

HUBUNGAN ANTARA MULTIPARITAS TERHADAP TERJADINYA PERDARAHAN ANTEPARTUM DI RSIA APRILLIA CILACAP

*(Correlation Of Multiparity To Antepartum Haemorrhage In Aprillia Mother And
Child Hospital Cilacap)*

Setya Dian Kartika, Ageng Brahmadhi
Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Purwokerto
Jalan Raya Dukuh Waluh PO BOX 202 Kembaran Banyumas 53182

ABSTRAK

Perdarahan antepartum hingga saat ini masih memegang peranan penting sebagai penyebab utama kematian, sekalipun di negara maju. Menurut WHO, di perkirakan terdapat 4 juta kasus perdarahan antepartum setiap tahunnya dan paling sedikit 128.000 wanita mengalami perdarahan sampai meninggal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan antara multiparitas terhadap terjadinya perdarahan antepartum di RSIA Aprillia Cilacap. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan rancangan penelitian crossectional. Penelitian ini dilakukan di RSIA Aprillia Cilacap pada bulan Januari 2016. Populasi penelitian adalah ibu bersalin di RSIA Aprillia Cilacap terhitung pada bulan Januari - Desember 2015. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah purposive sampling. Penelitian kali ini menggunakan sampel sebesar 90 pasien yang terdiri dari 45 primipara dan 45 multipara. Analisis data menggunakan Chi-Square dan Odds Ratio. Hasil penelitian dari 80 pasien yang diteliti berdasarkan analisa Chi-Square, Chi-Square hitung $4,455 > \text{Chi-Square tabel } 3,841$ dan $p\text{-value } 0,034 < \alpha 0,05$. jadi kesimpulannya adalah pada tingkat kepercayaan 95% dan $\alpha = 0,05$ terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian perdarahan antepartum dengan odds ratio 2,76 ($p=0,035$). Dari penelitian dapat disimpulkan multiparitas merupakan faktor risiko untuk kejadian perdarahan antepartum.

Kata kunci : paritas, perdarahan antepartum

ABSTRACT

Antepartum bleeding currently plays a key role as the leading cause of death, even in developed countries. According to WHO, it is estimated that there are 4 million cases of antepartum bleeding every year and at least 128.000 women bleed to death. The purpose of this study was to determine the correlation between multiparity to the prevalence of antepartum bleeding at Aprillia Mother and Child Hospital (RSIA) Cilacap. This research used analytic observational research design with crossectional research design. This research

was conducted at RSIA Aprillia Cilacap in January 2016. The population was maternity mother at RSIA Aprillia Cilacap in January - December 2015. The sampling technique used was purposive sampling. The research used a sample of 90 patients consisting 45 primiparas and 45 multiparas. ChiSquare and Odds Ratio were used as data analysis. The results of 80 patients studied by ChiSquare analysis, Chi Square calculation $4.455 > \text{ChiSquare table } 3.841$ and $p\text{-value } 0.034 < \alpha 0.05$. Hence, the conclusion was at 95% confidence level and $\alpha=0.05$. There was a correlation between parity and antepartum bleeding prevalence with odds ratio of 2.76 ($p = 0.035$). Therefore, it can be concluded that multiparity is a risk factor for the prevalence of antepartum bleeding.

Keywords: parity, antepartum hemorrhage

PENDAHULUAN

Paritas merupakan suatu istilah untuk menunjukkan jumlah kehamilan bagi seorang wanita yang melahirkan bayi yang dapat hidup pada setiap kehamilan¹. Sedangkan menurut Dorland Paritas adalah keadaan seorang wanita sehubungan dengan kelahiran anak yang dapat hidup². Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita³. Paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara⁴. Paritas juga merupakan jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu)⁵. Prevalensi grande-multiparitas masih tergolong tinggi di negara berkembang sedangkan di negara maju grande-multiparitas jarang ditemukan⁶. Angka paritas di Indonesia masih tergolong cukup tinggi. Paritas merupakan salah satu faktor resiko terjadinya perdarahan postpartum. Resiko terjadi perdarahan postpartum akan menjadi empat kali lebih besar pada paritas lebih dari atau sama dengan empat dimana insidennya adalah 2,7%⁷.

