



ORIGINAL ARTICLE

Faktor-faktor determinan plasenta akreta Di rsud dr. Saiful anwar pemerintah provinsi jawa timur

Endang Mudayati^{1*}, Waifti
Amalia¹, Jiarti
Kusbandiyah¹
STIKES Widyagama Husada Malang

Corresponding author:
Endang Mudayati
STIKES Widyagama Husada Malang
Email: endangmud45@gmail.com

Article Info:
Dikirim: 15 September 2025
Ditinjau: 25 September 2025
Diterima: 08 Juli 2026

DOI:
<https://doi.org/10.33475/mhjms.v4i2.34>

Abstract

Placenta accreta is a severe obstetric complication characterized by abnormal adherence of the placenta to the uterine wall, which may lead to massive hemorrhage and maternal death. The incidence of placenta accreta continues to rise in parallel with increasing rates of cesarean sections and other uterine surgical procedures. This study aimed to identify the determinant factors influencing the occurrence of placenta accreta. This research employed a retrospectiv analytic design with a cross-sectional approach. The sample consisted of 90 pregnant women selected through random sampling, based on medical records from 2022 to 2024. Data collection used an observation sheet based on the Placenta Accreta Index (PAI) and analysis was performed using the Chi-Square test. The results showed a significant association between placenta accreta and history of cesarean section ($p = 0.004$), maternal age ≥ 35 years ($p = 0.024$), and history of other uterine surgical procedures ($p = 0.028$). Meanwhil parity, placenta previa, and gestational hypertension were not significantly associated. It is concluded that maternal age, cesarean history, and previous uterine procedures are key determinants of placenta accreta. These findings are expected to contribute to risk screening and delivery planning for high-risk pregnant women.

Keywords: Placenta accreta; caesarean section; maternal age; uterine procedures; risk factor.

Abstrak

Plasenta akreta merupakan salah satu komplikasi obstetri yang serius dan berpotensi mengancam nyawa, ditandai dengan perlekatan abnormal plasenta pada dinding rahim. Kejadian ini semakin meningkat seiring dengan tingginya angka SC dan tindakan operatif uterus lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor determinan yang memengaruhi kejadian plasenta akreta. Penelitian ini menggunakan desain analitik retrospektif dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 90 ibu hamil berdasarkan data rekam medis tahun 2022-2024. Instrumen menggunakan lembar observasi berdasarkan *Placenta Accreta Index (PAI)*. Analisis data dilakukan menggunakan uji *Chi-Square*. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kejadian plasenta akreta dengan riwayat SC ($p = 0,004$), usia ibu ≥ 35 tahun ($p = 0,024$), dan riwayat tindakan operatif uterus lain ($p = 0,028$). Sedangkan variabel paritas, plasenta previa, dan hipertensi gestasional tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Dapat disimpulkan bahwa usia ibu, riwayat SC, dan tindakan uterus merupakan determinan utama kejadian plasenta akreta. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi dasar pertimbangan dalam skrining risiko serta perencanaan persalinan pada ibu hamil risiko tinggi.

Kata kunci: Plasenta akreta; SC; usia Ibu; tindakan uterus; faktor risiko.

PENDAHULUAN

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2021, prevalensi SC meningkat secara global, mencapai lebih dari 21% dari seluruh persalinan (Angolile *et al.*, 2023), sementara data Riskesdas 2018 mencatat prevalensi seksio sesarea (SC) di Indonesia sebesar 17,6% (Kemenkes, 2019). Beberapa penelitian telah menunjukkan hubungan antara riwayat SC dan plasenta previa dengan peningkatan risiko plasenta akreta. Sebuah penelitian kohort melaporkan insiden plasenta akreta sebesar 1 dari 533 kelahiran pada tahun 1982-2002, jauh lebih tinggi dibandingkan penelitian sebelumnya di era 1970-an dan 1980-an (Bowman *et al.*, 2014).

