distribusi frekuensi kejadian plasenta previa dari 158 sampel kasus yang diteliti, diperoleh proporsi paritas ibu menempati proporsiter besar pada multi/grandemultipara (2 – 5 kali partus) yaitu 59 ibu (74.7%), diikuti proporsi paritas ibu Primipara (1 kali partus) yaitu 9 ibu (10.1 %).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Trianingsih, Mardhiyah, dan Duarsa (2015) di RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2010- 2012 yang menyatakan kelompok ibu dengan paritas berisiko (multipara dan grande multipara) lebih banyak mengalami plasenta previa yaitu 131 ibu dengan (85.6%) dibandingkan dengan kelompok ibu dengan paritas tidak berisiko (primipara) yaitu sebanyak 22 ibu (14.4%).

Serta penelitian Lestari dan Misbah (2014) di RSUD Dr. Adjidarmo Rangkasbitung tahun 2011 yang menyatakan bahwa proporsi kejadian plasenta previa lebih banyak terjadi pada kelompok ibu dengan paritas multipara dan grande multipara yaitu sebanyak 22 ibu (29.7%)

4.2.2 Anilisis Bivariat

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hartono dan Tedjoyouono, (2011), yang menyatakan terdapat hubungan bermakna antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa dengan nilai $p = 0,001$.

Hasil penelitian tersebut juga sejalan dengan Prawiroharjo (2014), yang mengatakan bahwa wanita paritas tinggi mempunyai risiko yang tinggi untuk

terjadinya plasenta previa, sedangkan wanita primipara mempunyai risiko lebih rendah untuk terjadinya plasenta previa. Pada ibu dengan paritas multipara berperan dalam atrofi endometrium, atau keadaan endometrium makin kurang baik, dikarenakan kehamilan yang berulang dapat menyebabkan vaskularisasi yang berkurang pada persalinan masa lampau serta terbentuknya jaringan parut. Jaringan parut ini menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta sehingga plasenta menjadi lebih tipis dan mencakup daerah uterus yang lebih luas dan berisiko menutupi ostium uteri internum guna memenuhi kebutuhan nutrisi janin (Febrina, Nurtjahyo, Thaib, 2013; Lestari dan Misbah, 2013; Oxorn, 2003).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang mengenai Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa Di RSMP periode Januari 2014 – Desember 2014, maka disimpulkan bahwa ibu yang melahirkan dengan paritas tinggi memiliki hubungan yang bermakna antara paritas tinggi dengan kejadian Plasenta Previa dan Paritas merupakan faktor risiko untuk terjadinya Plasenta Previa.

5.2. Saran

Saran yang dapat peneliti berikan adalah sebagai berikut:

A. Bagi Masyarakat

1. Agar masyarakat Indonesia khususnya melakukan pemeriksaan ANC untuk dekteksi plasenta previa pada usia lebih dari 28 minggu pada kehamilan yang berisiko.

B. Bagi peneliti

1. Pada penelitian ini ternyata dari data rekam medik yang saya dapatkan masih banyak kekurangan, sehingga saya sarankan rekam medik harus lebih lengkap dalam mencatat dan memasukan data ke rekam medik tersebut sehingga peneliti bisa bekerja lebih baik lagi, contohnya data paritas tidak lengkap, tulisan diagnosis yang tidak jelas.

C. Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang

1. Hendaknya pihak Rumah Sakit dapat meminta puskesmas wilayah kerja rumah sakit tersebut untuk dapat melakukan promosi kesehatan berupa penyuluhan tentang penyakit plasenta previa mulai dari pengertian, penyebab, faktor risiko, gejala serta pencegahan dengan melakukan deteksi dini melalui pemeriksaan ANC kepada masyarakat agar dapat menurunkan angka kejadian plasenta previa.

2. Bagian rekam medis Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang diharapkan agar dapat lebih meningkatkan kelengkapan dari data rekam medik pasien dan lebih melengkapi pengisian dari data rekam medik.

