

NASKAH RINGKASAN

HUBUNGAN USIA, PARITAS, PLASENTA PREVIA, RIWAYAT *SECTIO CAESARIA*, DAN RIWAYAT KURATASE TERHADAP KEJADIAN PLASENTA AKRETA DI RSUD PROVINSI NTB

**Diajukan sebagai syarat meraih gelar sarjana pada Fakultas Kedokteran
Universitas Mataram**



Oleh:

I Gede Aditya Satrya Bhuwana Cakra

H1A020047

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MATARAM

2023

HUBUNGAN USIA, PARITAS, PLASENTA PREVIA, RIWAYAT *SECTIO CAESARIA*, DAN RIWAYAT KURATASE TERHADAP KEJADIAN PLASENTA AKRETA DI RSUD PROVINSI NTB

I Gede Aditya Satrya Bhuwana Cakra^{1*}, Windiana Rambu^{2*}, Ardiana Ekawanti^{3*}

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

²Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

³Departemen Ilmu Faal dan Biokimia, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

*E-mail: satrya1606@gmail.com

Diajukan sebagai syarat meraih gelar sarjana pada Fakultas Kedokteran

Universitas Mataram

Jumlah tabel 2

ABSTRAK

HUBUNGAN USIA, PARITAS, PLASENTA PREVIA, RIWAYAT *SECTIO CAESARIA*, DAN RIWAYAT KURATASE TERHADAP KEJADIAN PLASENTA AKRETA DI RSUD PROVINSI NTB

I Gede Aditya Satrya Bhuwana Cakra, Windiana Rambu, Ardiana Ekawanti

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

Latar Belakang: Plasenta akreta adalah kondisi plasenta melekat terlalu dalam pada dinding uterus, menyebabkan perdarahan postpartum. Plasenta akreta merupakan salah satu penyebab dari retensio plasenta, yang kemudian dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang berkontribusi dalam kematian pada ibu hamil. Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko plasenta akreta pada ibu hamil di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB untuk mengurangi kejadian ini di masa depan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian observasional dan dilakukan dengan desain penelitian *case control*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil di RSUD Provinsi NTB tahun 2019 – 2022. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *simple random sampling*

Hasil: Dari 68 sampel, didapatkan hasil usia tidak berhubungan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,618$). Paritas berhubungan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,004$). Plasenta previa berhubungan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,000$). Riwayat *section caesaria* berhubungan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,000$). Riwayat kuretase tidak berhubungan terhadap kejadian plasenta akreta ($1,000$).

Kesimpulan: Pada peneltian menunjukan bahwa tidak ada hubungan antara usia dan riwayat kuretase terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB. Namun, ada hubungan antara paritas, plasenta previa, dan riwayat *sectio caesaria* terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Kata Kunci: Plasenta akreta, perdarahan postpartum, usia, paritas, plasenta previa, *sectio caesaria*, kuretase

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN AGE, PARITY, PLACENTA PREVIA, HISTORY OF CESAREAN SECTION, AND HISTORY OF CURETTAGE ON THE OCCURRENCE OF PLACENTA ACCRETA IN RSUD PROVINSI NTB

I Gede Aditya Satrya Bhuwana Cakra, Windiana Rambu, Ardiana Ekawanti

Fakultas Kedokteran Universitas Mataram

Background: *Placenta accreta is a condition where the placenta attaches too deeply to the uterine wall, leading to postpartum hemorrhage. Placenta accreta is one of the causes of retained placenta, which can subsequently result in postpartum hemorrhage contributing to maternal mortality. The study aims to identify the risk factors for placenta accreta in pregnant women at the NTB Provincial General Hospital to reduce its occurrence in the future.*

Method: *This research is an observational study conducted with a case-control research design. The study population consists of all pregnant women at the RSUD Provinsi NTB from 2019 to 2022. Sampling was carried out using the simple random sampling method.*

Results: *From the 68 samples, the results show that age is not associated with the occurrence of placenta accreta ($p= 0.618$). Parity is associated with the occurrence of placenta accreta ($p= 0.004$). Placenta previa is associated with the occurrence of placenta accreta ($p= 0.000$). A history of cesarean section is associated with the occurrence of placenta accreta ($p= 0.000$). A history of curettage is not associated with the occurrence of placenta accreta ($p= 1.000$).*

