

---

# *PLASENTA PREVIA*

Shafiyya Naura Allika  
1810211147





***Plasenta previa*** adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim (SBR) sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum (OUI).

Sejalan dengan bertambah membesarnya rahim dan meluasnya segmen bawah rahim ke arah proksimal memungkinkan plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim ikut berpindah mengikuti perluasan segmen bawah rahim seolah plasenta tersebut bermigrasi.

# *Epidemiologi*



Kejadian plasenta previa bervariasi antara 0,3-0,5% dari seluruh kelahiran. Dari seluruh kasus perdarahan antepartum, plasenta previa merupakan penyebab terbanyak.

Plasenta previa terjadi pada 1/1500 wanita yang baru pertama kali hamil. Pada wanita yang telah 5 kali hamil atau lebih, maka resiko terjadinya plasenta previa adalah 1/ 20 kehamilan.

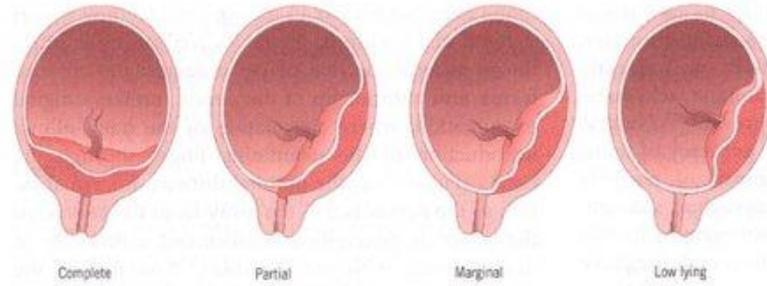
# *Etiologi*



Keadaan-keadaan yang endometriumpnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua pada segmen atas uterus → plasenta akan meluas dalam upayanya untuk mendapatkan suplai darah yang lebih memadai.

1. Multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek disertai plasenta yang lebar dan tipis.
2. Usia kehamilan ( umur lanjut >35th)
3. Mioma uteri
4. Riwayat tindakan medis yang dilakukan pada uterus seperti dilatasi dan kuretase atau aborsi medialis yang berulang
5. Chorion leave persistent → Yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan, karena hasil konsepsi bertumbuh ke arah kavum uteri sehingga lambat laun menghilang.
6. Corpus luteum bereaksi lambat dimana endometrium belum siap menerima hasil kosepsi
7. Konsepsi dan nidasi terlambat
8. Bekas seksio sesaria
9. Perubahan inflamasi atau atrofi, plasenta yang besar dan yang luas, seperti pada eritroblastosis, diabetes militus, atau kehamilan multipel
10. Riwayat plasenta previa sebelumnya