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah. 2012. Perdarahan *Antepartum*, (http://eprints.ums.ac.id/25812/3/BAB_I.pdf, diakses tanggal 5 September 2015).
- Azurah, AG., Zainol, ZWZ., Lim, PS., Shafiee, MN. 2014. Factors Associated with Placenta previa in Primigravida Its Pregnancy Outcome. *The Scientific World Journal*. 10 (1): 6.
- BKKBN. 2006. Deteksi Dini Komplikasi Persalinan. Jakarta: BKKBN.
- Chalik TMA. 2010. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut dan Persalinan: Plasenta Previa. Dalam : Saifuddin AB, Rachimhadi T, Winknjosastro GH (Editor), Ilmu Kandungan . Edisi 4. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hal.492 – 521.
- Cresswell, Jhon W. 2013. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed* Edisi ketiga. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Cunningham, F,G.2013. Obstetri Williams. Ed ke-23 Vol ke-2. EGC , Jakarta , Indonesia. Hal . 808 – 812.
- Departemen Kesehatan. 2007. Profil Kesehatan RI tahun 2005 tentang kesehatan RI, Jakarta, Indonesia. Hal. 5.
- Dinas Kota Palembang. 2010. Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun. 2010, Palembang. Hal.17
- Francois KE, Foley MR. 2007 *Antepartum Hemorrhage:Plasenta Previa*. Dalam: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson J (editor). *Obstetric Normal and Problem Pregnancies*. Philadelphia. Hal. 458- 465.
- Friedman, Marilyn M. 2005. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek. Jakarta: EGC
- Hartono, F., Wahyudi, T., Tedjuyuwono, A.A.T. 2011. Faktor Risiko Kejadian Plasenta Previa pada ibu hamil di RSUD dr. Soedarso Pontianak Tahun 2009-2011. Hal 3.
- Hendrick K., Meutia M. 2015. Hubungan antara usia ibu dan paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara Tahun 2012- 2013. *Jurnal Lentera* Vol.15. No.13. Juli
- Kim, LH., Caughey, AB., Laguardia, JC dan Escobar, GJ. 2012. Racial and Ethnic Differences In The Prevalence of Placenta Previa. *Journal of Perinatology*. 32 : 260-264.

- Kurniawati, N., Triyawati, L. 2013. Pengaruh Usia dan Paritas Terhadap Kejadian Plasenta Previa Pada Ibu Hamil Trimester III di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. Hal. 29- 40.
- Manuaba, I.A., F. Manuaba., B.G. Manuaba. 2012. Ilmu kebidanan: '*Penyakit Kandungan, dan KB*'. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 115 – 130.
- Nasreen. F. 2011. *Incidence, Causes and Outcome of Placenta Previa*. JPML. 17 (1): 101.
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan : "*Metode Pengambilan Sampel*". Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia. Hal. 891-893.
- Oxorn, H. 2013. Ilmu kebidanan patologi dan Fisiologi persalinan. Yayasan Essentia Medika, Jakarta, Indonesia. Hal. 90.
- Prawirohardjo, S. 2010. Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut Dan Persalinan. Ed ke- 4. Vol ke- 2. P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, Indonesia. Hal. 495- 502.
- Sastroasmoro,S.2011. Dasar- dasar Metodologi Penelitian Klinis : "*pemilihan subyek penelitian*". Edisi ke -4. Sangung satu. Jakarta, Indonesia . Hal. 88 – 101.
- Sofian, Amru, dr. Sp.OG(K). Onk. MWALS.2011.Rustam Mochtar Sinopsis Obstetri : "*Obstetri Fisiologi, Obstetri Patologi*". EGC . Jakarta,Indonesia.
- Sopyudin, M. 2010. *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Ed ke-3. Salemba Medika, Jakarta, Indonesia. Hal.69
- Stedman. 2003. Kamus Ringkasan *Kedokteran STEDMAN untuk profesi kesehatan*. Jakarta: ECG
- Suwanti, Wibowo, E.P., Herliana, B.R. 2014. *Hubungan Umur, Jarak Persalinan dan Riwayat Abortus Dengan Kejadian Plasenta Previa di RS Provinsi NTB Tahun 2012*. Media Bina Ilmiah. 8 (1): 2
- Trisnanto, L. 2011. Penyebab Angka kematian Ibu, (<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/150/jtptunimus-gdl-fujifatmaw-7485-1-babi.pdf>, diakses tanggal 5 September 2015).
- Trianiningsih, I., Mardhiyah, D., Duarsa, ABS. 2015. Faktor- faktor yang Berpengaruh pada Timbulnya Kejadianya Plasenta Previa. Jurnal Kedokteran Yarsi. 23 (2): 103- 113.
- Varney, H. 2006. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4. Jakarta. EGC.
- Wardana GA, Kartana MK. 2007. Faktor Risiko Plasenta Previa. Cermin Dunia kedokteran.(34): 229- 232.