Penelitian lain telah mengungkapkan bahwa peningkatan signifikan telah terjadi dalam frekuensi SC di Amerika Serikat, dari 5,5% pada tahun 1970 menjadi 32,8% pada tahun 2010. Jika tren ini berlanjut, diperkirakan bahwa lebih dari setengah kelahiran di Amerika Serikat pada tiap dekade akan dilakukan melalui SC. Akibatnya, lebih dari 6000 kasus plasenta previa, 4500 kasus plasenta akreta, dan 130 kematian ibu dapat terjadi (Kemenkes, 2019).

Hingga saat ini, belum terdapat data resmi mengenai insidensi plasenta akreta di Indonesia maupun di tingkat Provinsi Jawa Timur. Keterbatasan data tersebut dapat disebabkan oleh minimnya pencatatan terstandar atau masih terbatasnya penelitian yang secara khusus mengevaluasi kondisi ini. Meskipun demikian, laporan dari rumah sakit rujukan menunjukkan adanya peningkatan tren kasus yang signifikan. Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebagai rumah sakit rujukan provinsi, jumlah kasus plasenta akreta meningkat secara konsisten dari 1 kasus pada tahun 2013 menjadi 126 kasus pada tahun 2020 (Gurnita dan Irianti, 2023). Tren ini mengindikasikan adanya peningkatan beban kasus di tingkat regional.

Peningkatan serupa juga terlihat di RSUD Dr. Saiful Anwar Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagai rumah sakit tipe A rujukan utama di Kota Malang.

Berdasarkan data rekam medis, jumlah kasus plasenta akreta meningkat dari 30 kasus pada tahun 2022 menjadi 53 kasus pada tahun 2023. Jika dibandingkan dengan tren di RSUD Dr. Soetomo, temuan ini menunjukkan pola kenaikan kasus yang konsisten di rumah sakit rujukan di Jawa Timur. Kondisi tersebut memperkuat urgensi dilakukannya penelitian di RSUD Dr. Saiful Anwar untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kejadian plasenta akreta pada populasi lokal. Pemahaman yang lebih spesifik terhadap karakteristik dan faktor risiko di tingkat rumah sakit diharapkan dapat mendukung upaya skrining dini serta perencanaan persalinan yang lebih optimal guna menurunkan morbiditas dan mortalitas maternal.

Faktor-faktor risiko yang dianalisis dalam penelitian ini meliputi riwayat SC, usia ibu, paritas, riwayat plasenta previa, riwayat tindakan operatif uterus lain, dan hipertensi gestasional. Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pemahaman faktor risiko plasenta akreta serta menjadi dasar dalam perencanaan skrining dan tata laksana pada ibu hamil berisiko di RSUD Dr. Saiful Anwar.

METODE

Penelitian ini merupakan studi analitik retrospektif dengan pendekatan *cross-sectional* yang dilaksanakan di RSUD Dr. Saiful Anwar menggunakan data rekam medis periode Januari 2022 hingga Juli 2024. Dari total populasi 116 kasus, diperoleh sampel sebanyak 90 pasien yang dihitung menggunakan rumus Slovin (*margin of error* 5%) dan dipilih melalui teknik *random sampling*.

Pengumpulan data sekunder dilakukan menggunakan lembar ceklis untuk mencatat variabel dependen dan independen. Variabel dependen adalah skor Placenta Accreta Index (PAI), yaitu sistem scoring prediktif yang menggabungkan riwayat obstetri dan temuan ultrasonografi, seperti jumlah seksio sesarea (SC) sebelumnya, karakteristik lacunae plasenta, ketebalan miometrium, dan lokasi implantasi plasenta. Skor PAI

berkisar antara 0 hingga 9, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan probabilitas invasi plasenta yang lebih besar. Dalam penelitian ini, skor PAI ≥ 1 dikategorikan sebagai kelompok berisiko plasenta akreta, sedangkan skor PAI < 1 dikategorikan sebagai kelompok tidak berisiko.

