

Plasenta Previa Totalis Dan Janin Letak Lintang: Laporan Kasus

M. Arifin Ilham¹, Zulfadli²

¹Program Dokter Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung,

²Departement Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan RSUD dr. H Abdul Moeloek

Abstrak

Keluhan perdarahan pervaginam sejak 5 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 letak lintang. Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebahagian dari ostium uterus internum. Frekuensi perdarahan antepartum sekitar 3 % sampai 4 % dari semua persalinan. Kejadian plasenta previa bervariasi antara 0,3-0,5 % dari seluruh kelahiran. Plasenta previa merupakan penyebab terbanyak dari seluruh kasus perdarahan antepartum. Studi ini merupakan laporan kasus dari seorang ibu hamil, 32 tahun, G2P1A0 34 minggu, datang dengan keluhan keluar darah pervaginam tanpa disertai rasa nyeri dan kelainan letak janin. Pada pemeriksaan fisik obstetri, didapatkan bahwa hasil inspeksi terdapat keluar darah pervaginam, hasil palpasi terdapat janin letak lintang, hasil inspekulo terdapat *fluxus* keluar dari ostium uterus eksterna. Pemeriksaan penunjang didapatkan kadar Hb 8,2 g/dl. Oleh karena itu, pasien ini didagnosis dengan plasenta previa totalis dan janin letak lintang. Penatalaksanaan pada pasien ini dilakukan perawatan ekpetatif di pulangkan dalam keadaan baik dan dijadwalkan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*

Kata kunci: Janin, letak lintang, plasenta previa

Total Placenta Previa And Transverse Fetal Lie: A Case Report

Abstract

Complaints of vaginal bleeding since 5 hours before admission to hospital. In this case, a physical examination and supporting examination in the form of ultrasonography were carried out so that it could be concluded that the cause of vaginal bleeding was placenta previa totalis with a single live fetus in the latitude. Placenta previa is a placenta that implants in the lower segment of the uterus so that it covers all or part of the internal uterine ostium. The frequency of antepartum bleeding is around 3% to 4% of all deliveries. The incidence of placenta previa varies between 0.3-0.5% of all births. Placenta previa is the most common cause of all cases of antepartum hemorrhage. This study is a case report of a pregnant woman, 32 years old, G2P1A0 34 weeks, who came with complaints of vaginal bleeding without pain and abnormalities in the position of the fetus. During the obstetric physical examination, it was found that the results of the inspection showed vaginal bleeding, the results of the palpation showed that the fetus was in a horizontal position, the results of the inspection showed that there was flux coming out of the external uterine ostium. Supporting examinations revealed an Hb level of 8.2 g/dl. Therefore, the patient was diagnosed with placenta previa totalis and the fetus was transversely located. The management of this patient was expected to be discharged in good condition and scheduled for a cesarean section cesarean.

Keywords: Fetal, placenta previa, transversal fetus position

Korespondensi: M. Arifin Ilham, Jl. Danau Batur No. 31, Kedaton, Bandar Lampung, HP 085378228986, e-mail csilham234@gmail.com

Pendahuluan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan jalan lahir setelah kehamilan 28 minggu.¹ Perdarahan antepartum digolongkan sebagai berikut yaitu perdarahan yang ada hubungannya dengan kehamilan yaitu plasenta previa, solusio plasenta, perdarahan pada plasenta letak rendah, pecahnya sinus marginalis dan vasa previa.¹

Frekuensi perdarahan antepartum sekitar 3 % sampai 4 % dari semua persalinan. Kejadian plasenta previa bervariasi antara 0,3- 0,5 % dari seluruh kelahiran. Dari seluruh kasus perdarahan antepartum plasenta previa merupakan penyebab terbanyak. Oleh karena itu, pada kejadian perdarahan antepartum, kemungkinan plasenta previa harus dipikirkan terlebih dahulu.^{2,3}

Kasus

Seorang wanita hamil, G2P1A0, berusia 32 tahun datang ke Rumah Sakit Abdul Moeloek pada 29 Januari 2024 dengan keluhan perdarahan dari kemaluan, sebanyak dua kali mengganti pembalut dalam 5 jam sebelum kedatangannya. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak disertai rasa sakit. Pasien tidak mengalami kontraksi seperti mulas yang menjalar ke punggung dan semakin sering, serta tidak ada cairan ketuban yang keluar. Pasien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan (ANC) dan telah didiagnosis posisi janin melintang. Tidak ada riwayat pemijatan di perut. Usia kehamilan saat ini 34 minggu, dan gerakan janin masih terasa.

