

PLASENTA PREVIA TOTALIS PADA PRIMIGRAVIDA: SEBUAH TINJAUAN KASUS

Cut Meurah Yeni¹ Muhammad Bayu Z. Hutagalung²
Dwinka S. Eljatin² dan Alyani A. Basar²
Email: cutyeni@yahoo.com

¹Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala
²Mahasiswa Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala

Abstrak. Keluhan perdarahan pervaginam sejak 2 jam sebelum rawatan di rumah sakit. Pada kasus ini, dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang berupa ultrasonografi sehingga dapat disimpulkan penyebab perdarahan pervaginam berupa plasenta previa totalis dengan janin tunggal hidup presentasi bokong. Plasenta previa merupakan plasenta yang berimplantasi pada bagian segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir yang ditandai dengan perdarahan uterus. Faktor risiko timbulnya plasenta previa belum diketahui secara pasti namun dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa frekuensi plasenta previa tertinggi terjadi pada ibu yang berusia lanjut, multi para, riwayat seksio sesarea dan aborsi sebelumnya serta gaya hidup yang juga dapat mempengaruhi peningkatan resiko timbulnya plasenta previa. Pada kasus ini kehamilan diterminasi dengan pembedahan emergensi sectio cesaria. **JKS 2017; 1: 38-42)**

Kata Kunci: Plasenta Previa, Primigravida

Abstract. A case, a woman aged 28 years, 34-35 weeks gestational age with complaints of vaginal bleeding since 2 hours before treatment in the hospital. In this case, from physical and ultrasonography examination the causes of vaginal bleeding is placenta previa totalis with singleton live breech presentation pregnancy. Placenta previa is implantation of the placenta in the lower uterine segment, which occluded the birth canal marked with uterine bleeding. Risk factors for placenta previa is not yet known, but several studies reported that the highest frequency of placenta previa occurs in women who are elderly aged for pregnancy, multiparity, history of previous cesarean section and abortion as well as the lifestyle that can also affect the increase in the risk of placenta previa. In this case the pregnancy is terminated by emergency ceasrean section. **JKS 2017; 2: 38-42)**

Key words: Placenta Previa, Primigravida,

Pendahuluan

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada bagian segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir yang ditandai dengan perdarahan uterus yang dapat keluar melalui vagina tanpa adanya rasa nyeri pada kehamilan trimester terakhir, khususnya pada bulan kedelapan.¹ Faktor risiko timbulnya plasenta previa belum diketahui secara pasti namun dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa frekuensi plasenta previa tertinggi terjadi pada ibu yang berusia lanjut, multipara, riwayat seksio sesarea dan aborsi

sebelumnya serta gaya hidup yang juga dapat mempengaruhi peningkatan resiko timbulnya plasenta previa.¹⁻³

Ciri yang menonjol dari plasenta previa adalah perdarahan uterus yang keluar melalui vagina tanpa disertai dengan adanya nyeri. Perdarahan biasanya terjadi diatas akhir trimester kedua. Perdarahan pertama berlangsung tidak banyak dan dapat berhenti sendiri. Namun perdarahan dapat kembali terjadi tanpa sebab yang jelas setelah beberapa waktu kemudian.²⁻⁵ Komplikasi dapat terjadi pada ibu dan

bayiyaitu: Selama kehamilan pada ibu dapat menimbulkan perdarahan antepartum yang dapat menimbulkan syok, kelainan letak pada janin sehingga meningkatnya letak bokong dan letak lintang.¹⁻²

Laporan Kasus

Seorang wanita berusia 28 tahun HPHT:10/01/2016 TTP:17/10/2016. Hamil 34-35 minggu. Pasien mengeluhkan keluar darah dari jalan lahir sejak ± 2 jam SMRS. Menurut pengakuan pasien tampak darah yang keluar berwarna merah segar.

