

Plasenta Previa Totalis dengan Komplikasi Perdarahan Post Partum Pada Multipara di Usia Kehamilan 39 Minggu

Reski Wulandari Roni, Ferri Waluyo Wiwoho Pujajati

General Practitioner, Obstetrician Gynecologist Rumkit Tk II Dr. Hardjanto
Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur

Korespondensi : Reski Wulandari Roni, Email : reskiwulandari20@gmail.com

Abstrak

Penyebab Angka Kematian Ibu (AKI) yang utama ialah perdarahan. Di Indonesia, menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, AKI di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan data tahun 2010-2013 penyebab kematian terbesar kematian ibu ialah perdarahan. Plasenta previa merupakan salah satu penyebab perdarahan yang tersering terjadi pada ibu hamil.

Tujuan dari penulisan laporan kasus ini adalah memahami komplikasi dari plasenta previa yaitu perdarahan pasca salin dan bagaimana tatalaksana kasus tersebut. Kami melaporkan kasus mengenai seorang wanita 31 tahun dengan plasenta previa totalis pada usia kehamilan 39 minggu. Pasien memiliki riwayat dua kali seksio sesaria sebelumnya. Didapatkan perdarahan pasca salin saat dilakukan seksio sesaria disertai syok hipovolemik. Komplikasi yang disebabkan oleh letak plasenta yang rendah adalah perdarahan pasca salin yang terjadi selama pembedahan. Perkiraan jumlah kehilangan darah sebanyak 2500 cc, dan didapatkan hemoglobin 1,8 g%. Kondisi hemodinamik tidak stabil dengan tekanan darah 80/50 mmHg, dan kesadaran pasien mulai menurun. Kondisi pasien membaik 3 hari pasca operasi dengan monitoring ketat di Unit Perawatan Intensif (ICU).

Kata kunci: Plasenta Previa Totalis, Perdarahan Post Partum.

Total Placenta Previa with Complication of Post Partum Haemorrhage at 39 Weeks Gestation on Multiparous

Abstract

The main cause of maternal mortality (MMR) is bleeding. In Indonesia, according to the 2012 Indonesian Demographic and Health Survey (IDHS), the maternal mortality rate in Indonesia is still high at 359 per 100,000 live births. Based on data in 2010-2013 the biggest cause of maternal death is bleeding. Placenta previa is one of the most common causes of bleeding in pregnant women.

The purpose of writing this case report is to understand the complication of placenta previa, post partum hemorrhage, and how to manage this case. We report the case of a 31-year-old woman with total placenta previa at 39 weeks' gestation with a history of previous cesarean section two times presenting with postpartum haemorrhage during cesarean section. The patient was found with hypovolemic shock. The estimated blood loss of the patient was 2500 cc and the patient's hemoglobin was 1.8 g%. The patient's blood pressure dropped to 80/50 mmHg, and the patient's consciousness was disturbed. The patient's condition improved 3 days after surgery and close monitoring in the Intensive Care Unit (ICU).

Key word : Total Placenta Previa, Post Partum Haemorrhage.

Pendahuluan

Sebagian besar plasenta akan berimplantasi pada tempat yang baik untuk memberikan nutrisi yang cukup bagi janin, yaitu di fundus uteri. Namun, hal ini tidak selalu terjadi, sehingga menyebabkan berbagai kelainan implantasi plasenta.⁵

Plasenta previa adalah plasenta yang terletak di segmen bawah rahim sedemikian rupa sehingga berdekatan atau sebagian atau seluruhnya menutupi ostium uteri interna.^{3,16}

Insiden plasenta previa adalah 4-5 per 1000 kehamilan.⁷ Insidennya adalah 2,8/1000 persalinan pada kehamilan tunggal dan 3,9/1000 persalinan pada kehamilan kembar.⁶

Plasenta previa merupakan salah satu masalah dalam kehamilan. Hal ini menyebabkan perdarahan pervaginam yang tidak nyeri dan ada pula yang menyebabkan perdarahan yang cukup banyak dan dapat membahayakan kondisi ibu dan janin. Tindakan sering memerlukan persalinan yang sifatnya segera.⁴