Pada pemeriksaan fisik umum, pasien dalam keadaan sadar penuh (*compos mentis*), dengan tekanan darah 102/67 mmHg, nadi 94 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, suhu tubuh 36,7°C, dan konjungtiva menunjukkan tanda anemia. Pemeriksaan obstetri menunjukkan Tinggi Fundus Uteri (TFU) 26 cm dari simfisis pubis. Pada palpasi Leopold I, bagian janin tidak teraba di fundus uteri. Pada Leopold II, teraba kepala janin di salah satu fosa iliaka dan bokong di fosa iliaka yang lain, menunjukkan posisi janin melintang. Leopold III dan IV tidak mendeteksi bagian janin di bawah rahim. Denyut jantung janin terdengar 155 kali per menit. Inspeksi dalam

menunjukkan portio livide, ostium uteri eksternal terbuka, tidak ada keputihan (*fluor*), tetapi terdapat perdarahan (*fluxus*). Pemeriksaan colok vagina tidak dilakukan. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar hemoglobin 8,2 g/dL, jumlah leukosit 10.030/uL dan hematokrit 27%.

Pembahasan

Plasenta previa terjadi ketika plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Plasenta previa diklasifikasikan menjadi empat jenis: plasenta previa totalis, parsialis, marginalis, dan plasenta letak rendah.³ Pada pasien ini, didiagnosis plasenta previa totalis dengan posisi janin melintang, yang ditentukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Plasenta previa totalis, atau komplis, berarti plasenta menutupi seluruh ostium uteri interna.³ Penyebab pasti mengapa blastokista berimplantasi di segmen bawah rahim belum diketahui, tetapi beberapa faktor yang mungkin berperan termasuk abnormalitas vaskularisasi endometrium, ovulasi terlambat, riwayat trauma pada endometrium, plasenta yang membesar pada kehamilan ganda, serta riwayat pembedahan sebelumnya pada rahim.⁴

Letak lintang adalah kondisi di mana sumbu panjang janin berada tegak lurus terhadap sumbu panjang tubuh ibu, sehingga janin melintang di dalam rahim. Kepala janin biasanya berada di salah satu fosa iliaka, sementara bokong di fosa iliaka yang lain. Biasanya, bokong janin terletak sedikit lebih tinggi dibandingkan kepala, dengan bahu berada di pintu atas panggul.^{5,6}

Beberapa faktor penyebab letak lintang meliputi dinding perut ibu yang terlalu teregang, umumnya akibat multiparitas, terutama pada ibu dengan paritas 4 atau lebih, di mana insiden ini hampir sepuluh kali lebih tinggi dibandingkan ibu nullipara. Relaksasi dinding perut pada ibu multipara dapat menyebabkan rahim jatuh ke depan, membuat sumbu panjang janin defleksi dan menjauhi jalan lahir, sehingga menyebabkan posisi melintang. Pada janin prematur, posisi janin belum menetap dan janin masih dapat berputar, menyebabkan posisi melintang.

Adanya plasenta previa atau tumor di jalan lahir dapat menggeser sumbu panjang janin menjauhi sumbu jalan lahir. Hidramnion (cairan amnion berlebih) atau kehamilan kembar juga dapat menyebabkan letak lintang. Panggul yang sempit dapat menghalangi bagian presentasi janin masuk ke panggul (engagement). Bentuk uterus yang tidak normal juga dapat menghalangi engagement janin.³

Berdasarkan faktor risiko tersebut, pasien ini memiliki paritas kedua dan riwayat operasi sesar sebelumnya akibat indikasi panggul sempit. Selain itu, kelainan posisi janin disebabkan oleh plasenta previa. Ciri khas dari plasenta previa adalah perdarahan tanpa nyeri, yang umumnya muncul menjelang akhir trimester kedua atau setelahnya. Namun, beberapa kasus abortus bisa terjadi akibat lokasi abnormal plasenta. Perdarahan plasenta previa sering terjadi mendadak tanpa peringatan, tanpa disertai nyeri pada ibu dengan riwayat prenatal yang tampak normal. Darah yang keluar berwarna merah segar, dan meskipun perdarahan bisa berhenti dengan sendirinya, sering kali kambuh kembali.^{7,8,9,10}