Tanda Vital

Tekanan darah :135/80 mmHg

Frekuensi nadi : 92 kali/menit, regular

Frekuensi nafas : 22 kali/menit, regular

Suhu : 36,6 ° C

Pemeriksaan Genitalia

- Inspeksi : Vulva/Uretra tenang
- Inspekulo : Portio licin, OUE tertutup, fluor (-), fluxus (+), perdarahan aktif (+) valsava (-) lakmus (-)
- Pemeriksaan bimanual : tidak dilakukan

Pemeriksaan laboratorium darah

Hemoglobin: 9,1 mg/dl

Hematokrit : 30%

Eritrosit : $4,5 \times 10^6 / \text{mm}^3$

Leukosit : $10,1 \times 10^3 / \text{mm}^3$

Trmbosit : $227 \times 10^3 / \text{mm}^3$

MCV/MCH/MCHC: 67 fl/20 pg/30%

Kesan : Anemia Mikrositik Hipokromik



Gambar 1. Gambaran Ultrasonografi

Berdasarkan hasil pemeriksaan USG pada pasien tampak janin resentasi kepala tunggal hidup, DJJ (+), FHR : (+), BPD: 7,92 mm, AC : 24,63 mm, DI : 4,43 mm, SDAU : 2,8 mm, ICA : 8 mm, TBJ : 1650 gram dan plasenta corpus posterior menutupi jalan lahir. Pasien mendapatkan terapi pematangan paru berupadexamethason 6 gram / 12 jam selama 2 hari, terapi tokolitik: adalot oros 1x30 mg, nifedipin 10 mg titrasi setiap 20 menit, kaltropen supp 200 mg /8jam dan IVFD RL + oksitosin 20 IU 20 gtt/menit. Dari hasil pembedahan sectio cesaria transperitoneal profundabayi laki-laki, berat badan lahir: 1550 gram, panjang badan: 42 cm dan apgar score: 7/8.

Pembahasan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi sebelum masa persalinan. Dimana, perdarahan yang terjadi pada masa antepartum dibagi berdasarkan usia kehamilan yaitu: < 20 minggu dan > 20 minggu. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada bagian segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir yang ditandai dengan perdarahan uterus yang dapat keluar melalui vagina tanpa danya rasa nyeri pada kehamilan trimester terakhir, khususnya pada bulan kedelapan.¹⁻³ 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 initerjadi apabila plasenta terletak diatas ostiumuteriinterna



atau dibagian bawah segmen rahim. Pembentukan segmen bawah rahim dan pembukaan ostiuminterna akan menyebabkan robekan plasenta pada tempat perlekatannya.^{3,4,6}

Darah yang berwarna merah segar, sumber perdarahan dari plasenta previa ini ialah sinusuterus yang robek karena terlepasnya plasenta dari dinding uterus, atau karena robekan sinusmarginalis dari plasenta. Perdarahannya tak dapat dihindarkan karena ketidak mampuan 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 totalisakan terjadi lebih dini daripada plasenta letak rendah yang mungkin baru berdarah setelah persalinan mulai.⁶⁻⁷

Adapun pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan untuk menegakkan diagnosa placenta previa meliputi: keadaan umum dan tanda vital, inspeksi genitalia eksterna, pemeriksaan inspekulo dan leopold. Pemeriksaan keadaan umum dan tanda vital dapat dinilai jumlah perdarahan yang terjadi pada pasien. Pada pasien tampak keadaan vital dalam batas normal. Pada pinspeksi genitalian eksterna tampak bekuan darah pada sekitar vulva, uretra tampak tenang. Pada pemeriksaan genitalia eksterna dapat dilihat melalui banyaknya darah yang keluar melalui vagina, darah beku, dan sebagainya. Apabila dijumpai perdarahan yang banyak makaibu akan terlihat pucat.