## Klasifikasi

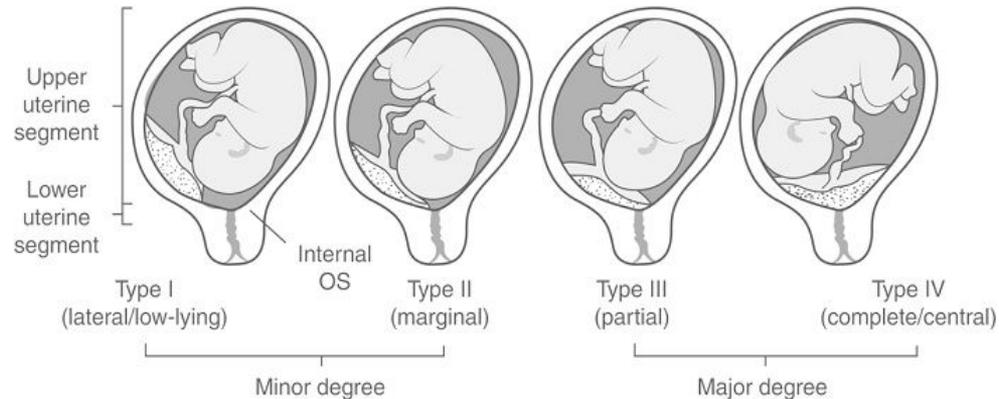


1. ***Plasenta previa totalis*** atau komplisit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum. Pada jenis ini, jelas tidak mungkin bayi dilahirkan secara normal, karena risiko perdarahan sangat hebat.
2. ***Plasenta previa parsialis*** adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum. Pada jenis ini pun risiko perdarahan sangat besar, dan biasanya janin tetap tidak dilahirkan secara normal.
3. ***Plasenta previa marginalis*** adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum. Hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir. Janin bisa dilahirkan secara normal, tetapi risiko perdarahan tetap besar.
4. ***Plasenta letak rendah, plasenta lateralis***, atau kadang disebut juga *dangerous placenta* adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal. Risiko perdarahan tetap ada namun tidak besar, dan janin bisa dilahirkan secara normal asal tetap berhati-hati.

# Klasifikasi

Menurut Perisaei, Sheilendra, Pahay, Rian (2008) plasenta previa dapat dibagi menjadi empat derajat berdasarkan *scan* pada *ultrasound* yaitu:

1. *Derajat I* : plasenta sudah melampaui segmen terendah rahim.
2. *Derajat II* : plasenta sudah mencapai ostium uteri internum.
3. *Derajat III* : plasenta telah terletak pada sebagian ostium uteri internum.
4. *Derajat IV* : plasenta telah berada tepat pada segmen bawah rahim.



# Klasifikasi



Menurut de Snoo, klasifikasi plasenta previa berdasarkan pembukaan 4 -5 cm adalah:

1. Plasenta previa sentralis (totalis), bila pada pembukaan 4-5 cm teraba plasenta menutupi seluruh ostium.
2. Plasenta previa lateralis; bila mana pembukaan 4-5 cm sebagian pembukaan ditutupi oleh plasenta, dibagi 3:
  - Plasenta previa lateralis posterior; bila sebagian plasenta menutupi ostium bagian belakang.
  - Plasenta previa lateralis anterior; bila sebagian plasenta menutupi ostium bagian depan.
  - Plasenta previa marginalis; bila sebagian kecil atau hanya pinggir ostium yang ditutupi plasenta.

# Diagnosis

## → **Gejala Klinis**

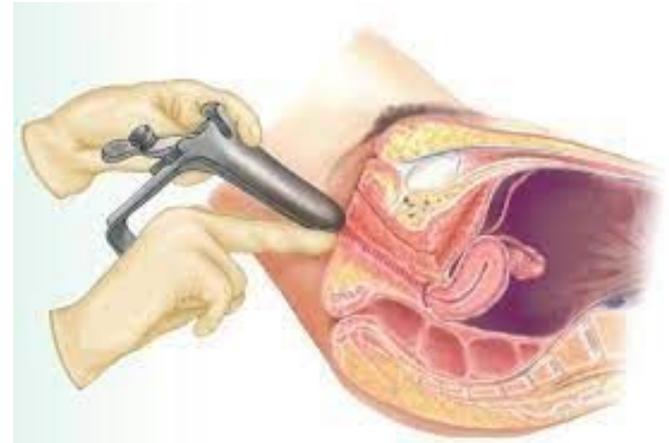
Gejala utama: perdarahan pada kehamilan setelah 28 minggu atau pada kehamilan trimester III yang bersifat tanpa sebab (*causeless*), tanpa nyeri (*painless*), dan berulang (*recurrent*).

## → **Palpasi abdomen**

Janin sering belum cukup bulan, jadi fundus uteri masih rendah dan bagian terbawah janin belum turun, biasanya kepala masih *floating* (belum masuk PAP)

## → **Pemeriksaan inspekulo**

Tujuannya adalah untuk mengetahui asal perdarahan, apakah perdarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari kelainan cervix dan vagina.



# Diagnosis

- **Penentuan letak plasenta tidak langsung**  
Dapat dilakukan dengan radiografi, radioisotop dan ultrasonografi. Akan tetapi pada pemeriksaan radiografi dan radioisotop, ibu dan janin dihadapkan pada bahaya radiasi sehingga cara ini ditinggalkan.

Sedangkan USG tidak menimbulkan bahaya radiasi dan rasa nyeri dan cara ini dianggap sangat tepat untuk menentukan letak plasenta.

- **Penentuan letak plasenta secara langsung**  
Pemeriksaan ini sangat berbahaya karena dapat menimbulkan perdarahan banyak.