Gambaran bahwa populasi ibu bersalin dengan primiparitas dan multiparitas lebih banyak dibandingkan dengan populasi ibu bersalin dengan grande-multiparitas di Maternity and Children Hospital (MCH), Buraidah, Arab Saudi periode 1 Januari 2012 sampai 31 Desember 2012^{8,9}. Penelitian di Point G National Hospital, Bamako, Mali yang meneliti tentang resiko grande-multipara dalam kehamilan tahun 1985 sampai 2003 menggambarkan bahwa populasi ibu bersalin yang tergolong primiparitas dan multiparitas lebih banyak dibanding populasi ibu bersalin yang tergolong grande-multiparitas dengan perbandingan tiga banding satu¹⁰.

Perdarahan postpartum adalah perdarahan atau hilangnya darah secara konstan sebanyak 500 mL atau lebih setelah selesainya kala 3 persalinan. Perdarahan postpartum disebabkan oleh atonia uteri, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan gangguan koagulasi¹¹. Tiga penyebab kematian ibu terbanyak adalah infeksi, preeklampsia dan perdarahan. Perdarahan postpartum menyebabkan 45% kematian ibu yang terjadi pada 24 jam pertama setelah bayi lahir, 68-73% kematian ibu dalam satu minggu setelah bayi lahir, dan 82-88% kematian ibu dalam dua minggu setelah bayi lahir. Perdarahan postpartum mengakibatkan kematian ibu yaitu 25% kematian ibu di seluruh dunia^{12,13}. Penelitian bahwa negara dengan pendapatan rendah dan menengah memiliki AKI yang sangat tinggi yaitu 90% dari semua AKI di dunia¹⁴.

(Hubungan antara multiparitas..... Setya Dian Kartika, Ageng Brahmadhi)

Perdarahan postpartum merupakan salah satu penyebab tersering dari kematian ibu, yaitu 100.000 kematian setiap tahun¹⁵. Berdasarkan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) selama periode tahun 1991 sampai 2007 AKI mengalami penurunan dari 390 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup. Perdarahan sebagai penyebab kematian ibu 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 vasa previa¹⁶.

Penyebab perdarahan postpartum adalah atonia uteri. Faktor-faktor resiko atonia uteri pada perdarahan postpartum yaitu preeklamsi, paritas, anemia, obesitas, hidramnion, kelahiran kembar dan lain-lain^{17,18}. Kehamilan prematur beresiko menyebabkan perdarahan postpartum 82% lebih tinggi dari kehamilan normal. Hal ini sebanding dengan kehamilan post-term. Kehamilan post-term beresiko 72% lebih tinggi dari kehamilan normal. Dibandingkan wanita dengan paritas 1-2 resiko perdarahan postpartum pada wanita yang berparitas 3-5 dan 6 atau lebih, serta paritas yang tinggi juga meningkatkan resiko perdarahan postpartum¹⁹.

Perdarahan Antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah kehamilan usia 20 minggu dengan insiden 2-5%²⁰. Perdarahan obstetric yang terjadi pada kehamilan trimester ketiga dan yang terjadi setelah anak plasenta lahir pada umumnya adalah perdarahan yang berat, dan jika tidak segera mendapatkan penanganan yang cepat bisa mendatangkan syok yang fatal. Salah satu penyebabnya adalah plasenta previa²¹. Perdarahan yang terjadi pada kehamilan muda disebut abortus sedangkan pada kehamilan tua disebut perdarahan antepartum. Yang termasuk perdarahan antepartum adalah plasenta previa, solusio plasenta, ruptur uteri.

Terjadinyaplasenta previa terdapat beberapa faktor penyebab diantaranya: usia ibu yang lanjut meningkatkan risiko plasenta previa, multipara, terutama jika jarak antara kelahirannya pendek, riwayat seksio sesarea, primigravida dua, bekas aborsi, kelainan janin, leiomyoma uteri, risiko relatif untuk plasenta previa meningkat dua kali lipat akibat merokok²². Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Alit Wardana dengan judul Hubungan Paritas dengan Frekuensi Plasenta Previa di Rumah Sakit Sanglah Denpasar (2007) didapatkan hasil multigravida mempunyai risiko plasenta previa 1,3 kali dibanding primipara. Sedangkan hasil penelitian²³ dengan judul Hubungan Usia dengan kejadian Solusio Plasenta dirumah sakit Dr. Moewardi menemukan frekuensi solusio plasenta meningkat dengan meningkatnya paritas ibu.