Lampiran 1. Hasil Penelitian

NO.	Paritas				Diagnosis
	Primipara	Multipara	Grandemultipara	CODING	
1.	G1POAO			1	Plasenta previa
2.	G1POAO			1	Plasenta previa
3.	G1POAO			1	Plasenta previa
4.	G1POAO			1	Plasenta previa
5.	G1POAO			1	Plasenta previa
6.	G1POAO			1	Plasenta previa
7.	G1POAO			1	Plasenta previa
8.	G1POAO			1	Plasenta previa
9.	G1POAO			1	Plasenta previa
10.		G4P3AO		1	Plasenta previa
11.		G3P2AO		1	Plasenta previa
12.		G2P3AO		1	Plasenta previa
13.		G2P3AO		1	Plasenta previa
14.			G5P6AO	1	Plasenta previa
15.			G5A6AO	1	Plasenta previa
16.			G10P9AO	1	Plasenta previa
17.		G4P3AO		1	Plasenta previa
18.		G3P2AO		1	Plasenta previa
19.		G2P3AO		1	Plasenta previa
20.		G2P3AO		1	Plasenta previa
21.			G5P6AO	1	Plasenta previa
22.			G6A7AO	1	Plasenta previa
23.			G10P9AO	1	Plasenta previa
24.		G4P3AO		1	Plasenta previa
25.		G4P3AO		1	Plasenta previa
26.		G2P3AO		1	Plasenta previa
27.		G2P3AO		1	Plasenta previa
28.		G3P2AO		1	Plasenta previa
29.		G2P3AO		1	Plasenta previa
30.		G3P2AO		1	Plasenta previa
31.		G4P3AO		1	Plasenta previa
32.		G2P3AO		1	Plasenta previa
33.		G2P3AO		1	Plasenta previa
34.		G3P2AO		1	Plasenta previa
35.		G2P3AO		1	Plasenta previa
36.		G4P3AO		1	Plasenta previa
37.		G4P3AO		1	Plasenta previa
38.		G2P3AO		1	Plasenta previa
39.		G2P3AO		1	Plasenta previa
40.		G3P2AO		1	Plasenta previa