Tindakan sering memerlukan persalinan yang sifatnya segera.⁶ Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya plasenta previa adalah peningkatan paritas ibu, bertambahnya usia ibu, kehamilan ganda, kuretase, riwayat seksio sesaria sebelumnya, adanya bekas luka pada rahim dan miomektomi atau endometritis, riwayat plasenta previa, dan kebiasaan merokok.^{13,7}

Cacat pada rahim misalnya karena operasi caesar, kuretase dan miomektomi berpengaruh signifikan terhadap proses inflamasi dan timbulnya atrofi endometrium sehingga vaskularisasi desidua tidak memadai sehingga menyebabkan plasenta previa.¹³

Kejadian plasenta previa pada kehamilan kedua dengan persalinan pervaginam pada kehamilan pertama adalah 4,4 dari 1000 kelahiran, sedangkan melalui operasi caesar adalah 8,8 dari 1000 kelahiran.

Data lain menyebutkan bahwa ibu dengan riwayat satu kali operasi caesar

memiliki risiko 2,2 kali lebih besar mengalami plasenta previa. Risiko meningkat seiring dengan peningkatan riwayat operasi caesar, yaitu 4,1 kali untuk 2 operasi caesar dan 22,4 kali untuk riwayat 3 operasi caesar.^{1,4,6,7}

Kasus ini mengenai seorang wanita 31 tahun dengan plasenta previa totalis pada usia kehamilan 39 minggu dan memiliki dua riwayat operasi caesar mendapatkan perdarahan post partum setelah operasi caesar terakhir dengan anemia.

Kasus ini telah mendapat persetujuan dari pasien dan komite medis rumah sakit.

Tujuan

Untuk mempresentasikan kasus umum plasenta previa dan membahas tentang teori dan tata laksana komplikasi yang disebabkan oleh plasenta previa.

Kronologi

Seorang wanita 31 tahun, multipara pada usia kehamilan 39 minggu mengeluhkan perdarahan pervaginam. Perdarahan terjadi sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit dan keluar darah berupa bercak coklat tanpa keluhan lain, tanpa nyeri perut. Sebelumnya pasien pernah mengalami hal yang sama pada kehamilan bulan ke-7 namun perdarahan hanya berupa bercak. Saat ini perdarahan tampak semakin banyak sehingga pasien bisa mengganti pembalut dua kali dalam sehari

Dari pemeriksaan fisik dan USG yang dilakukan di rumah sakit, ditemukan bahwa plasenta menutupi jalan lahir dengan sempurna. Pasien juga diketahui memiliki riwayat operasi caesar sebanyak dua kali.

Pasien diarahkan ke rawat inap dan rencana operasi keesokan harinya.

Hasil lab sebelum operasi menunjukkan angka anemia yang tidak signifikan dengan hemoglobin 9,9gr%, eritrosit 4,1 juta, Leukosit 8700 mm³, Trombosit 187.000/uL, Ureum 9 mg/dl dan Kreatinin 0,4 mg/

dl. Selanjutnya pasien direncanakan akan dioperasi keesokan harinya. Bayi lahir sehat dengan apgar skor 8 pada menit pertama dan 9 pada menit kelima, gerak aktif, dan berat badan 3200 gram.



Gambar 1 Plasenta Menutupi Seluruh Jalan Lahir

Komplikasi yang disebabkan oleh letak plasenta previa yang rendah adalah perdarahan post partum yang terjadi selama pembedahan. Perkiraan kehilangan darah pasien adalah 2500 cc kemudian menyebabkan hemoglobin pasien menjadi 1,8 g% dan juga menyebabkan hemodinamik tidak stabil. Tekanan darah pasien turun menjadi 80/50 mmHg, dan kesadaran pasien mulai menurun.

Selanjutnya perbaikan hemodinamik dilakukan bekerjasama dengan Dokter Spesialis Anestesi, dengan memasang 2 jalur IV dengan memasukkan koloid dan kristaloid, serta melakukan transfusi darah intra operatif untuk mengatasi anemia yang terjadi pada pasien.