Perdarahan antepartum umumnya bersumber dari kelainan plasenta. Sehingga sering diklasifikasikan sebagai berikut: solusio plasenta, plasenta previa dan vasa previa²⁴. Etiologi terjadinya plasenta previa tidak selalu dapat diterangkan dengan jelas. Tetapi, paritas tinggi sering ditemukan pada plasenta previa, demikian halnya dengan solusio plasenta. Diagnosis plasenta previa dengan perdarahan sedikit dapat ditegakkan dengan Ultrasonografi^{25,26}.

Menurut Goplerud dalam "Plasenta Previa effect of Age, Gravidity, Parity and Previous Caesarean Section"²⁷ mengatakan bahwa perubahan pada pembuluh darah di tempat implantasi terjadi penurunan suplai darah ke endometrium. Pada kehamilan berikutnya

dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervillous, hal ini meningkatkan resiko plasenta previa.

Migrasi plasenta ini sesungguhnya tidak terjadi tetapi karena pergerakan ke atas akibat pembentukan segmen bawah rahim sehingga seolah-olah plasenta bermigrasi. Rata-rata kecepatan perpindahan plasenta 5,4 mm/minggu. Riwayat kehamilan sebelumnya menyebabkan plasenta letak rendah dengan mekanisme lain. Beberapa kehamilan berakhir dengan terminasi, yang berbahaya bagi tempat implantasi. Tempat ini menjadi tidak cocok untuk implantasi berikutnya yang mana kemudian terjadi implantasi pada segmen bawah rahim²⁸.

Multiparitas merupakan salah satu faktor resiko dari solusio plasenta²⁹. Implikasi antara paritas dan peningkatan kejadian solusio plasenta tidak jelas. Namun, beberapa penelitian mengemukakan adanya hubungan antara paritas dan solusio plasenta^{30,31}. Studi lain mengungkapkan peningkatan solusio plasenta ditemukan pada masyarakat sosial ekonomi rendah, dan multipara dengan peningkatan usia³².

Pada multiparitas, keadaan endometrium kurang baik seperti kurangnya vaskularisasi menyebabkan kerusakan dinding sinus-sinus vena ibu yang mensuplai jaringan plasenta. Perdarahan meluas dan memisahkan plasenta dengan derajat yang bervariasi. Kemudian darah mengalir diantara desidua uterus dan kantong amnion dan keluar melalui vagina atau tertahan dibelakang plasenta³³.

Berdasarkan pembahasan diatas, maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut mengenai sejauh mana hubungan antara paritas dengan perdarahan antepartum sehingga judul yang diambil adalah Hubungan antara multiparitas terhadap terjadinya perdarahan antepartum di RSIA Aprillia Cilacap

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross sectional dimana variabel bebas dan variabel terikat diobservasi hanya sekali pada saat yang sama. Berikut diagram rancangan penelitian cross sectional untuk hubungan antara paritas dengan kejadian perdarahan antepartum. Penelitian ini dilakukan di RSIA Arillia Cilacap pada bulan Januari 2016 dengan populasinya adalah semua ibu hamil atau bersalin kriteria usia kehamilan lebih dari 22 minggu dan usia ibu 20-35 tahun di RSIA Aprillia Cilacap. Dari semua populasi maka diambil sampel sebanyak 90 responden pasien yang terdiri dari 45 primipara dan 45 multipara ibu hamil atau bersalin kriteria yang ditentukan. Dalam penelitian ini yang menjadi instrumen penelitian adalah nomor registrasi catatan medic, paritas yang dikategorikan dalam primipara dan multipara, keluhan utama pasien, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kehamilan sekarang, serta pemeriksaan Fisik. Dari hasil penelitian instrument tersebut maka dilakukan pengumpulan data dengan cara peneliti mengamati catatan medic pasien untuk mendapat data yang diperlukan yaitu dengan menggunakan rumus sampel diambil jumlah sampel yang diperlukan. Sampel yang memenuhi kriteria retriaksi dipilih dan dilakukan pencatatan data