Variabel independen meliputi riwayat SC, usia ibu, paritas, riwayat plasenta previa, riwayat tindakan operatif uterus lain, dan hipertensi gestasional. Analisis data dilakukan secara univariat untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan secara bivariat menggunakan uji Chi-Square (χ^2) dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Seluruh prosedur penelitian telah memenuhi kaidah etik dan memperoleh persetujuan dari Komite Etik RSUD Dr. Saiful Anwar dengan nomor surat persetujuan etik 400/282/K.3/102.7/2024.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik

Karakteristik responden disajikan pada Tabel 1. Sebagian besar responden berusia < 35 tahun (51,1%), dengan distribusi yang relatif seimbang dibandingkan kelompok usia ≥ 35 tahun (48,9%). Hampir seluruh responden merupakan multipara (98,9%). Sebagian besar memiliki riwayat seksio sesarea (SC), terutama dua kali SC (53,3%), dan hanya 10% yang tidak memiliki riwayat SC. Riwayat tindakan operatif uterus lain ditemukan pada 21,1% responden. Mayoritas responden mengalami plasenta previa (87,8%), sementara hipertensi gestasional hanya ditemukan pada 5,6% kasus.

Berdasarkan skor Placenta Accreta Index (PAI), sebanyak 94,4% responden memiliki skor ≥ 1 yang dikategorikan sebagai kelompok berisiko plasenta akreta. Distribusi ini menunjukkan bahwa populasi penelitian didominasi oleh ibu hamil dengan profil obstetri berisiko tinggi.

Tabel 1. Karakteristik Responden (n = 90)

Variabel	Kategori	n	%
Usia Ibu	< 35 tahun	46	51,1
	≥ 35 tahun	44	48,9
Paritas	Nullipara	1	1,1
	Multipara	89	98,9
Riwayat SC	Tidak pernah	9	10
	1 kali	20	22,2
	2 kali	48	53,3
	≥ 3 kali	13	14,4
Riwayat tindakan operatif uterus lain	Tidak ada	71	78,9
	Ada	19	21,1
Plasenta previa	Tidak ada	11	12,2
	Ada	79	87,8
Hipertensi gestasional	Tidak	85	94,4
	Ya	5	5,6
Skor PAI	< 1	5	5,6
	≥ 1	85	94,4

Distribusi usia responden relatif seimbang antara kelompok < 35 tahun (51,1%) dan ≥ 35 tahun (48,9%). Usia maternal lanjut secara teoritis berkaitan dengan peningkatan risiko gangguan implantasi plasenta akibat perubahan degeneratif jaringan uterus serta meningkatnya kemungkinan paparan tindakan obstetri sebelumnya yang dapat memengaruhi integritas desidua basalis (Jauniaux *et al.*, 2023). Literatur terbaru juga menegaskan bahwa kehamilan pada usia ≥ 35 tahun memiliki risiko klinis lebih tinggi terhadap spektrum plasenta akreta (Carusi *et al.*, 2023).

Sebagian besar responden merupakan multipara (98,9%), sedangkan nullipara hanya 1,1%. Multiparitas secara tidak langsung berkaitan dengan peningkatan risiko plasenta akreta karena semakin banyak riwayat persalinan, semakin besar kemungkinan terjadinya intervensi obstetri seperti kuretase, induksi persalinan, maupun seksio sesarea (SC) (Sari, 2024). Dalam penelitian ini, paritas tidak menunjukkan hubungan signifikan, yang kemungkinan dipengaruhi oleh distribusi data yang tidak seimbang sehingga variasi antar kelompok menjadi terbatas.

Sebanyak 53,3% responden memiliki riwayat dua kali seksio sesarea (SC), diikuti satu kali SC (22,2%)

dan ≥ 3 kali SC (14,4%), sedangkan 10% tidak memiliki riwayat SC. Distribusi ini menunjukkan bahwa populasi penelitian termasuk kelompok obstetri berisiko tinggi. Luka bekas SC dapat menyebabkan gangguan pada lapisan endometrium dan kegagalan desidualisasi, sehingga memungkinkan invasi trofoblas ke miometrium pada kehamilan berikutnya (Mirani *et al.*, 2023). Temuan tersebut konsisten dengan penelitian yang menempatkan jumlah SC sebagai faktor risiko utama plasenta akreta.