Setelah operasi selesai, pasien dipindahkan ke Unit Perawatan Intensif (ICU) dan pasien diamati dengan cermat. Pasien selanjutnya menunjukkan perbaikan setelah tiga hari perawatan di ICU. Pasien sembuh dengan hemodinamik stabil dan hemoglobin kembali normal pada 11gr% setelah transfusi 4 kantong darah.

Diskusi Kasus

Plasenta previa adalah suatu keadaan ketika posisi plasenta berada di segmen bawah

rahim sehingga menutup pembukaan jalan lahir (ostium uteri internum). Kejadian plasenta previa pada kehamilan kedua dengan persalinan pervaginam pada kehamilan pertama adalah 4,4 dari 1000 kelahiran, sedangkan melalui operasi caesar adalah 8,8 dari 1000 kelahiran.^{1,4}

Data lain menyebutkan bahwa ibu dengan riwayat satu kali operasi caesar memiliki risiko 2,2 kali lebih besar mengalami plasenta previa. Risiko meningkat seiring dengan peningkatan riwayat operasi caesar, yaitu 4,1 kali untuk 2 operasi caesar dan 22,4 kali untuk riwayat 3 operasi caesar. Wanita di atas usia 30 tahun cenderung mengalami plasenta previa.^{1,4,6,7}

Pada awal kehamilan, plasenta mulai terbentuk, sebuah organ bulat datar yang bertanggung jawab untuk menyediakan oksigen dan nutrisi untuk pertumbuhan bayi dan membuang produk limbah dari darah bayi. Plasenta melekat pada dinding rahim dan tali pusat bayi yang membentuk hubungan penting antara ibu dan bayi.^{16,18}

Ada 4 klasifikasi plasenta previa:³

1. Plasenta Previa Parsial yaitu ketika plasenta menutupi setengah dari ostium uteri interna.
2. Plasenta Previa Marginal yaitu ketika plasenta menutupi tepi bawah ostium uteri interna.
3. Plasenta Previa letak rendah yaitu ketika plasenta menutupi kira-kira 2 cm ostium uteri interna.
4. Complete/Total Placenta Previa yaitu jika plasenta menutupi seluruh ostium uteri interna.

Etiologi plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun beberapa faktor risiko telah ditetapkan sebagai kondisi yang berhubungan dengan terjadinya plasenta previa.

Faktor risiko ini termasuk kehamilan usia tua, multiparitas, kehamilan ganda, merokok selama kehamilan, janin laki-laki, riwayat aborsi kehamilan, riwayat

operasi rahim, riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya dan IVF.^{17,19}

Adanya luka atau bekas luka pada endometrium akibat tindakan seksio sesarea sebelumnya menyebabkan penipisan jaringan pada daerah endometrium yang mengakibatkan kurangnya vaskularisasi di daerah tersebut. Daerah yang kurang vaskularisasinya bukan merupakan tempat yang baik untuk pertumbuhan dari plasenta, sehingga plasenta akan mencari jaringan lain yang lebih banyak vaskularisasinya, misalnya pada segmen bawah uterus, sehingga mengakibatkan terjadinya plasenta previa. Risiko terjadinya plasenta previa pada kehamilan dengan riwayat seksio sesarea dilaporkan antara 1,5 dan 6 kali lebih tinggi daripada kehamilan dengan riwayat pervaginam sebelumnya.^{17,19}

Diagnosis ditegakkan dengan adanya gejala klinis dan beberapa pemeriksaan, antara lain:^{1,3,4,7,9}

1. Anamnesis / Anamnesis

Gejala pertama yang membawa pasien ke dokter atau rumah sakit adalah perdarahan setelah kehamilan 28 minggu atau pada akhir kehamilan (trimester ketiga), puncak kejadian pada usia kehamilan 34 minggu. Sifat perdarahan tanpa sebab (causeless), tanpa nyeri (painless), dan berulang (recurrent).

2. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan spekulum dapat dilakukan untuk menilai vagina dan serviks. Vaginal

touchers harus dihindari pada semua wanita dengan perdarahan antepartum sampai didiagnosis sebagai previa non-plasenta.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan USG

- a. USG transvaginal dengan identifikasi 100% akurat dari plasenta previa
- b. USG transabdominal dengan akurasi sekitar 95%

MRI dapat digunakan untuk membantu dalam identifikasi plasenta akreta, inkreta, dan plasenta perkreta.