dengan mengisi lembar observasi sesuai dengan data yang dibutuhkan berdasarkan catatan medik pasien. Dimana kesemua penelitian itu peneliti menggunakan variable berupa Paritas, Pendarahan Antepartum, Umur kehamilan, Janin dengan titik mampu bertahan hidup. Sehingga data dapat terkumpul dan dianalisis dan dapat memberikan jawaban yang bermakna dari judul penelitian yaitu apakah ada hubungan antara multiparitas terhadap terjadinya perdarahan antepartum.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 4. 1. Distribusi Pasien Menurut Umur

Umur (tahun)	Primipara			Multipara			total
	Terjadi perdarahan antepartum	Tidak terjadi perdarahan antepartum	Total	Terjadi perdarahan antepertum	Tidak terjadi perdarahan antepartum	total	
20-25	10	18	28 (63,4%)	2	6 (15,6%)	8 (6,3%)	36
26-30	4	10	14 (25,7%)	6	13 (42,2%)	19 (35%)	33
31-35	0	3	3 (10,9%)	14	4 (42,2%)	18 (28,7%)	21
Total	14	31	45 (100%)	22	23 (100%)	45 (100%)	90 (100%)

Dari tabel 4.1 dapat diketahui bahwa kelompok pasien terbanyak pada kelompok umur 20-25 tahun yaitu 36 orang (36,3%) yang terdiri dari 28 orang primipara dan 8 orang pada multipara. Sedangkan kelompok terkecil pada kelompok umur 31-35 tahun yaitu 21 orang yang terdiri dari 3 primipara dan 18 orang multipara.

Tabel 4.2 Distribusi Pasien menurut Umur Kehamilan

Umur Kehamilan (mg)	Primipara			Multipara			total
	Terjadi perdarahan antepartum	Tidak terjadi perdarahan antepartum	Total	Terjadi perdarahan antepertum	Tidak terjadi perdarahan antepartum	Total	
20-24	0	0	0 (0%)	0	0	0	0
25-28	0	0	0 (0%)	2	0	2(2,2%)	2(1,3%)
29-32	2	1	3(8,6%)	3	2	5(11,1%)	8(10%)
33-36	9	2	11(22,8%)	11	3	14(28,8%)	25(33,3%)
37-40	4	20	24(51,4%)	6	12	18(37,8%)	42(43,8%)
41-42	0	7	7(17,1%)	0	6	6(16,2%)	13(15,6%)
Total	15	30	45(100%)	22	23	45(100%)	90(100%)

(Hubungan antara multiparitas..... Setya Dian Kartika, Ageng Brahmadhi)

Berdasarkan tabel 4.2 distribusi Pasien Menurut Umur Kehamilan, sampel terbanyak pada kelompok Umur Kehamilan 37-40 minggu yaitu sebanyak 42 orang (43,8%) yang terdiri dari 24 primipara dan 18 multipara. Sedangkan kelompok terkecil pada kelompok Umur Kehamilan 20-24 minggu yaitu 0 orang.

Tabel 4.3 Etiologi Perdarahan Antepartum

Etiologi kejadian perdarahan antepartum	Primipara	Multipara	total
Plasenta previa	8(30%)	27 (70%)	35 (96,7%)
Solusio plasenta	0	1 (3,33%)	1 (3,33)

Berdasarkan tabel 4.3 Etiologi Kejadian Perdarahan Antepartum, pada penelitian kali ini kejadian antepartum tertinggi disebabkan karena plasenta previa yaitu sebesar 35 kasus (94%) dan kelompok yang terkecil adalah solusio plasenta yaitu sebesar 1 kasus (3,3%).

Tabel 4.4 Tabel Kontingensi

Paritas	Kejadian Plasenta Previa		Total	Uji statistik
	Terjadi	Tidak Terjadi		
	Plasenta Previa Plasenta Previa			
Multipara	27(70%)	27 (48%)	54	X2 hitung 3,688
Primipara	8 (30%)	28 (52%)	36	p = 0,055
Total	35	55	90	Odds ratio = 2,53

Pada tabel 4.4 diatas Chi-Square hitung (3,688) < Chi-Square tabel (3,841) dan p-value (0,055) > α (0,05). Jadi hubungan antara paritas dan kejadian plasenta previa tidak signifikan. Akan tetapi, paritas merupakan faktor resiko terjadinya plasenta previa karena Odds ratio > 1. Peluang plasenta previa pada multiparitas adalah 2,53.