Riwayat tindakan operatif uterus lain ditemukan pada 21,1% responden. Prosedur seperti kuretase atau histeroskopi berpotensi menyebabkan jaringan parut intrauterin yang mengganggu implantasi normal plasenta pada kehamilan berikutnya. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa riwayat kuretase meningkatkan risiko plasenta akreta dibandingkan ibu tanpa riwayat prosedur tersebut (El Gelany *et al.*, 2019). Proporsinya memang lebih kecil dibandingkan riwayat SC, tetapi implikasi klinisnya tetap penting.

Sebanyak 87,8% responden mengalami plasenta previa. Kondisi ini secara teoritis berkaitan erat dengan plasenta akreta karena implantasi pada segmen bawah uterus sering beririsan dengan area bekas luka SC sehingga meningkatkan risiko invasi miometrium (Sentilhes *et al.*, 2018). Variabel ini tidak menunjukkan hubungan signifikan dalam analisis bivariat, tetapi tetap relevan secara klinis, terutama pada pasien dengan riwayat SC.

Hipertensi gestasional ditemukan pada 5,6% responden. Beberapa studi menyatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan tidak berkaitan langsung dengan peningkatan risiko plasenta akreta dan bahkan dapat berhubungan dengan penurunan risiko melalui mekanisme gangguan perfusi plasenta (Li, Liu dan Xu, 2022). Rendahnya prevalensi hipertensi gestasional dalam penelitian ini mendukung pandangan bahwa faktor tersebut bukan kontributor utama.

Sebanyak 94,4% responden memiliki skor Placenta Accreta Index (PAI) ≥ 1 yang dikategorikan sebagai kelompok berisiko. Proporsi ini menunjukkan bahwa populasi penelitian didominasi oleh kombinasi faktor risiko, terutama riwayat SC, plasenta previa, dan usia maternal lanjut. Instrumen PAI telah divalidasi sebagai alat prediksi yang efektif dalam mendeteksi kemungkinan plasenta akreta sebelum persalinan (Levin *et al.*, 2023). Karakteristik tersebut menggambarkan populasi ibu hamil dengan profil obstetri risiko tinggi yang memerlukan skrining dan pemantauan intensif untuk mencegah komplikasi maternal berat.

2. Hubungan Riwayat SC dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 2. Hubungan Riwayat SC dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Riwayat SC	PAI <1 n (%)	PAI ≥ 1 n (%)	Total	p-value
Tidak pernah	3 (33,3)	6 (66,7)	9	0,004
1 kali	0 (0,0)	20 (100,0)	20	
2 kali	2 (4,2)	46 (95,8)	48	
≥ 3 kali	0 (0,0)	13 (100,0)	13	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Analisis menunjukkan adanya hubungan signifikan antara riwayat SC dan skor PAI ≥ 1 ($p = 0,004$). Data univariat memperlihatkan bahwa 88,8% responden memiliki minimal satu kali SC dan 53,3% memiliki dua kali SC. Tingginya proporsi riwayat pembedahan uterus ini memperkuat peran SC sebagai faktor risiko utama. Jaringan parut pada segmen bawah uterus akibat SC dapat mengganggu integritas desidua basalis sehingga memungkinkan invasi trofoblas ke miometrium.

Temuan ini sejalan dengan studi Yeni *et al.* (2022) yang melaporkan bahwa ibu dengan riwayat SC memiliki risiko 6,48 kali lebih besar mengalami plasenta akreta (95% CI 2,21–18,97). Kayem *et al.* (2024) juga menunjukkan bahwa risiko meningkat secara linier sesuai jumlah SC sebelumnya, terutama bila disertai plasenta previa. Hasil penelitian ini memperkuat bahwa

SC merupakan faktor risiko paling konsisten dalam spektrum plasenta akreta.

3. Hubungan Usia Ibu dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 3. Hubungan Usia Ibu dengan Risiko

Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Usia Ibu	PAI <1 n (%)	PAI ≥1 n (%)	Total	p-value
<35 tahun	5 (10,9)	41 (89,1)	46	0,024
≥35 tahun	0 (0,0)	44 (100,0)	44	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Usia ≥35 tahun berhubungan signifikan dengan skor PAI ≥1 ($p = 0,024$). Meskipun distribusi usia relatif seimbang, seluruh kasus dengan skor PAI <1 berada pada kelompok usia <35 tahun, yang menunjukkan kecenderungan risiko lebih tinggi pada usia lanjut. Secara fisiologis, bertambahnya usia berkaitan dengan penurunan kualitas desidua dan meningkatnya paparan terhadap tindakan obstetri sebelumnya.