Perabaan forniks. Mulai dari forniks posterior, apa ada teraba tahanan lunak (bantalan) antara bagian terdepan janin dan jari kita. Pemeriksaan melalui kanalis servikalis. Jari di masukkan hati-hati ke dalam OUI untuk meraba adanya jaringan plasenta.



# Patofisiologi



Umumnya pada **trimesester ketiga**, tapak plasenta akan mengalami pelepasan. Sebagaimana diketahui, tapak plasenta terbentuk dari **jaringan maternal** yaitu bagian desidua basalis yang **bertumbuh menjadi bagian dari uteri**. Dengan **melebarnya isthmus uteri menjadi segmen bawah rahim**, maka plasenta yang berimplantasi disitu sedikit banyak akan **mengalami laserasi** akibat pelepasan pada desidua pada tapak plasenta.

Demikian pula pada waktu serviks mendatar (effacement) dan membuka (dilatation) ada bagian tapak plasenta yang terlepas. Pada **tempat laserasi akan terjadi perdarahan yang berasal dari sirkulasi maternal yaitu dari ruang intervillus dari plasenta**. Oleh karena fenomena pembentukan segmen bawah rahim itu perdarahan pada plasenta previa betapa pun pasti kan terjadi (unavoidable bleeding).

# Patofisiologi



Perdarahan di tempat itu relative dipermudah dan diperbanyak oleh karena **segmen bawah rahim dan serviks tidak mampu berkontraksi dengan kuat** karena elemen otot yang dimilikinya 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 dimana 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.

Demikian perdarahan akan **berulang tanpa sesuatu sebab lain (causeless)**. Darah yang keluar berwarna merah segar **tanpa rasa nyeri (pain-less)**.

# Patofisiologi

Pada plasenta yang menutupi seluruh uteri internum perdarahan terjadi lebih awal dalam kehamilan karena segmen bawah rahim terbentuk lebih dahulu pada bagian terbawah yaitu ostium uteri internum.

Sebaliknya pada plasenta previa parsialis atau letak rendah, perdarahan baru akan terjadi pada waktu mendekati atau mulai persalinan.

Perdarahan pertama biasanya sedikit tetapi cenderung lebih banyak pada perdarahan berikutnya. Perdarahan yang pertama sudah bisa terjadi pada kehamilan dibawah 30 minggu, tetapi lebih separuh kejadiannya pada kehamilan 34 minggu ke atas.

Berhubung tempat perdarahan terletak pada dekat dengan ostium uteri internum, maka perdarahan lebih mudah mengalir keluar 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.

Placenta Previa



# Patofisiologi



Hal lain yang perlu diperhatikan adalah **dinding segmen bawah rahim yang tipis mudah diinvasi oleh pertumbuhan vili dari trofoblas, akibatnya plasenta melekat lebih kuat pada dinding uterus.**

Lebih sering terjadi plasenta akreta dan inkreta bahkan plasenta perkreta yang pertumbuhan vilinya bisa sampai menembus buli-buli dan ke rectum bersama plasenta previa.

Plasenta akreta dan inkreta lebih sering terjadi pada uterus yang sebelumnya pernah bedah sesar. Segmen bawah rahim dan serviks yang **rapuh mudah robek** oleh sebab kurangnya elemen otot yang terdapat disana. Kedua kondisi ini **berpotensi meningkatkan kejadian perdarahan pasca persalinan pada plasenta previa**, misalnya dalam kala tiga karena plasenta sukar melepas dengan sempurna (retensio plasenta) atau setelah uri lepas karena segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi dengan baik.

# Patofisiologi (singkat)



Perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa umumnya terjadi pada **triwulan ketiga** karena saat itu **segmen bawah uterus lebih mengalami perubahan** berkaitan dengan semakin tuanya **kehamilan**, **segmen bawah uterus akan semakin melebar**, dan **serviks mulai membuka**. Perdarahan ini terjadi apabila plasenta terletak di atas ostium uteri interna atau di bagian bawah segmen rahim. Pembentukan segmen bawah rahim dan pembukaan ostium interna akan menyebabkan robekan plasenta pada tempat perlekatannya (Cunningham et al, 2005).