Tabel 4.5. Kejadian perdarahan antepartum

Paritas	Terjadi	Tidak Terjadi	Total	Uji statistik
	perdarahan antepartum	perdarahan antepartum		
Multipara	24(49,4%)	25(50,6%)	49	X2 hitung 4,455
Primipara	11 (23,7%)	30 (76,3%)	41	p = 0,035
Total	35	55	90	Odds ratio = 2,76

Hasil analisa Chi-Square pada tabel kontingensi 2x2 dengan derajat kebebasan (df) = 1 dan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05, didapatkan hasil bahwa nilai Chi-Square hitung 4,455. Sedangkan nilai Chi-Square tabel adalah 3,841. Hasil analisa Chi-Square pada tabel kontingensi dengan derajat kebebasan (df) = 1 dan tingkat signifikansi (α) sebesar 0,05 didapatkan nilai Chi Square hitung sebesar 5,991. Dan nilai Chi-Square tabel 3,841. Pada analisa Chi-Square Ho ditolak jika Chi-Square hitung > Chi-Square tabel, atau p-value (signifikansi) < α . Berdasarkan hasil perhitungan diperoleh Chi-Square hitung (4,455) > Chi-

Square tabel (3,841) dan p-value (0,034) < α (0,05). Dari kedua pernyataan diatas bisa diambil kesimpulan bahwa pada penelitian hubungan paritas dengan perdarahan antepartum menolak H_0 dan menerima H_a , jadi kesimpulannya adalah pada tingkat kepercayaan 95% dan $\alpha= 0,05$ terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian perdarahan antepartum. Dalam penelitian ini, juga dihitung odds ratio(OR) untuk mengetahui besar peluang terjadinya perdarahan dibandingkan peluang tidak terjadinya perdarahan pada variabel yang diteliti. Jika OR = 1 menunjukkan bahwa faktor paritas bukan merupakan resiko terjadinya perdarahan. Bila OR > 1 menunjukkan bahwa paritas merupakan penyebab dari perdarahan . bila OR > 1 menunjukkan bahwa paritas bukan merupakan risiko, melainkan sifat protektif terhadap perdarahan. Setelah dihitung didapatkan OR senilai 2,76. Besar nilai OR > 1 maka paritas merupakan faktor resiko yang menyebabkan terjadinya perdarahan antepartum. Peluang terjadinya perdarahan pada multipara 2,76 kali dibandingkan primipara.

Dari data hasil pelitian dapat dilihat dari tabel 4.1 didapatkan kasus perdarahan antepartum pada multipara terbanyak terjadi pada usia antara 31-35 tahun sebanyak 14 kasus (51,9%). Distribusi faktor risiko paritas pada kejadian perdarahan antepartum dengan primipara 23,7% sedangkan pada multipara 49,4%. Hal ini menunjukkan kejadian perdarahan antepartum meningkat pada multipara. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa wanita multipara memiliki risiko 2,76 kali lebih besar untuk mengalami terjadinya perdarahan antepartum daripada wanita primipara. Pada penelitian Wardana dan Karkata Risiko plasenta previa pada multigravida 1,3 kali lebih besar dibandingkan primigravida. Pada tabel 4.2 Distribusi Pasien menurut Umur Kehamilan sebagian besar pasien mengalami persalinan pada usia kehamilan 37-40 minggu. Tetapi kejadian perdarahan antepartum tinggi pada usia kehamilan 33-36 minggu. Hal ini karena pada usia kehamilan ini terjadi mendekati persalinan dan terjadi proses pembentukan segmen bawah rahim. Selanjutnya dari tabel 4.3 Distribusi Etiologi Kejadian Perdarahan Antepartum, penyebab perdarahan antepartum terbanyak adalah plasenta previa sejumlah 35 kasus (96,7%). Sedangkan kejadian solusio plasenta hanya 1 kasus (3,33%). Berdasarkan tabel 4.6 Tabel Kontingensi Paritas dan perdarahan antepartum yang menggambarkan bahwa kelompok multipara lebih banyak daripada kelompok primipara. Hal ini karena tidak dilakukan matching pada kelompok yang terjadi perdarahan antepartum dan kelompok yang tidak terjadi perdarahan antepartum pada saat pengambilan sampel. Selain itu dapat juga dipengaruhi oleh keterbatasan besar sampel.