Conclusion: *The research indicates that there is no significant relationship between age and history of curettage with the occurrence of placenta accreta at the RSUD Provinsi NTB. But, there is a significant relationship between parity, placenta previa, and history of cesarean section with the occurrence of placenta accreta at the RSUD Provinsi NTB*

Keyword: *Placenta accreta, postpartum hemorrhage, age, parity, placenta previa, cesarean section, curettage*

Pendahuluan

Ibu merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan kesehatan. Keberhasilan program kesehatan ibu dapat dinilai melalui indikator utama, yaitu Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Ratio* (MMR). AKI adalah semua kematian ibu dalam setiap 100.000 kelahiran. Kematian ibu dalam indikator ini diartikan sebagai semua kematian yang terjadi selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas, tetapi bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental. Sebagian besar kematian ibu terjadi di negara berkembang, seperti Asia Tenggara. Rasio kematian ibu di negara Asia Tenggara pada 2017 adalah 137 per 100.000 kelahiran hidup berbanding 12 per 100.000 kelahiran hidup di negara maju ¹. Berdasarkan Survei MMR WHO, angka kematian ibu di Indonesia termasuk salah satu yang tertinggi di kawasan Asia Tenggara, sebesar 177 per 100.000 kelahiran hidup ².

Jumlah kematian ibu yang dihimpun dari pencatatan program kesehatan keluarga di Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 menunjukkan 7.389 kematian di Indonesia. Jumlah ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020 sebesar 4.637 dan tahun 2019 sebesar 4.221 kematian. Berdasarkan penyebabnya, sebagian besar kematian ibu pada tahun 2021 disebabkan terkait COVID-19 sebanyak 2.982 kasus, perdarahan sebanyak 1.330 kasus, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 1.077 kasus, dan penyebab lainnya (penyakit jantung, infeksi, gangguan metabolik, gangguan sistem perdarahan) ³.

Perdarahan postpartum atau perdarahan postpartum meliputi semua perdarahan yang terjadi setelah kelahiran bayi yaitu sebelum, selama, atau sesudah keluarnya plasenta ⁴. Secara fisiologis, seorang ibu yang akan melahirkan dapat mengeluarkan darah hingga 500 ml tanpa mengalami gangguan hemodinamik. Seorang ibu dapat dikatakan mengalami perdarahan postpartum jika kehilangan darah lebih dari 500 ml pada persalinan normal atau kehilangan darah lebih dari 1000 ml pada *sectio caesaria* ⁵. Perdarahan postpartum merupakan salah satu masalah utama bidang obstetri sebagai penyebab utama kematian maternal. Perdarahan posrpartum menyebabkan

seperempat dari seluruh kematian ibu hamil di seluruh dunia dan penyebab kematian ibu hamil paling banyak nomor dua di Indonesia (Kemenkes RI., 2021; World Health Organization, 2019).

Beberapa penyebab perdarahan postpartum yang mengakibatkan kematian ibu seperti atonia uteri, *disseminated intravascular coagulation* (DIC), laserasi, dan retensio plasenta. Berdasarkan beberapa penyebab yang telah disebutkan, plasenta akreta merupakan salah satu penyebab dari retensio plasenta, yang kemudian dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang berkontribusi dalam kematian pada ibu hamil ⁶.

Plasenta akreta merupakan kondisi plasenta terimplantasi terlalu dalam ke dinding uterus hingga menginvasi miomentrium. Akibatnya, sebagian dari plasenta tidak terlepas setelah persalinan dan dapat menyebabkan perdarahan hebat sehingga perlu dilakukan *emergency cesarean hysterectomy* sebagai tatalaksananya. Plasenta akreta merupakan penyebab morbiditas dan mortalitas maternal yang menjadi alasan paling umum dilakukannya tindakan *emergency postpartum hysterectomy* ⁷.