Pada pemeriksaan inspekulo tampak portio licin, tampak OUE tertutup, perdarahan aktif dari OUE, fluor (-). Pemeriksaan inspekulo, dengan menggunakan spekulum secara hati-hati dapat menunjukkan sumber perdarahan, apakah dari uterus, ataupun

terdapat kelainan padaserviks, vagina, varises pecah, dll.^{2,5,7}

Pada pemeriksaan fisik obstetrik berupa palpasiabdomen (leopold manuver) sering dijumpai kelainan letak pada janin, tinggi fundus uteri yang rendah karena belum cukup bulan. Juga sering dijumpai bahwa bagian terbawah janin belum turun, apabila letak kepala, biasanya kepala masih bergoyang, terapung atau mengolok diatas pintu atas panggul. Pada pemeriksaan Laboratorium didapatkan Hemoglobin 9,1 mg/dl dengan MCV: 67 fl; MCH: 20 pg dan MCHC: 30% kesan anemia mikrositik hipokromik lain-lain dalam batas normal. Anemia yang terjadi pada kehamilan umumnya disebabkan akibat defisiensi zat besi. Hal ini sesuai dengan keadaan yang terjadi pada pasien dimana penurunan kadar hemoglobin juga disertai penurunan nilai MCV, MCH, MCHC yakni berupa anemia mikrositik hipokrom. Namun, perdarahan yang terjadi pasien juga dapat menjadi penyebab dari anemia.^{2,4,8}

Pemeriksaan ultrasonografi bertujuan untuk menilai keadaan janin yaitu berupa pertumbuhan janin yang dinilai dari nilai Biparietal Diameter (BPD), Head Circumference (HC), Abdominal Circumference (AC), Fmur Length (FL). Dimana berdasarkan data biometri dapat disimpulkan pertumbuhan janin intrauterine berupa taksiran berat janin serta perkiraan usia kehamilan. Selain itu, pemeriksaan ultrasonografi berfungsi untuk menilai apakah terdapat keadaan patologis intrauterineseperti berkurang/bertambahnya jumlah cairan amnion diatas normal maupun letak implantasi plasenta yang abnormal. Pada placenta previa implantasi terjadi pada segmen bawah rahim, dimana dapat diklasifikasikan menjadi placenta previa totalis, parsialis, marginalis, dan letak rendah. Dimana, pada pasien didapatkan placenta menutupi seluruh ostium uteri interna sehingga didiagnosa sebagai plasenta previa totalis.^{3,4,7}

Pemeriksaan kardiotokografi atau *external fetal monitoring* bertujuan untuk menilai keadaan janin intrauterin (melalui DJJ janin: baseline, variabilitas, akselerasi dan deselerasi) serta kontraksi uterus (his). Berdasarkan pemeriksaan tersebut keadaan janin intrauterine dapat diklasifikasi menjadi 3 kategori yakni: Kategori I (normal), kategori 2 (*Indeterminate*) dan kategori 3 (abnormal). Dimana pada pasien ini berdasarkan pemeriksaan kardiotokografi didapatkan hasil kategori I dengan kriteria DJJ baseline 110-160x/I, variabilitas sedang: 5-25 x/i, deselerasi variabel dan late: *deceleration*: negatif, *early deceleration*: negatif, dan akselerasi: positif atau negatif. Pemeriksaan ini penting untuk dilakukan dalam observasi individu dengan plasenta previa.^{1,4}

Penatalaksanaan pada pasien berupa observasi tanda vital, perdarahan, pemberian tokolitik, pematangan paru, dan terminasi kehamilan. Pemberian tokolitik berupa nifedipin 10 mg diberikan 3 kali dengan interval 20 menit dilanjutkan pemberian nifedipine 30 mg per hari. Pemberian nifedipin yang merupakan golongan penyekat kanal kalsium berfungsi untuk menurunkan konsentrasi kadar kalsium intra miosit sehingga secara langsung menurunkan aktivitas miometri yang berkaitan dengan terjadinya kontraksi (his).^{1,5}