41		G2P3AO		1	Plasenta previa
42		G3P2AO		1	Plasenta previa
43		G4P3AO		1	Plasenta previa
44		G2P3AO		1	Plasenta previa
45		G2P3AO		1	Plasenta previa
46		G3P2AO		1	Plasenta previa
47		G2P3AO		1	Plasenta previa
48			G5P6AO	1	Plasenta previa
49		G4P3AO		1	Plasenta previa
50		G4P3AO		1	Plasenta previa
51		G2P3AO		1	Plasenta previa
52		G2P3AO		1	Plasenta previa
53		G3P2AO		1	Plasenta previa
54		G2P3AO		1	Plasenta previa
55		G3P2AO		1	Plasenta previa
56		G4P3AO		1	Plasenta previa
57			G6P7AO	1	Plasenta previa
58			G5P6AO	1	Plasenta previa
59			G8A7AO	1	Plasenta previa
60			P5A6AO	1	Plasenta previa
61			P6A7AO	1	Plasenta previa
62		G4P3AO		1	Plasenta previa
63.		G2P3AO		1	Plasenta previa
64.		G2P3AO		1	Plasenta previa
65.		G3P2AO		1	Plasenta previa
66.		G2P3AO		1	Plasenta previa
67.		G3P2AO		1	Plasenta previa
68.		G4P3AO		1	Plasenta previa
69.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
70.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
71.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
72.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
73.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
74.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
75.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
76.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
77.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
78.		G4P3AO		2	SECTIO CAESARIA
79.		G2P3AO		2	SECTIO CAESARIA
80.		G2P3AO		2	SECTIO CAESARIA
81.		G3P2AO		2	SECTIO CAESARIA
82.		G2P3AO		2	SECTIO CAESARIA
83.		G3P2AO		2	SECTIO CAESARIA
84.		G4P3AO		2	SECTIO CAESARIA
85.			G6P7AO	2	SECTIO CAESARIA
86.			G5P6AO	2	SECTIO CAESARIA

87.			G8A7AO	2	SECTIO CAESARIA
88.			P5A6AO	2	SECTIO CAESARIA
89.			P6A7AO	2	SECTIO CAESARIA
90.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
91.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
92.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
93.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
94.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
95.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
96.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
97.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
98.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
99.			G5P6AO	2	SECTIO CAESARIA
100.			G6A7AO	2	SECTIO CAESARIA
101.			G10P9AO	2	SECTIO CAESARIA
102.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
103.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
104.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
105.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
106.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
107.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
108.	G1POAO			2	SECTIO CAESARIA
109.	G1POAO			3	CKB
110.	G1POAO			3	CKB
111.	G1POAO			3	CKB
112.	G1POAO			3	CKB
113.	G1POAO			3	CKB
114.	G1POAO			3	CKB
115.	G1POAO			3	CKB
116.			G5P6AO	3	CKB
117.			G6A7AO	3	CKB
118.			G10P9AO	3	CKB
119.	G1POAO			3	CKB
120.	G1POAO			3	CKB
121.	G1POAO			3	CKB
122.	G1POAO			3	CKB
123.	G1POAO			3	CKB
124.	G1POAO			3	CKB
125.	G1POAO			3	CKB
126.	G1POAO			3	CKB
127.	G1POAO			3	CKB
128.	G1POAO			3	CKB
129.	G1POAO			3	CKB
130.		G4P3AO		3	CKB
131.		G2P3AO		3	CKB
132.		G2P3AO		3	CKB