Penatalaksanaan utama plasenta previa yang harus dilakukan segera pada semua kasus perdarahan antepartum adalah menilai kondisi ibu dan janin, melakukan resusitasi yang tepat bila perlu, jika terjadi gawat janin dan bayi cukup matur untuk dilahirkan, perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan dan memberikan imunoglobulin anti-D pada semua ibu dengan rhesus negatif.^{9,10}

Penatalaksanaan ibu dengan plasenta previa simptomatik meliputi: setelah terdiagnosis, ibu disarankan untuk dirawat inap, tersedia transfusi darah jika diperlukan segera, fasilitas penunjang untuk seksio sesarea darurat, rencana persalinan pada usia kehamilan 38 minggu tetapi jika ada indikasi sebelum waktu persalinan ditentukan, operasi caesar dapat dilakukan pada waktu itu.^{11,13}

Cara persalinan ditentukan oleh jarak antara tepi plasenta dan ostium uteri

Table 1 Riwayat Persalinan dengan Seksio Sesarea Meningkatkan Kejadian Plasenta Previa pada Kehamilan Berikutnya

Type of Previa	Previous Caesarean Delivery	15 to 19 weeks	24 to 27 weeks	32 to 35 weeks
Complete	No	20	56	90
Complete	Yes	41	84	89
Partial	No	6	12	39
Partial	Yes	7	40	63
Overall		12	49	73

interna dengan pemeriksaan ultrasonografi transvaginal pada usia kehamilan 35 minggu. Jika jaraknya >20 mm, kemungkinan besar persalinan pervaginam berhasil. Jika jarak antara tepi plasenta dan ostium uteri interna 0-20 mm, kemungkinan dilakukan seksio sesaria, tetapi persalinan pervaginam tetap dapat dilakukan tergantung pada kondisi klinis pasien.¹⁸

Rosenberg dkk menyatakan bahwa kejadian perdarahan postpartum pada plasenta previa sebesar 1,4%, lebih tinggi dibandingkan dengan bukan plasenta previa yaitu sebesar 0,5%. Hasegawa dkk menyatakan bahwa morbiditas perdarahan postpartum memiliki risiko relatif 1,86 untuk plasenta previa.⁵

Perdarahan post partum didefinisikan sebagai kehilangan 500 ml atau lebih darah setelah persalinan pervaginam atau 1000 ml atau lebih setelah seksio sesarea. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh, pertama: atonia uteri. Atonia uteri adalah ketidakmampuan rahim, terutama miometrium, untuk berkontraksi setelah plasenta lahir.^{12,13}

Kedua: laserasi jalan lahir. Laserasi jalan lahir biasanya merupakan hasil dari episiotomi, laserasi spontan perineum, trauma forsep atau ekstraksi vakum, atau karena versi ekstraksi.^{12,13}

Ketiga: retensi plasenta. Retensi plasenta adalah plasenta yang belum lahir sampai 30 menit atau lebih setelah bayi lahir. Hal ini dikarenakan plasenta belum lepas dari dinding rahim atau plasenta sudah lepas namun belum lahir. Retensi plasenta adalah penyebab paling umum ketiga dari perdarahan postpartum (20% - 30% kasus).^{12,13}

Penatalaksanaan pasien perdarahan post partum memiliki dua komponen utama yaitu resusitasi dan penatalaksanaan perdarahan obstetrik yang dapat disertai syok hipovolemik serta identifikasi dan penatalaksanaan penyebab perdarahan. Keberhasilan pengelolaan perdarahan

postpartum mengharuskan kedua komponen dikelola secara bersamaan dan sistematis.^{15,16}

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam pengelolaan perdarahan postpartum. Pijat uterus dianjurkan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat dianjurkan pada kasus perdarahan yang sulit diobati atau perdarahan tetap berhubungan dengan trauma. Jika ada perdarahan persisten dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterina harus dipertimbangkan.^{15,16}