Perdarahan pada plasenta previa bisa bervariasi, mulai dari ringan hingga berat, dan secara klinis bisa menyerupai solusio plasenta. Jika plasenta berada di atas ostium uteri interna, pembentukan segmen bawah rahim dan pembukaan ostium uteri interna dapat menyebabkan robekan di tempat perlekatan plasenta. Perdarahan bisa menjadi lebih parah jika serat-serat miometrium di segmen bawah rahim tidak mampu berkontraksi untuk menekan pembuluh darah yang pecah.^{7,8,9,10} Segmen bawah rahim lebih rentan terhadap gangguan kontraksi dibandingkan korpus uteri, yang menyebabkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta bisa berlanjut bahkan setelah plasenta dilahirkan. Laserasi pada serviks dan segmen bawah rahim yang rapuh, terutama jika plasenta dilepaskan secara manual, juga dapat memicu perdarahan.^{11,12}

Pada kasus ini, pasien mengalami perdarahan dari vagina tanpa rasa sakit, dengan darah berwarna merah segar. Ini terjadi karena pada usia kehamilan lanjut, biasanya di trimester ketiga, plasenta mulai mengalami pelepasan. Seperti diketahui, plasenta terbentuk dari jaringan maternal,

yaitu desidua basalis, yang tumbuh menjadi bagian dari plasenta. Ketika isthmus uteri melebar menjadi segmen bawah rahim, plasenta yang berimplantasi di situ akan mengalami robekan akibat pelepasan di tapak plasenta. Selain itu, saat serviks mendatar dan membuka, sebagian dari tapak plasenta akan terlepas, menyebabkan perdarahan dari sirkulasi maternal di ruang intervillus plasenta.

Perdarahan pada plasenta previa hampir tidak bisa dihindari karena proses pembentukan segmen bawah rahim. Hal ini diperparah oleh segmen bawah rahim dan serviks yang memiliki sedikit elemen otot, sehingga tidak dapat berkontraksi dengan baik dan pembuluh darah di area tersebut tidak tertutup sempurna. Perdarahan biasanya berhenti karena pembekuan, kecuali jika laserasi mengenai sinus plasenta yang besar, yang bisa menyebabkan perdarahan lebih banyak dan lebih lama. Karena pembentukan segmen bawah rahim terus berlangsung secara bertahap, laserasi baru bisa menyebabkan perdarahan berulang tanpa penyebab lain. Darah yang keluar biasanya berwarna merah segar dan tanpa rasa nyeri.^{13,14}

Segmen bawah rahim yang tipis juga mudah diinvasi oleh vili trofoblas, yang membuat plasenta lebih kuat melekat pada dinding rahim. Ini meningkatkan risiko terjadinya plasenta akreta, inkreta, atau bahkan perkreta, di mana vili plasenta bisa menembus organ lain seperti kandung kemih atau rektum. Kondisi ini sering terjadi pada rahim yang sebelumnya telah mengalami operasi sesar. Kedua faktor ini bisa meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan pada plasenta previa.^{13,14}

Pemeriksaan fisik untuk mendiagnosis plasenta previa meliputi inspeksi yang hasilnya akan terlihat perdarahan pervaginam dengan darah merah segar. Palpasi abdomen sering kali dijumpai janin belum cukup bulan, sehingga fundus uteri masih rendah, sering disertai dengan posisi janin yang tidak normal. Bagian bawah janin belum turun, dan kepala janin masih bisa digoyang atau terapung jika posisinya di bawah. Hasil inspekulo akan menunjukkan sumber perdarahan dapat diidentifikasi, apakah berasal dari rahim, vagina, atau varises yang pecah. Sedangkan pemeriksaan dalam hanya boleh dilakukan di

meja operasi, karena pemeriksaan ini dapat memperburuk perdarahan.

Untuk pemeriksaan penunjang, plasenta previa hampir selalu bisa didiagnosis dengan ultrasonografi (USG) abdomen, yang memiliki akurasi 95%.¹⁵

Pada kasus ini, hasil pemeriksaan fisik menunjukkan adanya perdarahan pervaginam. Pemeriksaan palpasi mengidentifikasi adanya kesalahan letak janin, yaitu letak lintang. Inspeksi dengan inspekulo menunjukkan adanya darah yang keluar dari ostium uteri eksternum, sedangkan pemeriksaan dalam tidak dilakukan karena dapat menyebabkan perdarahan yang lebih parah. Jika pemeriksaan dalam diperlukan, harus dilakukan di meja operasi seperti yang telah disebutkan sebelumnya. Pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar hemoglobin pasien sebesar 8,2 g/dL, yang mengindikasikan anemia akibat perdarahan.