133.		G3P2AO		3	CKB
134.		G2P3AO		3	CKB
135.		G3P2AO		3	CKB
136.		G4P3AO		3	CKB
137.		G4P3AO		3	CKB
138.		G4P3AO		3	CKB
139.		G2P3AO		3	CKB
140.		G2P3AO		3	CKB
141.		G3P2AO		3	CKB
142.		G2P3AO		3	CKB
143.		G3P2AO		3	CKB
144.		G4P3AO		3	CKB
145.			G6P7AO	3	CKB
146.			G5P6AO	3	CKB
147.			G8A7AO	3	CKB
148.			P5A6AO	3	CKB
149.			P6A7AO	3	CKB
150.			G6P7AO	3	CKB
151.			G5P6AO	3	CKB
152.			G8A7AO	3	CKB
153.	G1POAO			4	Partus prematurus
154.	G1POAO			4	Partus prematurus
155.	G1POAO			4	Partus prematurus
156.	G1POAO			4	Partus prematurus
157.	G1POAO			4	Partus prematurus
158.	G1POAO			4	Partus prematurus
159.	G1POAO			4	Partus prematurus
160.	G1POAO			4	Partus prematurus
161.	G1POAO			4	Partus prematurus
162.	G1POAO			4	Partus prematurus
163.	G1POAO			4	Partus prematurus
164.	G1POAO			4	Partus prematurus
165.	G1POAO			4	Partus prematurus
166.	G1POAO			4	Partus prematurus
167.	G1POAO			4	Partus prematurus
168.	G1POAO			4	Partus prematurus
169.	G1POAO			4	Partus prematurus
170.	G1POAO			4	Partus prematurus
171.	G1POAO			4	Partus prematurus
172.	G1POAO			4	Partus prematurus
173.	G1POAO			4	Partus prematurus
174.	G1POAO			4	Partus prematurus
175.			P6A7AO	4	Partus prematurus
176.			G6P7AO	4	Partus prematurus
177.			G5P6AO	4	Partus prematurus
178.			G8A7AO	4	Partus prematurus

179.		G3P2AO		4	Partus prematurus
180.		G2P3AO		4	Partus prematurus
181.		G3P2AO		4	Partus prematurus
182.		G4P3AO		4	Partus prematurus
183.		G4P3AO		4	Partus prematurus
184.		G4P3AO		4	Partus prematurus
185.		G2P3AO		4	Partus prematurus
186.		G2P3AO		4	Partus prematurus
187.		G3P2AO		4	Partus prematurus
188.		G2P3AO		4	Partus prematurus
189.		G3P2AO		4	Partus prematurus
190.		G4P3AO		4	Partus prematurus
191.			P6A7AO	4	Partus prematurus
192.			G6P7AO	4	Partus prematurus
193.			G5P6AO	4	Partus prematurus
194.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
195.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
196.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
197.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
198.	G1POAO			5	Pre-Eclampsia
199.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
200.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
201.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
202.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
203.	G1POAO			5	Pre-Eclampsia
204.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
205.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
206.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
207.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
208.	G1POAO			5	Pre-Eclampsia
209.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
210.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
211.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
212.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
213.	G1POAO			5	Pre-Eclampsia
214.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
215.	G1POAO			5	Pre- Eclampsia
216.		G3P2AO		5	Pre- Eclampsia
217.		G2P3AO		5	Pre- Eclampsia
218.		G3P2AO		5	Pre-Eclampsia
219.		G4P3AO		5	Pre- Eclampsia
220.		G4P3AO		5	Pre- Eclampsia
221.		G4P3AO		5	Pre- Eclampsia
222.		G2P3AO		5	Pre- Eclampsia
223.		G2P3AO		5	Pre-Eclampsia
224.		G3P2AO		5	Pre- Eclampsia

225.		G2P3AO		5	Pre- Eclampsia
226.		G3P2AO		5	Pre- Eclampsia
227.		G4P3AO		5	Pre- Eclampsia
228.			P6A7AO	5	Pre-Eclampsia
229.			G6P7AO	5	Pre- Eclampsia
230.			G5P6AO	5	Pre- Eclampsia
231.			G8A7AO	5	Pre- Eclampsia
232.			P6A7AO	5	Pre- Eclampsia
233.			G6P7AO	5	Pre-Eclampsia
234.			G5P6AO	5	Pre- Eclampsia
235.			G8A7AO	5	Pre-Eclampsia
236.			P6A7AO	5	Pre-Eclampsia
237.	G1POAO			6	Vacum
238.	G1POAO			6	Vacum
239.	G1POAO			6	Vacum
240.	G1POAO			6	Vacum
241.	G1POAO			6	vacum
242.	G1POAO			6	Vacum
243.	G1POAO			6	Vacum
244.	G1POAO			6	Vacum
245.	G1POAO			6	Vacum
246.	G1POAO			6	Vacum
247.	G1POAO			6	Vacum
248.			P6A7AO	6	Vacum
249.			G6P7AO	6	Vacum
250.			G5P6AO	6	vacum
251.			G8A7AO	6	Vacum
252.			P6A7AO	6	Vacum
253.			G6P7AO	6	Vacum
254.			G5P6AO	6	Vacum
255.			G8A7AO	6	Vacum
256.			P6A7AO	6	Vacum
257.		G4P3AO		6	Vacum
258.		G4P3AO		6	Vacum
259.		G2P3AO		6	vacum
260.		G2P3AO		6	Vacum
261.		G3P2AO		6	Vacum
262.		G2P3AO		6	Vacum
263.		G2P3AO		6	Vacum
264.		G3P2AO		6	Vacum
265.	G1POAO			6	Vacum
266.	G1POAO			6	Vacum
267.	G1POAO			6	Vacum
268.	G1POAO			6	vacum
269.	G1POAO			6	Vacum
270.	G1POAO			6	Vacum