Fitzpatrick *et al.* (2018) melaporkan bahwa insiden plasenta akreta lebih tinggi pada ibu usia ≥35 tahun, terutama bila dikombinasikan dengan riwayat SC dan plasenta previa. Kharisma *et al.* (2022) juga menemukan hubungan bermakna antara usia maternal lanjut dan kejadian plasenta akreta. Dengan demikian, usia berperan sebagai faktor risiko signifikan dalam konteks interaksi multifaktor.

4. Hubungan Paritas dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 4. Hubungan Paritas dengan Risiko Plasenta

Akreta berdasarkan Skor PAI

Paritas	PAI <1 n (%)	PAI ≥1 n (%)	Total	p-value
Nullipara	0 (0,0)	1 (100,0)	1	0,807
Multipara	5 (5,6)	84 (94,4)	89	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Paritas tidak menunjukkan hubungan signifikan ($p = 0,807$). Temuan ini dapat dijelaskan oleh distribusi univariat yang sangat tidak seimbang, di mana 98,9%

responden merupakan multipara dan hanya satu responden nullipara. Ketimpangan kategori tersebut menyebabkan variasi data sangat terbatas sehingga kemampuan uji statistik dalam mendeteksi perbedaan menjadi rendah.

Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa paritas tinggi berkaitan dengan peningkatan risiko plasenta akreta, terutama bila disertai riwayat SC atau tindakan operatif uterus (Qatrunnada, Antonius dan Yusrawati, 2018). Namun, dalam penelitian ini, hampir seluruh pasien sudah berada pada kategori multipara dan sebagian besar memiliki riwayat SC, sehingga paritas tidak lagi menjadi pembeda yang kuat secara analitik.

5. Hubungan Plasenta Previa dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 5. Hubungan Plasenta Previa dengan Risiko

Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Plasenta Previa	PAI <1 n (%)	PAI ≥1 n (%)	Total	p-value
Tidak ada	0 (0,0)	11 (100,0)	11	0,391
Ada	5 (6,3)	74 (93,7)	79	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Plasenta previa tidak menunjukkan hubungan signifikan ($p = 0,391$). Sebanyak 87,8% responden mengalami plasenta previa, sehingga kelompok pembandingan menjadi sangat kecil. Kondisi ini berpotensi menurunkan kekuatan statistik dalam mendeteksi hubungan yang bermakna.

Secara klinis, plasenta previa tetap diakui sebagai faktor risiko penting. Fitzpatrick *et al.* (2018) melaporkan bahwa lebih dari 90% kasus plasenta akreta memiliki riwayat plasenta previa, terutama pada ibu dengan SC sebelumnya. Jauniaux *et al.* (2019) juga menunjukkan bahwa risiko meningkat sesuai jumlah SC yang menyertai plasenta previa. Dengan demikian, hasil tidak signifikan pada variabel plasenta previa dalam penelitian ini lebih mungkin dipengaruhi oleh distribusi data dibandingkan tidak adanya hubungan klinis.

6. Hubungan Riwayat Tindakan Operatif Uterus Lain dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 6. Hubungan Riwayat Tindakan Operatif Uterus Lain dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tindakan Operatif	PAI <1 n (%)	PAI ≥1 n (%)	Total	p-value
Tidak ada	2 (2,8)	69 (97,2)	71	0,028
Ada	3 (15,8)	16 (84,2)	19	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Terdapat hubungan signifikan antara riwayat tindakan operatif uterus dan skor PAI ≥ 1 ($p = 0,028$). Sebanyak 21,1% responden memiliki riwayat prosedur intrauterin seperti kuretase atau miomektomi. Prosedur tersebut dapat menyebabkan jaringan parut yang mengganggu pembentukan desidua normal dan meningkatkan risiko implantasi abnormal.