Ibu hamil dengan perdarahan antepartum harus segera dirujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas transfusi darah dan operasi, tanpa melakukan pemeriksaan dalam terlebih dahulu. Perdarahan awal jarang menyebabkan kematian jika tidak dilakukan pemeriksaan dalam, sehingga masih ada waktu untuk merujuk pasien. Jika pasien mengalami syok akibat perdarahan berat, harus segera ditangani dengan infus atau transfusi darah.¹⁶

Penanganan plasenta previa tergantung pada beberapa faktor, seperti kondisi umum pasien, kadar hemoglobin, volume perdarahan, usia kehamilan, berat janin, jenis plasenta previa, paritas, dan kemajuan persalinan. Ada dua jenis penanganan untuk plasenta previa: penanganan pasif (ekspektatif) dan penanganan aktif. Penanganan pasif diberikan pada perdarahan awal dari plasenta previa dan bertujuan untuk mengurangi kematian bayi akibat prematuritas. Kriteria penanganan ekspektatif meliputi usia kehamilan kurang dari 37 minggu, perdarahan ringan, tidak ada tanda persalinan, kondisi umum baik, dan kadar hemoglobin 8% atau lebih.

Penanganan pasif bertujuan untuk meningkatkan survival rate bayi dengan melakukan transfusi darah dan penggunaan agen tokolitik untuk mencegah persalinan prematur hingga usia kehamilan 36 minggu. Setelah 36 minggu, pertimbangan maturasi

paru janin dilakukan, mengingat risiko perdarahan mayor. Biasanya, 75% kasus plasenta previa diselesaikan pada usia kehamilan 36-38 minggu. Pemeriksaan maturasi janin dilakukan dengan penilaian surfaktan cairan amnion dan pengukuran pertumbuhan janin melalui ultrasonografi. Betamethasone digunakan untuk meningkatkan maturasi paru janin pada usia kehamilan 24-34 minggu, sementara penggunaan preparat steroid ganda dapat menyebabkan efek samping berbahaya. Selama terapi ekspektatif, pasien dirawat di rumah sakit hingga berat janin sekitar 2500 gram atau usia kehamilan mencapai 37 minggu. Selama perawatan, USG digunakan untuk memantau lokasi plasenta dan kondisi umum ibu. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi akibat perdarahan dan tindakan intrauterin. Setelah kondisi stabil, pasien dapat dipulangkan dengan instruksi untuk segera kembali jika terjadi perdarahan ulang. Sedangkan penanganan aktif dilakukan jika janin sudah matang, ada kematian janin intrauterin (IUFD), atau terdapat anomali yang mengancam kelangsungan hidup. Kriteria penanganan aktif meliputi usia kehamilan ≥ 37 minggu, berat janin ≥ 2500 gram, perdarahan berat (500 cc atau lebih), tanda-tanda persalinan, dan kondisi umum pasien yang buruk (misalnya anemia dengan kadar hemoglobin < 8 g/dL). Pilihan persalinan bergantung pada jumlah perdarahan, kondisi ibu dan bayi, pembukaan serviks, tingkat plasenta previa, dan paritas.^{17,18,19,20}

Persalinan bisa dilakukan pervaginam atau sectio caesarea. Persalinan pervaginam bertujuan agar bagian bawah janin menekan plasenta yang berdarah, sedangkan sectio caesarea mengangkat sumber perdarahan dan memungkinkan uterus berkontraksi dengan baik untuk menghentikan perdarahan. Plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk sectio caesarea, dan plasenta previa parsialis pada primigravida umumnya juga memerlukan sectio caesarea. Perdarahan berat dan berulang sering kali memerlukan sectio caesarea. Pada kasus plasenta previa dengan letak rendah, marginalis, atau parsialis, pemecahan selaput ketuban dapat dilakukan, tetapi jika perdarahan tetap terjadi, sectio caesarea perlu dipertimbangkan.³

Pada kasus dengan anemia berat atau infeksi intrauterin, baik persalinan pervaginam maupun sectio caesarea bisa berisiko bagi ibu dan bayi, tetapi sectio caesarea dengan transfusi darah dan antibiotik yang adekuat lebih disarankan. Pada multigravida dengan plasenta previa, mungkin perlu dipertimbangkan histerektomi untuk mencegah perdarahan postpartum atau sterilisasi untuk mencegah kehamilan berikutnya.¹⁴

Penurunan hemoglobin yang signifikan memerlukan transfusi segera. Komplikasi post-operasi seperti infeksi dan anemia sering terjadi. Sectio caesarea dilakukan untuk melindungi ibu dan bayi, termasuk pada kasus plasenta previa dengan kematian janin. Penggunaan nifedipin sebagai tokolitik dalam penanganan ini sudah tepat, dengan dosis 4x10 mg, untuk mengurangi kontraksi uterus dan perdarahan.²³ Indikasi terhadap pasien pada kasus ini yaitu pasien dipulangkan dalam keadaan umum baik dan diberikan obat pulang Nifedipine tab 4x10 mg, asam folat tab 2x 400 mg dengan dijadwalkan terminasi perabdominam tindakan *sectio caesarea* pada tanggal 6 Februari 2024 dan diberikan edukasi segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan ulang.