271.	G1POAO			6	Vacum
272.	G1POAO			6	Vacum
273.	G1POAO			6	Vacum
274.	G1POAO			6	Vacum
275.	G1POAO			6	Vacum
276.	G1POAO			6	Vacum
277.	G1POAO			6	vacum
278.	G1POAO			6	Vacum
279.	G1POAO			7	KET
280.	G1POAO			7	KET
281.	G1POAO			7	KET
282.	G1POAO			7	KET
283.	G1POAO			7	KET
284.	G1POAO			7	KET
285.	G1POAO			7	KET
286.	G1POAO			7	KET
287.	G1POAO			7	KET
288.		G2P3AO		7	KET
289.		G3P2AO		7	KET
290.			G6P7AO	7	KET
291.			G5P6AO	7	KET
292.			G8A7AO	7	KET
293.			P6A7AO	7	KET
294.			G6P7AO	7	KET
295.			G5P6AO	7	KET
296.			G8A7AO	7	KET
297.			P6A7AO	7	KET
298.		G4P3AO		7	KET
299.		G4P3AO		7	KET
300.		G2P3AO		7	KET
301.		G2P3AO		7	KET
302.		G3P2AO		7	KET
303.		G2P3AO		7	KET
304.		G2P3AO		7	KET
305.		G3P2AO		7	KET
306.			G6P7AO	7	KET
307.			G5P6AO	7	KET
308.			G8A7AO	7	KET
309.			P6A7AO	7	KET
310.			G6P7AO	7	KET
311.		G2P3AO		7	KET
312.		G3P2AO		7	KET
313.		G2P3AO		7	KET
314.		G2P3AO		7	KET
315.		G3P2AO		7	KET
316.			G6P7AO	7	KET

317.		G5P6AO	7	KET
318.		G8A7AO	7	KET
319.		G6P7AO	7	KET
320.		G5P6AO	7	KET
321.		G8A7AO	7	KET
322.	G2P3AO		7	KET
323.	G2P3AO		7	KET
324.	G4P3AO		8	Partus Spontan
325.	G4P3AO		8	Partus spontan
326.	G2P3AO		8	Partus spontan
327.	G2P3AO		8	Partus spontan
328.	G3P2AO		8	Partus spontan
329.	G2P3AO		8	Partus spontan
330.	G2P3AO		8	Partus spontan
331.	G3P2AO		8	Partus spontan
332.		G6P7AO	8	Partus spontan
333.		G5P6AO	8	Partus Spontan
334.		G8A7AO	8	Partus spontan
335.		G6P7AO	8	Partus spontan
336.		G5P6AO	8	Partus spontan
337.		G8A7AO	8	Partus spontan
338.	G2P3AO		8	Partus spontan
339.	G2P3AO		8	Partus spontan
340.	G4P3AO		8	Partus spontan
341.	G4P3AO		8	Partus spontan
341.	G2P3AO		8	Partus Spontan
342.	G2P3AO		8	Partus spontan
343.	G3P2AO		8	Partus spontan
344.	G2P3AO		8	Partus spontan
345.	G4P3AO		8	Partus spontan
346.	G2P3AO		8	Partus spontan
347.	G2P3AO		8	Partus spontan
348.	G3P2AO		8	Partus spontan
349.	G2P3AO		8	Partus spontan
350.	G4P3AO		8	Partus Spontan
351.	G4P3AO		8	Partus spontan
352.	G2P3AO		8	Partus spontan
353.	G2P3AO		8	Partus spontan
354.	G3P2AO		8	Partus spontan
355.	G2P3AO		8	Partus spontan
356.	G2P3AO		8	Partus spontan
357.	G3P2AO		8	Partus spontan
358.	G4P3AO		8	Partus spontan
359.	G4P3AO		8	Partus Spontan
360.	G2P3AO		8	Partus spontan
361.	G2P3AO		8	Partus spontan