Shamshirsaz *et al.* (2017) menjelaskan bahwa disrupsi endometrium akibat tindakan invasif mempermudah invasi trofoblas ke miometrium. Bonanni *et al.* (2025) juga menyatakan bahwa berbagai bentuk pembedahan uterus meningkatkan risiko spektrum plasenta akreta. Temuan penelitian ini konsisten dengan bukti tersebut dan menegaskan pentingnya evaluasi riwayat prosedur uterus dalam skrining antenatal.

7. Hubungan Hipertensi Gestasional dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Tabel 3. Hubungan Hipertensi Gestasional dengan Risiko Plasenta Akreta berdasarkan Skor PAI

Hipertensi Gestasional	PAI <1 n (%)	PAI ≥1 n (%)	Total	p-value
Tidak	5 (5,9)	80 (94,1)	85	0,577
Ya	0 (0,0)	5 (100,0)	5	
Total	5 (5,6)	85 (94,4)	90	

Hipertensi gestasional tidak menunjukkan hubungan signifikan ($p = 0,577$). Sebanyak 94,4% responden tidak mengalami hipertensi, sehingga

distribusi yang tidak seimbang dapat memengaruhi kekuatan analisis.

Li, Liu dan Xu (2022) melaporkan bahwa hipertensi dalam kehamilan justru berhubungan dengan penurunan risiko spektrum plasenta akreta (OR 0,56; 95% CI 0,37–0,84). Temuan serupa dilaporkan Chen *et al.* (2022) dengan OR 0,50 (95% CI 0,30–0,82). Secara fisiologis, hipertensi berkaitan dengan gangguan perfusi plasenta, sedangkan plasenta akreta terjadi pada kondisi invasi trofoblas yang berlebihan. Dalam penelitian ini, faktor seperti riwayat SC dan tindakan operatif uterus tampak memiliki kontribusi risiko yang lebih dominan dibandingkan hipertensi gestasional.

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa usia ibu ≥ 35 tahun, riwayat seksio sesarea (SC), dan riwayat tindakan operatif uterus lainnya berhubungan signifikan dengan skor risiko plasenta akreta berdasarkan Placenta Accreta Index (PAI) di RSUD Dr. Saiful Anwar ($p < 0,05$). Riwayat SC merupakan faktor yang paling konsisten, dengan kecenderungan peningkatan risiko seiring bertambahnya jumlah tindakan sebelumnya. Sebaliknya, paritas, plasenta previa, dan hipertensi gestasional tidak menunjukkan hubungan signifikan, yang kemungkinan dipengaruhi oleh distribusi data yang tidak seimbang serta karakteristik populasi rumah sakit rujukan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa evaluasi riwayat obstetri, khususnya riwayat SC dan tindakan operatif uterus, perlu menjadi bagian dari penilaian risiko pada pelayanan antenatal di rumah sakit rujukan. Penggunaan PAI dapat membantu dalam perencanaan tata laksana persalinan pada kelompok berisiko tinggi. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain prospektif dengan ukuran sampel yang lebih besar serta analisis multivariat untuk mengontrol faktor perancu. Penambahan variabel seperti indeks massa tubuh, interval antar kehamilan, dan penggunaan teknologi reproduksi

berbantu juga diperlukan untuk memperluas pemahaman mengenai determinan plasenta akreta.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada pimpinan dan Program Studi S1 Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang atas dukungan akademik selama proses penelitian. Apresiasi juga disampaikan kepada dosen pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan naskah ini.

Ucapan terima kasih diberikan kepada RSUD Dr. Saiful Anwar Pemerintah Provinsi Jawa Timur atas izin penelitian serta kepada seluruh staf yang telah membantu dalam proses pengumpulan data.