Simpulan

Diagnosis plasenta previa totalis dengan letak lintang sudah tepat. Faktor risiko termasuk multiparitas dan kelainan letak plasenta. Penatalaksanaan melibatkan penanganan ekspektatif atau aktif, dan dalam kasus ini, sectio caesarea dilakukan berdasarkan indikasi plasenta previa totalis disertai letak lintang.

Daftar Pustaka

1. Manuaba IBG. *Ilmu kebidanan, penyakit kandungan & keluarga berencana untuk pendidikan bidan*. Jakarta: EGC; 2010.
2. Sastrawinata S. *Obstetri patologi: Ilmu kesehatan reproduksi*. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2005.
3. Prawirohardjo S. *Ilmu kebidanan*. 4th ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2009.
4. Chalik TMA. Perdarahan pada kehamilan lanjut dan persalinan. In: Saifuddin AB, Rachimadhi T, Wiknjastro GH, editors. *Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo*. 4th ed. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2010.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Placenta previa. In: *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
6. Mansjoer A, Triyanti K, Savitri R, Wardhani WI, Setiowulan W. *Kapita selekta kedokteran*. 3rd ed. Vol. 1. Jakarta: Media Aesculapius FKUI; 2001.
7. Maharani I. Hubungan kadar hemoglobin dengan perdarahan antepartum dengan skor Apgar [undergraduate thesis]. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2012.
8. Martaadiseobrata D, Wijayanegara H. *Obstetri patologi*. Jakarta: EGC; 2005.
9. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta praevia-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;177(1):210–4.
10. Rosaningtyas. Hubungan antara paritas dengan plasenta previa di Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak [undergraduate thesis]. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2009.
11. Abdat AU. Hubungan antara paritas ibu dengan kejadian plasenta previa di RS Dr. Moewardi Surakarta [undergraduate thesis]. Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret; 2010.
12. Bahar A, Abusham A, Eskandar A, Sobande A, Alsunaidi M. Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(2):126–31.
13. Hacker NF, Moore JG, Gambone JC. Antepartum haemorrhage. In: *Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 4th ed. United States: Elsevier; 2004.
14. Oppenheimer L, Armson A, Farine D, Keenan-Lindsay L, Morin V, Pressey T, et al. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(3):261–6.
15. Chou MM, Ho ESC, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound.

- Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;15(1):28–35.
16. Sastrawinata S, Martaadisoebrata D, Wirakusumah F. Pendarahan antepartum. In: *Obstetri Patologi Ilmu Kesehatan Reproduksi*. 2nd ed. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran; 2005.
 17. Chang YL, Chang SD, Cheng PJ. Perinatal outcome in patients with abruption placenta with and without antepartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75:193.
 18. Clark SL. Placentae previa and abruptio placentae. In: Creasy RK, Resnik R, editors. *Maternal Fetal Medicine*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
 19. DeCherney AH, Nathan L. Third trimester bleeding. In: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. New York: McGraw-Hill Companies; 2003.
 20. Rudra A, Chatterjee S, Sengupta S, Wankhede R, Nandi B, Maitra G, et al. Management of obstetric hemorrhage. *Middle East J Anesth.* 2010;20(4).
 21. Ohio State University Medical Center. Placenta previa [Internet]. 2003 [cited 2015 May 12]. Available from: <http://medicalcenter.osu.edu/patientEd/materials/PDFDocs/womenin/pregnancy/placenta.pdf>
 22. Hanafiah TM. Plasenta previa. *Jurnal USU* [Internet]. 2004 [cited 2015 May 12]. Available from: <http://www.library.usu.ac.id/download/fk/obstetri-tmhanafiah2.pdf>
 23. Pryde PG, Besinger RE, Gianopoulos JG, Mittendorf R. Adverse and beneficial effects of tocolytic therapy. *Semin Perinatol.* 2001;25:316–40.