Mengingat besarnya komplikasi pada ibu dan bayi pada pasien plasenta akreta dan kurangnya penelitian tentang faktor risiko plasenta akreta, penulis tertarik untuk mengeksplorasi karakteristik pasien plasenta akreta di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB, sebagai rumah sakit rujukan di NTB. Dengan mengidentifikasi faktor risiko untuk plasenta akreta, kejadiannya di masa depan dapat dikurangi. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor risiko terkait plasenta akreta pada ibu hamil.

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional (non eksperimental) untuk mengetahui hubungan antara kejadian plasenta akreta dengan usia, paritas, plasenta previa, riwayat sectio caesaria, dan riwayat kuretase. Penelitian ini dilakukan dengan desain penelitian *case control*. Penelitian ini dilakukan di RSUD Provinsi NTB. Data diperoleh melalui data sekunder berupa rekam medis pasien. Pengambilan data dilakukan pada bulan April 2023 dengan meminta rekam medis pada bagian administratif rumah sakit. Dalam penelitian ini, populasi yang digunakan adalah seluruh ibu bersalin di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB periode tahun 2020 – 2022. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah Ibu hamil yang dirawat di RSUD Provinsi NTB. Sampel terdiri dari kelompok kasus dan kelompok kontrol dengan perbandingan 1:1.

a. Kelompok Kasus

Kelompok kasus adalah ibu hamil dengan plasenta akreta yang dirawat di RSUD Provinsi NTB pada periode 2020 – 2022. Sampel dipilih dengan menggunakan metode *simple random sampling*. Semua pasien dengan plasenta akreta yang memenuhi kriteria inklusi terpilih menjadi sampel dalam penelitian ini.

1) Kriteria Inklusi

- a) Pasien dengan plasenta akreta yang memiliki rekam medis di RSUD Provinsi NTB

2) Kriteria eksklusi

- a) Pasien dengan kasus retensio plasenta selain plasenta akreta

b. Kelompok Kontrol

Kelompok kontrol adalah ibu hamil tanpa plasenta akreta yang dirawat di RSUD Provinsi NTB. Sampel diambil dari kelompok ini dengan metode *simple random sampling*, yaitu metode pengambilan sampel yang memberikan kesempatan yang sama bagi setiap anggota populasi untuk terpilih sebagai sampel dan dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi. Teknik pengambilan sampel acak sederhana ini menggunakan sistem undian atau lotre.

- 1) Kriteria Inklusi
 - a) Pasien bersalin tanpa komplikasi, baik secara normal atau *sectio caesaria*
 - b) Pasien tanpa plasenta akreta yang memiliki rekam medis di RSUD Provinsi NTB
- 2) Kriteria eksklusi
 - a) Pasien bersalin dengan komplikasi

Besaran jumlah sampel adalah seluruh pasien dengan plasenta akreta yang dirawat di poliklinik Obgyn RSUD Provinsi NTB selama tahun 2020 - 2023. Perhitungan besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Slovin. Pada penelitian ini dipilih kelompok kasus dan kontrol dengan perbandingan 1:1. Sehingga jumlah sampel 62 yang terdiri dari kelompok kasus sebanyak 31 dan kelompok kontrol sebanyak 31 sampel. Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat yaitu plasenta akreta dan variabel bebas yaitu usia, paritas, plasenta previa, riwayat *sectio caesaria*, dan riwayat kuretase. Penelitian ini menggunakan sumber data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis pasien plasenta akreta yang dirawat di RSUD Provinsi NTB. Setelah didapatkan data, dilakukan analisis univariat dan bivariat.

Hasil

Sampel diambil sebanyak 68 yang terdiri dari 34 sampel kelompok kasus berupa ibu hamil yang dirawat dengan plasenta akreta pada tahun 2019 – 2022 diambil dengan metode *simple random sampling* dan 34 sampel kontrol yakni ibu hamil yang dirawat tidak dengan plasenta akreta tahun 2019 – 2022 diambil dengan dengan cara teknik *simple random sampling*. Hasil analisis univariat dilakukan untuk memperoleh distribusi frekuensi variabel bebas (usia, paritas, plasenta previa, riwayat *sectio caesaria*, dan riwayat kuretase) dan variabel terikat (plasenta akreta). Hasil analisis dapat dilihat pada (tabel 1) berikut:

Tabel 1 Analisis Univariat

Variabel	Frekuensi (n=68)	Presentase
Usia		
<20 dan >35 tahun	26	38,2%
20 – 35 tahun	42	61,8%
Paritas		
Primipara	21	30,9%
Multipara	47	69,1%
Plasenta Previa		
Ada	35	51,5%
Tidak Ada	33	48,5%
Riwayat SC		
Ada	42	61,8%
Tidak Ada	26	38,2%
Riwayat Kuretase		
Ada	16	23,5%
Tidak Ada	52	76,4%

Hasil analisis univariat pada (tabel 1) menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 20 – 35 tahun (61,8%), sebagian besar responden merupakan multipara (69,1%), sebagian besar pasien ada plasenta previa (51,5%), sebagian besar pasien memiliki riwayat SC (61,8%), dan sebagian besar pasien tidak ada riwayat kuretase (76,4%)

Analisis selanjutnya, yaitu analisis bivariat yang digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (usia ibu, paritas, plasenta previa, riwayat sectio caesaria, dan riwayat kuretase) dengan variabel terikat (kejadian plasenta akreta). Uji statistik yang digunakan yaitu uji chi square dengan tingkat kepercayaan 95%. Hasil analisis dapat dilihat pada (tabel 5.2) berikut:

Tabel 2 Analisis Bivariat

Variabel	Plasenta Akreta				OR	(95% CI)		P
	Ya		Tidak			Upper	Lower	
	f	%	f	%				
Usia								
<20 dan >35 tahun	12	35,3	14	41,2	0,779	0,292	2,077	0,618
	22	64,7	20	58,8				
20 – 35 tahun								
Paritas								
0 – 1	5	14,7	16	47,1	0,194	0,061	0,621	0,004
>1	29	85,3	18	52,9				
Plasenta Previa								
Ada	32	94,1	3	8,8	165,3 33	25,838	1057,944	165,3
Tidak Ada	2	5,9	31	91,2				
Riwayat SC								
Ada	29	85,3	13	38,2	9,369	2,895	30,320	0,000
Tidak Ada	5	14,7	21	61,8				
Riwayat Kuretase								
Ada	8	23,5	8	23,5	1,000	0,326	3,067	1,000
Tidak Ada	26	76,5	26	76,5				

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 34 pasien dengan plasenta akreta, sebagian besar (64,7%) pasien berusia di rentang usia 20 – 35 tahun dan dari 34 pasien tanpa plasenta akreta, sebagian besar (58,8%) berusia di rentang usia 20 – 35 tahun. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=0,618$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa H_0 diterima, tidak ada hubungan antara usia ibu terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 34 pasien dengan plasenta akreta, sebagian besar (85,3%) dengan paritas >1 dan dari 34 pasien tanpa plasenta akreta, sebagian besar (52,9%) dengan paritas >1. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p= 0,004$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, ada hubungan antara paritas terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB dengan $OR= 0,194$, yang berarti bahwa ibu dengan paritas >1 memiliki risiko lebih rendah 0,194 kali untuk mengalami plasenta akreta dibandingkan ibu dengan paritas 0 – 1.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 34 pasien dengan plasenta akreta, sebagian besar (94,1%) pasien ada plasenta previa dan dari 34 pasien tanpa plasenta akreta, sebagian besar (91,2%) pasien tidak ada plasenta previa. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p= 0,000$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, ada hubungan antara plasenta previa terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB dengan $OR= 165,333$, yang berarti bahwa ibu dengan plasenta previa memiliki risiko 165,333 kali mengalami plasenta akreta dibandingkan ibu tanpa plasenta previa.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 34 pasien dengan plasenta akreta, sebagian besar (85,3%) pasien ada riwayat SC dan dari 34 pasien tanpa plasenta akreta, sebagian besar (61,8%) tidak ada riwayat SC. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p= 0,000$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima, ada hubungan antara riwayat SC terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB dengan $OR= 9,369$, yang berarti bahwa ibu dengan riwayat SC memiliki risiko 9,369 kali mengalami plasenta akreta dibandingkan ibu tanpa riwayat SC.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa dari 34 pasien dengan plasenta akreta, sebagian besar (76,5%) pasien tidak ada riwayat kuretase dan dari 34 pasien tanpa plasenta akreta, sebagian besar (76,5%) pasien tidak ada riwayat kuretase. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p= 1,000$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa H_0 diterima, tidak ada hubungan antara riwayat kuretase terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Pembahasan