362.		G3P2AO		8	Partus spontan
363.		G2P3AO		8	Partus spontan
364.		G2P3AO		8	Partus spontan
365.		G3P2AO		8	Partus spontan
366.			G6P7AO	8	Partus spontan
367.			G5P6AO	8	Partus spontan
368.			G8A7AO	8	Partus Spontan
369.			P6A7AO	8	Partus spontan
370.			G6P7AO	8	Partus spontan
371.		G4P3AO		8	Partus spontan
372.		G4P3AO		8	Partus spontan
373.		G2P3AO		8	Partus spontan
374.		G2P3AO		8	Partus spontan
375.		G3P2AO		8	Partus spontan
376.		G2P3AO		8	Partus spontan
377.			P6A7AO	8	Partus Spontan
378.			G6P7AO	8	Partus spontan
379.			G5P6AO	8	Partus spontan
380.			G8A7AO	8	Partus spontan
381.			P6A7AO	8	Partus spontan
382.			G6P7AO	8	Partus spontan
383.			G5P6AO	8	Partus spontas
384.			G8A7AO	8	Partus spontan
385.			P6A7AO	8	Partus spontan
386.		G2P3AO		8	Partus spontan
387.			G5P6AO	8	Partus spontan
388		G3P2AO		9	CPD
389		G4P3AO		9	CPD
390		G4P3AO		9	CPD
391		G2P3AO		9	CPD
392		G2P3AO		9	CPD
393		G3P2AO		9	CPD
394		G2P3AO		9	CPD
395		G2P3AO		9	CPD

Lampiran 2. Hasil Analisis Data

1. Hasil Analisis Univariat

A. Distribusi Status Paritas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
status paritas * Diagnosis	158	86.3%	25	13.7%	183	100.0%

status paritas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid multigrandemultipara	79	43.2	50.0	50.0
primipara	79	43.2	50.0	100.0
Total	158	86.3	100.0	
Missi System ng	25	13.7		
Total	183	100.0		

B. Distribusi Plasenta previa

Diagnosis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Plasenta Previa	68	37.2	43.0	43.0
bukan Plasenta Previa	90	49.2	57.0	100.0
Total	158	86.3	100.0	
Missing System	25	13.7		
Total	183	100.0		

2. Hasil Analisis Bivariat

A. Hubungan antara Paritas dan Plasenta previa

status paritas * Diagnosis Crosstabulation

		Diagnosis		Total	
		Plasenta Previa	bukan Plasenta Previa		
status paritas	multigrandemultipar	Count	59	20	79
	a	% within status paritas	74.7%	25.3%	100.0%
	primipara	Count	9	70	79
		% within status paritas	10.1%	89.9%	100.0%
Total		Count	68	90	158
		% within status paritas	42.4%	57.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	67.403 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	64.786	1	.000		
Likelihood Ratio	74.180	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	66.977	1	.000		
N of Valid Cases ^b	158				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