Pada kehamilan dengan plasenta previa, perlu dicatat bahwa perdarahan ulang biasanya lebih sering. Transfusi darah harus segera diberikan jika terdapat gejala syok hipovolemia akibat perdarahan masif meskipun gambaran klinisnya baik.¹⁰ Bhatt dkk menemukan 64,7% ibu dengan plasenta previa membutuhkan transfusi darah.¹

Perdarahan post partum secara fisiologis dikendalikan oleh kontraksi serot miometrium, terutama di sekitar pembuluh darah yang mensuplai darah ke tempat perlekatan plasenta. Kegagalan untuk berkontraksi dan menarik kembali serat miometrium dapat menyebabkan perdarahan yang cepat dan parah serta syok hipovolemik.^{10,14}

Atonia uteri adalah penyebab paling umum dari perdarahan post partum, hingga sekitar 70% kasus. Atonia dapat terjadi setelah persalinan pervaginam, persalinan operatif pervaginam, atau persalinan abdominal. Penelitian sejauh ini telah menunjukkan bahwa atonia uteri lebih tinggi pada persalinan abdominal daripada persalinan pervaginam.¹⁴

Simpulan perdarahan post partum dan antepartum merupakan kejadian yang paling sering terjadi dan paling banyak menyebabkan kematian ibu. Diagnosis dini sangat penting untuk mencegah perdarahan yang berlebihan selama persalinan. Penatalaksanaan plasenta previa dan perdarahan postpartum yang tepat merupakan hal yang sangat penting untuk

keselamatan ibu dan anak

Ucapan Terima Kasih

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada dr. Ferri Waluyo Wiwoho Pujojati Spesialis Obstetri dan Ginekologi atas arahan dan bimbingannya dalam penulisan ini.

Daftar Pustaka

1. Bhatt AD, Meena A, Desai MR. Maternal and Perinatal Outcome in Cases of Placenta Previa. *International Journal of Science and Research* 2014;3:299–301.
2. Benirschke K, Burton GJ, Baergen RN. *Pathology of The Human Placenta*, 6 ed. Berlin: Springer, 2012.
3. Cunningham Gary F, Leveno J Kenneth, Bloom L Steven, Hauth C John, III, Gilstrap Larry, Wenstrom D Katharine. *Williams Obstetrics 22ND EDITION* 2005.
4. Dewi, Vivian,. Nanny, Lia. (2011). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
5. Hasegawa J, Nakamura M, Hamada S, et al. Prediction of hemorrhage in placenta previa. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2012;3–6.
6. Crane JMG, Hof MCV, Dodds L, Armson BA, Liston R. Neonatal Outcomes With Placenta Previa. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 1999;93:541-544
7. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2011;284:47–51
8. Ngeh N, Bhide A. Antepartum haemorrhage. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2006:79–83.
9. Thomson A, Ramsay J. Antepartum Haemorrhage. RCOG Green-top Guideline No 63 1st edition 2011.
10. Premila S, Arulkumaran S. Massive and recurrent antepartum haemorrhage. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2008;18:307–311.
11. Hung T-H, Hsieh C-C, Hsu J-J, Chiu T-H, Lo L-M, Hsieh Ts-Ta. Risk factors for placenta previa in an Asian population. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007;97:26–30
12. Johnston TA, Paterson-Brown MS. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. RCOG Green-top Guideline No 27 2011
13. Johnston TA, Paterson-Brown MS. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. RCOG Green-top Guideline No 27 2011
14. Karkata MK, editor. *Perdarahan Pascapersalinan (PPP)*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2010
15. Martel M-J, SK S. Hemorrhagic Shock. SOGC Clinical Practice Guidelines No 115 2002.
16. Malhotraa M, Sharmaa JB, Batraa S, Sharmab S, Murthyb NS, Arora R. Maternal and perinatal outcome in varying degrees of anemia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002;79:93–100.
17. Blackwell SC. Timing of Delivery for Women with Stable Placenta Previa. *Seminars in Perinatology* 2011;35:249–251.
18. Daskalakisa G, Simoua M, Zacharakisa D, et al. Impact of Placenta Previa on Obstetric Outcome. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;114:238–241
19. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Risk of Placenta Previa in Second Birth After First Birth Cesarean Section: A Population-Based Study and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;95:1–10.