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar (61,8%) pasien berusia 20 – 35 tahun dan sebagian besar (64,7%) plasenta akreta terjadi pada pasien usia 20 – 35 tahun. Hal ini menandakan walaupun usia 20 – 35 tahun dikatakan sebagai rentang usia reproduksi yang sehat, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi plasenta akreta. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=0,618$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara usia terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian oleh Flood et al (2009)⁸ yang menyatakan bahwa usia ibu hamil bukanlah faktor risiko utama untuk plasenta akreta. Studi tersebut menunjukkan bahwa faktor lain seperti riwayat SC dan operasi di uterus memiliki korelasi yang lebih besar dengan risiko plasenta akreta karena adanya trauma pada endometrium yang menginduksi terbentuknya jaringan fibrosis di endometrium. Hasil yang sama juga dikemukakan oleh^{9,10} yang menyatakan bahwa usia ibu hamil bukanlah faktor risiko signifikan untuk plasenta akreta. Hasilnya menunjukkan bahwa faktor-faktor lain, seperti riwayat sebelumnya dari operasi caesar, memiliki dampak yang lebih besar terjadinya plasenta akreta^{9,10}.

Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilaporkan oleh Fitzpatrick et al. (2012). Penelitian tersebut mendapatkan hasil usia ibu saat hamil >35 tahun memiliki signifikansi untuk terjadi plasenta akreta dengan $p=0,0001$ ¹¹. Penelitian lain oleh Wu et al. (2005) juga mendapatkan hasil bahwa usia >35 tahun memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta dengan $p= 0,0001$ ¹². Hasil penelitian oleh Baldwin et al. (2018) menunjukkan jika usia ibu <20 dan >35 memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,01$)¹³.

Hasil penelitian ini membuktikan jika usia ibu yang tidak berisiko (20 – 35 tahun) juga memiliki kemungkinan untuk mengalami plasenta akreta. Ini disebabkan karena faktor-faktor lain seperti riwayat kehamilan sebelumnya, status nutrisi ibu, faktor genetik, dan riwayat perawatan medis memainkan peran yang lebih signifikan dalam terjadinya plasenta akreta daripada usia ibu. Oleh karena itu,

meskipun temuan ini menunjukkan bahwa usia ibu tidak memiliki hubungan signifikan dengan plasenta akreta dalam sampel ini, penting untuk diingat bahwa plasenta akreta adalah kondisi multifaktorial, dan faktor-faktor lain juga perlu dipertimbangkan dalam penilaian risiko.

5.2.2. Hubungan Paritas dengan Kejadian Plasenta Akreta

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir sebagian besar (69,1%) pasien memiliki paritas >1 dan sebagian besar (85,3%) pasien yang mengalami plasenta akreta memiliki paritas >1 . Hasil ini didukung oleh penelitian Kharisma et al. (2022) dan Yeni et al. (2022) yang menyatakan jika sebagian besar kasus plasenta akreta dialami oleh pasien dengan multiparitas dibandingkan dengan nuliparitas dan primiparitas^{14,15}. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=0,004$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa ada hubungan antara paritas terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Gielchinsky et al. (2002) (OR=1.29, 95% CI 1.056–1.585) yang menyatakan bahwa rata-rata paritas ibu yang mengalami plasenta akreta adalah 2,1 – 2,3 dan multiparitas pada ibu memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta¹⁶. Hasil ini didukung juga oleh Fitzpatrick et al. (2012), yang mengemukakan jika paritas >1 memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,0001$)¹¹. Hasil yang sama juga dikemukakan oleh Wu et al. (2005) menyatakan jika multiparitas memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,001$)¹².