Pematangan paru janin dengan Dexametason iv 6 mg per 12 jam selama 2 hari. Pemberian kortikosteroid pada pasien tersebut bertujuan untuk mempercepat maturitas paru janin sehingga bila terminasi kehamilan dilakukan bayi tersebut mampu untuk bernafas secara spontan. Pemberian kortikosteroid akan menstimulasi pneumosit tipe 2 sehingga meningkatkan produksi surfaktan dan menstimulasi perkembangan paru janin.^{3,6}

Terminasi kehamilan pada kasus ini dilakukan per abdominal (sectio cesarean)

akibat terjadinya *recurrent bleeding* pada masa konservatif. Terminasi kehamilan per abdominal (sectio cesarea) menjadi pilihan dalam tatalaksana plasenta previa. Hal ini disebabkan implantasi plasenta pada segmen bawah rahim yang menutupi OUE akan menghalangi lahirnya janin secara pervaginam. Persalinan seksiosesarea pada plasenta previa dilakukan pada semua plasenta previa totalis, janin hidup atau meninggal, serta semua plasenta previa marginalis karena perdarahan yang sulit dikontrol.^{2,5,8}

Komplikasi dapat terjadi pada ibu dan bayi yaitu: Selama kehamilan pada ibu dapat menimbulkan perdarahan antepartum. Selain itu juga dapat mengakibatkan kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, munculnya asfiksia, berat badan lahir rendah, kematian janin intrauterus, dll. Pada kasus ini, bayi lahir dengan BBL: 1550 gram, PB: 42 cm, LK: 30 cm, LD: 25 cm; LP: 23 cm, LILA: 8 cm dan Apgar Score:7/8. Permasalahan bayi berupa Neonatus Kurang Bulan - Sesuai Masa Kehamilan dengan Berat Badan Lahir Sangat Rendah dan Respiratory Distress Syndrome. Hal ini merupakan bentuk komplikasi plasenta previa pada fetal berkaitan dengan risiko *intrauterine Growth restriction* dan Prematuritas.^{5,6,9}

Kesimpulan

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada bagian segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir yang ditandai dengan perdarahan uterus. Faktor risiko timbulnya plasenta previa belum diketahui secara pasti namun dari beberapa penelitian dilaporkan bahwa frekuensi plasenta previa tertinggi terjadi pada ibu yang berusia lanjut, multipara, riwayat seksiosesarea dan aborsi sebelumnya serta gaya hidup yang juga dapat mempengaruhi peningkatan resiko terjadi plasenta previa. Plasenta previa dapat meningkatkan mortalitas dan morbiditas pada ibu dan janin.^{1,3,6}

Daftar Pustaka

1. Cunningham FG. 2006. *Obstetri William Vol. 1*. Jakarta: EGC. pp:685-704.
2. FaizA Sand Ananth CV. 2003. Etiology and risk factors for placental previa: An overview and meta-analysis of observational studies. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 13: 175–190.
3. Hung TH, Hsieh C and HsuJJ. 2007. Risk factors for placental previa in an Asian population. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 97: 26-30.
4. Johnson LG, Sergio Fand Lorenzo G. 2003. The relationship of placental previa and history of induced abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 81(2): 191–198.
5. Kay HH. 2003. Placental previa and abruptio. In JR Scott et al. (eds). *Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp: 365-379.
6. Oyelese Y and Smulian JC. 2006. *Placental previa, placental accreta, and vasa previa*. *Obstetrics and Gynecology*. 107(4): 927–941.
7. Scarce J and Uzelac PS. 2007. Third-trimester vaginal bleeding. In: AHD de Cherney et al. (eds). *Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology*, 10th ed. *New York: McGraw-Hill*, pp: 328-341.
8. Sheiner GI, Shoham-Vardi, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M and Major M. 2001. Placental previa: Obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J. Matern Fetal Med* 10: 414-419.
9. Usta IM, Hobeika E. M, Musa A.A, Gabriel G.E and Nassar A.H. 2005. Placental previa-accreta: risk factors and complications. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 193: 504-1059.