Dari hasil pengolahan data Chi-Square, menunjukkan bahwa Chi-Square hitung lebih besar dari Chi-Square tabel dan p-value kurang 0,05, hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara paritas dengan perdarahan antepartum ($p=0,035$) Pada penelitian dengan judul “Placenta Previa Effect of Age, Gravidity, Parity and Previous Caesarean Section” didapatkan hasil resiko plasenta previa meningkat dengan meningkatnya graviditas, paritas dan riwayat SC. Sedangkan peningkatan usia dan riwayat abortus tidak memiliki makna yang signifikan. Penelitian lain dengan judul “Risk Factors for Placenta Praevia in Southern Nigeria” didapatkan hasil kejadian plasenta previa meningkat dengan meningkatnya paritas. Selain itu juga ditemukan hubungan antara usia dan plasenta previa³⁴.

Meningkatnya paritas dengan kejadian plasenta previa berkaitan dengan konsep “migrasi plasenta”. Mekanisme ini belum jelas, tetapi ada yang mengatakan bahwa bahwa

pergeseran ke atas dari plasenta letak rendah adalah hasil dari perkembangan segmen bawah rahim yang normalnya terjadi pada kehamilan sebelumnya dan bukan migrasi plasenta yang sesungguhnya. Hal ini berarti bahwa serviks tumbuh lebih cepat daripada plasenta pertumbuhan plasenta.

Pada multipara pembentukan segmen bawah rahim terjadi saat mendekati persalinan sedangkan pada nulipara pembentukan segmen bawah rahim terjadi pada jauh hari sebelum persalinan. Keadaan inilah yang mempertinggi resiko plasenta previa. Pendapat lain Menurut Goplerud dalam “Plasenta previa effect of Age, gravidity, parity and previous Caesarean Section”²⁷ mengatakan bahwa perubahan pada pembuluh darah di tempat implantasi terjadi penurunan suplai darah ke endometrium. Pada kehamilan berikutnya dibutuhkan lebih banyak permukaan plasenta untuk menyediakan persediaan darah yang adekuat ke ruang intervillous, hal ini meningkatkan resiko plasenta previa.

Pada uji Odds Ratio didapatkan hasil 2,76, nilai Odds Ratio bila lebih dari 1 menunjukkan bahwa besar peluang terjadinya perdarahan antepartum pada multiparitas pada penelitian adalah 2,76 kali.

KESIMPULAN

Dari penelitian dapat disimpulkan bahwa adahubungan antara multiparitas terhadap terjadinya perdarahan antepartum terhadap ibu hamil di RSIA Aprillia Cilacap dengan odds ratio = 2,76 ($p=0,035$).

DAFTAR PUSTAKA

1. Burton, J.L., et al., *Oxford Concise Medical Dictionary*. 7th ed. New York: Oxford University. 2007. Press:524.
2. Dorland, Newman. *Kamus Kedokteran Dorland*. Edisi 29, Jakarta.2002 :EGC,1765.
3. BKKBN. *Deteksi Dini Komplikasi Persalinan*. Jakarta : BKKBN. 2006.
4. Prawirohardjo, Sarwono. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, Jakarta : YBP – SP. 2006.
5. JNPK-KR. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JHPIEGO.2007.
6. M gaya AH, Massawe SN, Kidanto ML, M gaya HN. *Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy?*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013. H: 13(1):241-2.
7. Niswati A, Yusnaini S, Arif MAS. *Populasi mikroba pelarut fosfat dan P-tersedia pada rizosfir beberapa umur dan jarak dari pusat perakaran jagung (Zea mays L.)*. Jurnal Tanah Tropika. 2008. 13(2):123.130
8. Alsammani MA dan Ahmed SR. *Grandmultiparity: risk factor and outcome in a tertiary hospital: a comparative study*. Med Arch. 2015. 69(1):38-41.