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori oleh Morlando and Collins (2020) yang menyatakan jika paritas mempunyai pengaruh terhadap kejadian plasenta akreta. Hal ini dapat terjadi karena setiap kehamilan dan persalinan terjadi penurunan sel-sel desidua. Akibat penurunan desidua atau tidak adanya sel desidua basalis, kelainan perkembangan lapisan fibrinoid dapat terjadi secara parsial dan total, sehingga vili plasenta dapat melekat pada miometrium¹⁷. Paritas tinggi juga mempunyai risiko lebih besar terjadi adanya fibrosis pada bekas perlekatan plasenta pada persalinan sebelumnya akibat kehamilan berulang yang menyebabkan kurangnya vaskularisasi dan atrofi desidua sehingga untuk memenuhi kebutuhan

nutrisi pada janin, plasenta akan mengalami perluasan implantasi dan akan menembus dinding uterus lebih dalam lagi sehingga akan menyebabkan terjadinya plasenta akreta¹⁸.

5.2.3. Hubungan Plasenta Previa dengan Kejadian Plasenta Akreta

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir sebagian besar (51,5%) pasien memiliki plasenta previa dan sebagian besar (94,1%) pasien yang memiliki plasenta previa juga mengalami plasenta akreta. Hasil ini didukung oleh penelitian dan Fitzpatrick et al. (2012) dan Flood et al. (2009) yang menyatakan jika hampir seluruh kasus plasenta akreta, diikuti oleh plasenta previa^{8,11}. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa ada hubungan antara plasenta previa terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Wu et al. (2005) yang menyatakan jika plasenta previa memiliki hubungan signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,001$) dan merupakan faktor risiko terbesar kejadian plasenta akreta ($OR= 51,42$)¹². Hasil yang sama juga dikemukakan oleh Fitzpatrick et al. (2012) yang menyatakan jika plasenta previa memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta¹¹. Hasil ini juga didukung penelitian oleh Hung et al. (1999) dan Miller et al. (1997), yang menyatakan jika plasenta previa memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,001$) (Hung et al., 1999; Miller et al., 1997).

Adanya plasenta previa adalah faktor risiko terbesar plasenta akreta. Dalam satu penelitian oleh Bheeshma et al (2017), 88% dari wanita memiliki plasenta previa, juga memiliki plasenta akreta²¹. Studi prospektif besar yang dilakukan oleh Silver dan Barbour (2015) menemukan bahwa risiko plasenta akreta adalah 0,03% pada pasien yang menjalani operasi caesar pertama jika plasenta previa tidak ada, tetapi jika plasenta previa ada, risiko akreta adalah 3,3% pada operasi caesar pertama, dan meningkat menjadi 40% setelah operasi caesar ketiga²².

Hal ini terjadi karena plasenta previa dapat meningkatkan risiko plasenta akreta melalui beberapa mekanisme yang berhubungan dengan perubahan struktur

pembuluh darah dalam plasenta dan dinding uterus. Pada kasus plasenta previa, plasenta yang menutupi bagian atau seluruh pembukaan serviks. Ketika plasenta tumbuh di dekat atau menutupi serviks, pembuluh darah plasenta dapat tumbuh lebih dalam ke dalam dinding uterus untuk mencapai suplai darah yang diperlukan. Hal ini dapat menyebabkan perubahan dalam struktur vaskular plasenta, termasuk peningkatan jumlah dan kedalaman pembuluh darah, yang membuatnya lebih sulit untuk terlepas saat persalinan ²².