DAFTAR RUJUKAN

- Angolile, C.M. *et al.* (2023) "Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action.," *Health science reports*, 6(5), hal. e1274. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1002/hsr2.1274>.
- Bonanni, G. *et al.* (2025) "Guidelines on Placenta Accreta Spectrum Disorders A Systematic Review," *JAMA Network Open*, 8(7), hal. 1–16. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.21909>.
- Bowman, Z.S. *et al.* (2014) "Risk factors for placenta accreta: a large prospective cohort.," *American journal of perinatology*, 31(9), hal. 799–804. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361833>.
- Carusi, D.A. *et al.* (2023) "Knowledge Gaps in Placenta Accreta Spectrum," *American Journal of Perinatology*, 40(9), hal. 962–969. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1761635>.
- Fitzpatrick, K.E. *et al.* (2018) "Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study.," *PloS one*, 7(12), hal. e52893. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052893>.
- El Gelany, S. *et al.* (2019) "Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders: Incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: A prospective study," *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), hal. 1–8. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2466-5>.
- Gurnita, A. dan Irianti, S. (2023) "Prevalensi dan Luaran Pasien dengan Spektrum Plasenta Akreta," *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 6(2), hal. 247–254. Tersedia pada: <https://doi.org/10.24198/obgynia/v6.n2.293>.
- Jauniaux, E. *et al.* (2019) "Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), hal. 208–218. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.233>.
- Jauniaux, E. *et al.* (2023) "The role of transvaginal ultrasound in the third-trimester evaluation of patients at high risk of placenta accreta spectrum at birth," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 229(4), hal. 445.e1–445.e11. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.05.004>.
- Kayem, G. *et al.* (2024) "Risk factors for placenta accreta spectrum disorders in women with any prior cesarean and a placenta previa or low lying: a prospective population-based study," *Scientific Reports*, 14(1), hal. 1–8. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56964-9>.
- Kemenkes (2019) *Hasil Utama RISKESDAS, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Tersedia pada: <https://doi.org/10.12691/jfnr-2-12-26>.
- Kharisma, Y. *et al.* (2022) "Maternal Characteristics and Histopathological Features of Placenta Accreta Spectrum in Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung, Period 2015–2020," *Althea Medical*

- Journal*, 9(1), hal. 55–60. Tersedia pada: <https://doi.org/10.15850/amj.v9n1.2631>.
- Levin, G. et al. (2023) “Prediction of the degree of abnormal invasive placentation by obstetric history,” *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 75(4), hal. 328–332. Tersedia pada: <https://doi.org/10.23736/S2724-606X.22.05034-5>.
- Li, L., Liu, L. dan Xu, Y.Y. (2022) “Placenta Accreta has a Low Association with Hypertensive Disease During Pregnancy: A Systematic Review Incorporating a Network Meta-analysis,” *Reproductive Sciences*, 29(8), hal. 2119–2126. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s43032-022-00938-7>.
- Mirani, P. et al. (2023) “Placenta accreta spectrum disorder: An updated literature review,” *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia* [Preprint]. Tersedia pada: <https://doi.org/10.20885/jkki.vol14.iss3.art15>.
- Qatrunnada, A., Antonius, P.A. dan Yusrawati (2018) “Faktor risiko dan luaran maternal plasenta akreta in Dr . M . Djamil Padang general hospital,” *Obgynia*, 1(2), hal. 1–6.
- Sari, C.I. (2024) “HUBUNGAN RIWAYAT KURETASE DAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA DENGAN PLASENTA PREVIA DI RSUD ABDOEL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA PERIODE 2020-2022,” 11(8), hal. 1526–1535.
- Sentilhes, L. et al. (2018) “FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management,” *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 140(3), hal. 291–298. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12410>.
- Shamshirsaz, Alireza A et al. (2017) “Multidisciplinary team learning in the management of the morbidly adherent placenta: outcome improvements over time,” *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(6), hal. 612.e1-612.e5. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.016>.
- Yeni, C.M. et al. (2022) “The Association between Cesarean Section and Placenta Accreta,” *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(3), hal. 127–132. Tersedia pada: <https://doi.org/10.32771/INAJOG.V10I3.1572>.

Cite this article as: Mudayati et al. (2026). Faktor-Faktor Determinan Plasenta Akreta Di RSUD Dr. Saiful Anwar Pemerintah Provinsi Jawa Timur. *Media Husada Journal Of Midwifery Science*. 4(2).50-57. <https://doi.org/10.33475/mhjms.v4i2.34>