**Darah** yang berwarna merah segar, **sumber perdarahan dari plasenta previa ini ialah sinus uterus yang robek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus**, atau karena **robekan sinus marginalis dari plasenta**. Perdarahannya tak dapat dihindarkan karena **ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi menghentikan perdarahan tersebut**, tidak sama dengan serabut otot uterus menghentikan perdarahan pada kala III pada plasenta yang letaknya normal. **Semakin rendah letak plasenta, maka semakin dini perdarahan yang terjadi**. Oleh karena itu, **perdarahan pada plasenta previa totalis akan terjadi lebih dini** daripada plasenta letak rendah yang mungkin baru berdarah setelah persalinan mulai (Oxorn, 2003).

## *Tatalaksana (umum)*

---

- u **PERHATIAN!** Tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebelum tersedia kesiapan untuk seksio sesarea. Pemeriksaan inspekulo dilakukan secara hati-hati, untuk menentukan sumber perdarahan.
- u Perbaiki kekurangan cairan/darah dengan infus cairan intravena (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat).
- u Lakukan penilaian jumlah perdarahan.
  - Jika perdarahan banyak dan berlangsung, persiapkan seksio sesarea tanpa memperhitungkan usia kehamilan
  - Jika perdarahan sedikit dan berhenti, dan janin hidup tetapi prematur, pertimbangkan terapi ekspektatif

# Tatalaksana (khusus)



## Terapi Konservatif

→ Agar janin tidak terlahir prematur dan upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif.

### u Syarat terapi ekspektatif:

- Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti dengan atau tanpa pengobatan tokolitik
- Belum ada tanda inpartu
- Keadaan umum ibu cukup baik (kadar Hb dalam batas normal)
- Janin masih hidup dan kondisi janin baik

u Rawat inap, tirah baring, dan berikan antibiotika profilaksis.

u Lakukan pemeriksaan USG untuk memastikan letak plasenta.

### u Berikan tokolitik bila ada kontraksi:

- MgSO<sub>4</sub> 4 g IV dosis awal dilanjutkan 4 g setiap 6 jam, atau
  - Nifedipin 3 x 20 mg/hari
- Pemberian tokolitik dikombinasikan dengan betamethason 12 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin

u Perbaiki anemia dengan sulfas ferosus atau ferrous fumarat per oral 60 mg selama 1 bulan.

u Pastikan tersedianya sarana transfusi.

u Jika perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, ibu dapat dirawat jalan dengan pesan segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan.

# Tatalaksana (khusus)

## Terapi Aktif

u Rencanakan terminasi kehamilan jika:

- Usia kehamilan cukup bulan
- Janin mati atau menderita anomali atau keadaan yang mengurangi kelangsungan hidupnya (misalnya anensefali)
- Pada perdarahan aktif dan banyak, segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang usia kehamilan

u Jika terdapat plasenta letak rendah, perdarahan sangat sedikit, dan presentasi kepala, maka dapat dilakukan pemecahan selaput ketuban dan persalinan pervaginam masih dimungkinkan. Jika tidak, lahirkan dengan seksio sesarea.

u Jika persalinan dilakukan dengan seksio sesarea dan terjadi perdarahan dari tempat plasenta:

- Jahit lokasi perdarahan dengan benang,
- Pasang infus oksitosin 10 unitin 500 ml cairan IV (NaCl 0,9% atau Ringer Laktat) dengan kecepatan 60 tetes/menit
- Jika perdarahan terjadi pasca salin, segera lakukan penanganan yang sesuai, seperti ligasi arteri dan histerektomi.

# Komplikasi



Komplikasi pada ibu meliputi:

1. Syok hipovolemik,
2. Infeksi atau sepsis,
3. Emboli udara (jarang terjadi),
4. Kelainan koagulopati sampai syok (*Disseminated Intravascular Coagulation*),
5. Solusio plasenta,
6. Kematian.

Komplikasi pada bayi yaitu:

1. Hipoksia,
2. Anemia,
3. Kematian.



## *Daftar Pustaka*

Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, Edisi pertama. 2013

<http://repository.ump.ac.id/994/3/Definita%20Anggereni%20BAB%20II.pdf>

<http://repository.unimus.ac.id/1888/3/BAB%20II.pdf>