5.2.4. Hubungan Riwayat Sectio Caesaria dengan Kejadian Plasenta Akreta

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir sebagian besar (61,8%) pasien ada riwayat SC dan sebagian besar (85,3%) pasien yang mengalami plasenta akreta ada riwayat SC. Hal ini sesuai dengan oleh beberapa penelitian yang menyatakan sebagian besar pasien plasenta akreta ada riwayat SC setidaknya sekali (Marshall et al., 2011; Silver & Branch, 2018; Usta et al., 2005; Wu et al., 2005; Yeni et al., 2022). Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) yang berarti bahwa ada hubungan antara riwayat SC terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Hampir seluruh penelitian berpendapat bahwa riwayat SC sebelumnya memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta. Hal ini didasari oleh meningkatnya kejadian plasenta akreta selama beberapa dekade terakhir seiring dengan peningkatan tingkat operasi caesar (Silver & Branch, 2018). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Wu et al. (2005) yang menyatakan bahwa riwayat SC memiliki hubungan signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,001$) dan merupakan salah satu faktor risiko tertinggi setelah plasenta previa ($OR= 8,6$) ¹². Dalam tiga puluh empat studi mengenai hubungan antara riwayat operasi pada uterus, yang mencakup operasi caesar dan miomektomi dengan kejadian AIP (*Abnormally Invasive Placenta*) seperti plasenta akreta menunjukkan sebuah temuan yang signifikan, yaitu bahwa risiko terjadinya AIP lebih tinggi pada wanita yang memiliki riwayat operasi pada uterus, dengan nilai OR sebesar 4,4 dan CI 95% antara 3,0 hingga 6,6. Dapat disimpulkan, wanita yang telah menjalani operasi pada uterus sebelumnya, memiliki risiko lebih dari empat

kali lipat untuk mengalami AIP dibandingkan dengan wanita yang tidak memiliki riwayat operasi tersebut ²⁶.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori adanya jaringan parut pasca SC. Risiko plasenta akreta secara signifikan lebih tinggi ketika plasenta tertanam di atas bekas luka operasi caesar. Dalam keadaan normal, trofoblas berhenti menginvasi uterus ketika mencapai lapisan Nitabuch dalam desidua. Namun, dalam kasus plasenta akreta, proses ini gagal terjadi akibat dari kerusakan atau kekurangan lapisan Nitabuch. Terdapat peningkatan dramatis dalam insiden plasenta akreta di negara-negara berpenghasilan tinggi, yang secara linier terjadi peningkatan kasus operasi caesar. Di Amerika Serikat, insiden plasenta akreta meningkat dari 1/30.000 kehamilan pada tahun 1960-an menjadi sekitar 1/2.500 kehamilan dalam sebuah kohort dari tahun 1985 hingga 1994 (Miller et al., 1997; Silver & Branch, 2018). Hal ini kemudian meningkat lagi menjadi 1 dari 533 kehamilan dalam kohort dari tahun 1982 hingga 2002 (Silver & Branch, 2018; Wu et al., 2005).

5.2.5. Hubungan Riwayat Kuretase dengan Kejadian Plasenta Akreta

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir sebagian besar (76,4%) pasien tidak ada riwayat kuretase dan sebagian besar (76,5%) pasien yang mengalami plasenta akreta tidak ada riwayat kuretase. Hasil ini didukung oleh penelitian Baldwin et al. (2018) yang menyatakan sebagian besar pasien plasenta akreta tidak memiliki riwayat kuretase. Dalam penelitiannya, ditemukan hanya 12,3% pasien yang memiliki riwayat kuretase ¹³. Namun, berbeda dengan penelitian oleh Asicioglu et al. (2014) yang menyatakan jika sebagian besar pasien plasenta akreta memiliki riwayat kuretase, yakni sebesar 82,6% ²⁹. Hasil analisis chi square menunjukkan nilai $p=1,000$ ($p>0,05$) yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara riwayat kuretase terhadap kejadian plasenta akreta di RSUD Provinsi NTB.

Hasil ini didukung oleh penelitian Kastner et al. (2002) dan Miller et al. (1997) yang menyatakan jika riwayat kuretase tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,75$) (Kastner et al., 2002; Miller et al., 1997).