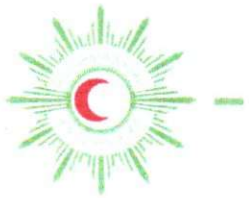
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status paritas (multigrandemultipara / primipara)	26.181	10.755	63.732
For cohort Diagnosis = Plasenta Previa	7.375	3.776	14.403
For cohort Diagnosis = bukan Plasenta Previa	.282	.192	.414
N of Valid Cases	158		

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status paritas (multigrandemultipara / primipara)	26.181	10.755	63.732
For cohort Diagnosis = Plasenta Previa	7.375	3.776	14.403
For cohort Diagnosis = bukan Plasenta Previa	.282	.192	.414
N of Valid Cases	158		

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for status paritas (multigrandemultipara / primipara)	26.181	10.755	63.732
For cohort Diagnosis = Plasenta Previa	7.375	3.776	14.403
For cohort Diagnosis = bukan Plasenta Previa	.282	.192	.414
N of Valid Cases	158		



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KETERANGAN

No: 2857KET/D-5/RSMP/II/2017

Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dengan ini menerangkan bahwa :


Nama : Shindina Firli Glaudia
NIM : 702012061
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Institusi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Adalah benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tanggal 23 – 26 November 2015 dengan judul penelitian “Hubungan Paritas Dengan Kejadian Plasenta Previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Januari 2014 – Desember 2014.”

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Palembang, 13 Jumadil Awwal 1438H
10 Februari 2017M

Plt. Direktur,


Mustofa S. Ag. M. Pd. I
NBP. 14 68.0628

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 24 Nopember 2015.

Nomor : 1801 / I-13/FK-UMP/XI/2015
Lampiran : -
Perihal : Mohon izin Penelitian

Kepada : Yth. Sdr. Direktur
Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang
Di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Shindina Firli Glaudia
NIM : 702012061
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Periode Tahun Januari 2014 – 31 Desember 2014.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi kepada nama tersebut diatas di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang .

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.


Dekan

Dr.HM. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN. 1062484/0020084707

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

MA MAHASISWA : Shindira Firdi Gaudia.
NIM : 80-2012-061

PEMBIMBING I : dr. Asmarani ma'mun . M.Kef.
PEMBIMBING II : dr. Milla Fadilya Bustan

JUDUL SKRIPSI : Hubungan Paritas dengan kejadian plasenta previa di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang periode Januari 2014 - Desember 2014.

TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
		I	II	
8 Agustus 2016	Bab I, II, III, IV, V	AS	AS	
11. Agustus 2016	Bab IV, V.	AS	AS	
15. Agustus 2016	Bab. I, II, III.	AS	AS	
16. Agustus 2016	Bab IV, V.	AS	AS	
26 Januari 2016	Abstarck.	AS	AS	ACC

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang
 Pada Tanggal : / /
 a.n. Dekan
 Ketua UPK,
 a.n

BIODATA

Nama : Shindina Firli Glaudia
Tempat Tanggal Lahir : Lubuk Linggau, 16 Oktober 1994
Alamat : Jl. Sukarela No.64 Rt.08 Taba pingin Lubuk Linggau
Telp/Hp : 081373585404
Email : shindinafirli@yahoo.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
Ayah : Bunardi Mansyur
Ibu : Erfiana Yulieta, S. Km
Jumlah Saudara : 3 (Dua)
Anak ke : 1 (Satu)
Riwayat Pendidikan : 1. TK Bhayangkari Lubuk Linggau (1999-2000)
2. SD N 16 Lubuk Linggau (2000-2006)
3. SMP N 1 Lubuk Linggau (2006-2009)
4. SMA N 2 Lubuk Linggau (2009-2012)
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (2012-Sekarang)



Palembang, Febuari 2017



(Shindina Firli Glaudia)