9. Ahmed, S., dan H. Murtaza. “*Critical Analysis of the Factors Affecting the Dividend Payout: Evidence From Pakistan*”. International Journal of Economics, Finance, and Management Sciences 3 .2015. (3). 204-212.
10. Tequete I, Maiga AW, Leppert PC. *Maternal and neonatal outcomes of grand multiparas over two decades in Mali*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2012.91(5):580-6
11. Karkata MK, Wardana . *Faktor risiko plasenta previa*. CDK 34: 229-232. 2013.
12. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. *Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage*. Am J Obstet Gynecol. 2013. 209(5):449-56.
13. Bateman, ND; Fahy, C; Woolford, TJ. “*Nasal Polyps: Still more questions than answer.*”The Journal of Laryngology and Otology. 2003. (117): 1-9.
14. Graham ID, Harrison MB, Larimer K, et al. *Stroke Care and Stroke Foundation*. (2010). Stroke Rehabilitation. 2006. dari <http://www.heartandstroke.com> diunduh 22 Februari 2016
15. Hogan, D. J., *Contact Dermatitis, Allergic*. 2009. Diperoleh dari: <http://www.Contact> diunduh 10 Maret 2016
16. Wardana G.A dan Karkata M.K. “*Faktor Resiko Plasenta Previa*”. dalam CDK. 2007. 34: 229-32
17. Wetta LA, Szychowski JM, S Seals, Mancuso, JR Biggio, AT Tita. *Risk factor for uterine utery/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery*. Am J Obstet Gynecol. 2013. 209(1):1-12
18. Wandabwa J, Doyle P, Todd J, Ononge S, Kiondo P. *Risk factors for severe post partum haemorrhage in Mulago hospital, Kampala, Uganda*. East Afr Med J. 2008. 85(2):64-71
19. Oxorn, H. *Patologi dan Fisiologi Persalinan*. Jakarta: Yayasan Essentia Medika. 2003. p: 425-39
20. Alamsyah, “*Manajemen Pelayanan Kesehatan*”. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
21. Wijknjosastro, H. *Anatomi Panggul dan Isinya*. Ilmu Kandungan. Edisi 2. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2008. 1-6.
22. Cunningham F.G. *Obstetri William Vol. 1*. Jakarta: EGC.2006. p:685-704
23. Suyono, Lulu, Gita, Harum, Endang.. “*Hubungan Antara Umur Ibu Hamil dengan Frekuensi Solusio Plasenta di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*”. dalam CDK. 2007. 34: 233-7
24. Wiknjosastro H. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2010. p: 363-85
25. Manuaba I.B.G, *Kapita Selektta Penatalaksanaan Obstetri Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC. 2001. p: 436-41

26. Mose J.C. *Perdarahan Antepartum dalam: Sastrawinata S. Ilmu kesehatan Reproduksi: Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC. 2005. p:83-97
27. Heija Abu, Fayez El-jallad, SaeedZiadeh.”*Placenta Previa: Effectof Age, Gravidity, Parity and Previous Caesarean Section*” dalam *Gynecol Obstet Invest*. 1998.47: 6-8
28. Eniola A.O, A.U Bako and D.O. Selo-Ojeme.”*RiskFactor Placenta Previa In Southern Nigeria*” dalam *East African Med. J*. 2002. 79: 535-8
29. Faiz, AS and Ananth, CV. *Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis of observational studies*. *Journal of MaternalFetal and Neonatal Medicine*. 2003. 13: 175–190.
30. Sarwar I, Abbasi A, Islam A.”*Abruptio Placentae and Its Compliations at Ayub Teaching Hospital Abottabad*” dalam *J. Ayub Med. Coll. Abbottabad*. 2006. 18:1-5
31. Saifudin A.B. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2006. p: 160-71
32. Jabeen M and Gul F.”*Abruptio Placenta: Risk Factors and Perinatal Outcome*” dalam *JPMI*. 2004. 18: 669-76
33. Varney H. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan vol.1*. Jakarta : EGC. 2006. p: 643-44
34. Chalik TMA. *Hemoragi Utama Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: Widya Medika. 1998. p:129-44