Sebagian besar hasil penelitian berpendapat jika riwayat kuretase memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta. Hasil ini dikemukakan oleh Fitzpatrick et al. (2012) yang menyatakan jika riwayat operasi uterus sebelumnya (miomektomi dan kuretase) memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,0128$)¹¹. Hasil yang sama dikemukakan oleh Asicioglu et al. (2014) yang menyatakan jika riwayat kuretase memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,024$). Hasil ini didukung oleh penelitian Cho et al. (2015) yang menemukan jika riwayat abortus dan kuretase memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian plasenta akreta ($p= 0,011$)³¹.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan jika ibu dengan riwayat kuretase dan tanpa riwayat kuretase memiliki risiko yang sama untuk mengalami plasenta akreta. ini menunjukkan bahwa riwayat kuretase dapat tidak dianggap sebagai faktor risiko utama untuk plasenta akreta. Meskipun beberapa penelitian terdahulu mengemukakan adanya hubungan, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan ini tidak signifikan dan lebih dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Maternal Mortality. 2019;(1):1–4.
2. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2018 Kemenkes RI. Health Statistics. 2018. 207 p.
3. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Pusdatin.Kemenkes.Go.Id. 2021. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
4. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. *International Journal of Women Health*. 2016;8:647–50.
5. Rath W, Schneider M. Postpartum Hemorrhage. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2010;70(1):36–40.
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetrics* 25.ed. New York; 2013.
7. Piñas Carrillo A, Chandraharan E. Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure. *Women’s Health*. 2019;15.
8. Flood KM, Said S, Geary M, Robson M, Fitzpatrick C, Malone FD. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(6):632.e1-632.e6.
9. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Repeat Cesarean Deliveries. *Acog*. 2006;107(6):1226–32.
10. Silver RM. Abnormal placentation. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;126(3):654–68.
11. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. *PLoS One*. 2012;7(12).
12. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: Twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(5 SPEC. ISS.):1458–61.
13. Baldwin HJ, Patterson JA, Nippita TA, Torvaldsen S, Ibiebele I, Simpson JM, et al. Antecedents of abnormally invasive placenta in primiparous women: Risk associated with gynecologic procedures. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131(2):227–33.
14. Kharisma Y, Agustina H, Suryanti S, Dewayani BM, Hernowo BS. Maternal Characteristics and Histopathological Features of Placenta Accreta Spectrum in Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung, Period 2015–2020. *Althea Medical Journal*. 2022;9(1):55–60.

15. Yeni CM, Andayani H, Aulia, Indirayani I, Razali R. The Association between Cesarean Section and Placenta Accreta. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;10(3):127–32.
16. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, Ezra Y. Placenta accreta - Summary of 10 years: A survey of 310 cases. *Placenta*. 2002;23(2–3):210–4.
17. Morlando M, Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: Challenges, risks, and management strategies. *Int J Womens Health*. 2020;12:1033–45.
18. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: Risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(3):219.e1-219.e7.
19. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT ang. Risk factors for placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology*. 1999;93(4 SUPPL.):545–50.
20. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(1):210–4.
21. Bheeshma B, Nithyananda BS, Fatima S. A Retrospective Study of Placenta cretas : A 4 year experience at Modern Government Maternity Hospital , Hyderabad. 2017;4(5):31–6.
22. Silver RM, Barbour KD. Placenta Accreta Spectrum. Accreta, Increta, and Percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2015;42(2):381–402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2015.01.014>
23. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(3):262.e1-262.e8.
24. Usta IM, Hobeika EM, Abu Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 SUPPL.):1045–9.
25. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(16):1529–36.
26. Iacovelli A, Liberati M, Khalil A, Timor-Trisch I, Leombroni M, Buca D, et al. Risk factors for abnormally invasive placenta: a systematic review and meta-analysis. Vol. 33, *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2020. 471–481 p.
27. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(16):1529–36.
28. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177(1):210–4.

29. Ascioglu O, Şahbaz A, Güngördük K, Yildirim G, Ascioglu BB, Ülker V. Maternal and perinatal outcomes in women with placenta praevia and accreta in teaching hospitals in Western Turkey. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2014;34(6):462–6.
30. Kastner ES, Figueroa R, Garry D, Maulik D. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstetrics and Gynecology*. 2002;99(6):971–5.
31. Cho HY, Hwang HS, Jung I, Park YW, Kwon JY, Kim YH. Diagnosis of placenta accreta by uterine artery doppler velocimetry in patients with placenta previa. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2015;34(9):1571–5.