

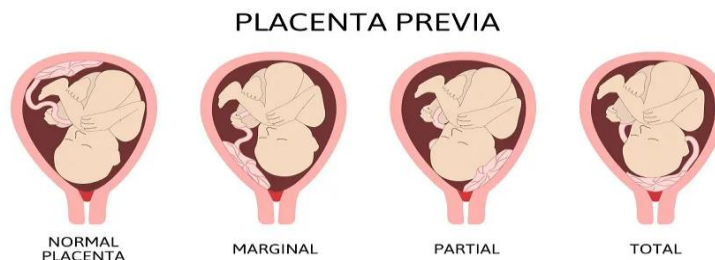
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Plasenta Previa

1. Definisi

Plasenta previa adalah kondisi obstetri ketika plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Keadaan ini menyebabkan perdarahan antepartum tanpa nyeri yang biasanya muncul pada trimester ketiga. Implantasi abnormal ini terjadi akibat gangguan pada proses nidasi atau perubahan struktur endometrium, sehingga plasenta tidak menempel pada fundus yang secara fisiologis memiliki vaskularisasi lebih optimal. Plasenta previa merupakan penyebab utama perdarahan kehamilan dan dapat mengancam keselamatan ibu maupun janin sehingga membutuhkan penanganan yang cepat dan tepat (Abdelazim dkk., 2023).



Gambar 1 Jenis – Jenis Plasenta Previa

a. Plasenta Previa *Totalis*

Plasenta menutupi seluruh *ostium uteri internum*.

b. Plasenta Previa *Parsialis*

Plasenta menutupi sebagian *ostium uteri internum*.

c. Plasenta Previa *Marginalis*

Plasenta marginalis (*marginal placenta previa*) adalah kondisi dimana tepi plasenta menjangkau atau *abuts* (menempel) pada *ostium uteri internum* tetapi tidak menutupinya secara langsung (Gupta dkk., 2024).

d. Plasenta Letak Rendah

Plasenta letak rendah adalah kondisi di mana plasenta menempel di segmen bawah uterus dan tepinya berada dekat dengan ostium uteri internum, tetapi tidak menutupi ostium secara langsung. Dengan kata lain, plasenta berada <2 cm dari ostium uteri internum (batas bawah jalan lahir) tetapi tidak menutupi jalan lahir seperti pada plasenta *previa total, parsial, atau marginal*. Kondisi ini dapat meningkatkan risiko perdarahan antepartum dan biasanya perlu pemeriksaan USG ulang pada trimester III karena posisi plasenta bisa berubah seiring pertumbuhan uterus (Anderson-Bagga & Sze, 2024; Gupta dkk., 2024; ACOG, 2024).

2. Epidemiologi

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan diperoleh data bahwa Pada tahun 2021 jumlah total persalinan di RSUD Wangaya Kota Denpasar adalah 1.235 dan jumlah plasenta previa 22 kasus (1,8%), tahun 2022 total plasenta previa sebanyak 27 kasus (2,4%) dari 1140 persalinan, tahun 2023 total plasenta previa sebanyak 30 kasus (2,4%) dari 1292 persalinan, dan tahun 2024 total plasenta previa sebanyak 35 kasus (3,0%) dari 1157 persalinan, Pada tahun 2025 total plasenta previa sebanyak 25 kasus (2,0 %). Pada tahun 2023 terdapat 2 angka kematian ibu salah satunya karena perdarahan akibat plasenta previa. (Tim PONEK RSUD Wangaya Kota Denpasar, 2025).

3. Patofisiologi

Plasenta previa terjadi akibat implantasi plasenta yang abnormal pada segmen bawah uterus sehingga plasenta menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Pada kehamilan normal, plasenta berimplantasi di fundus atau korpus uteri yang memiliki vaskularisasi optimal. Pada plasenta previa, proses implantasi bergeser ke segmen bawah uterus yang memiliki lapisan desidua lebih tipis sehingga meningkatkan risiko gangguan perlekatan plasenta (Cunningham dkk., 2022).

Plasenta previa adalah kondisi patologis pada kehamilan di mana plasenta menempel di segmen bawah uterus, sehingga menutupi sebagian atau seluruh *internal os* serviks. Kondisi ini bukan hanya memengaruhi lokasi plasenta, tetapi juga berimplikasi langsung terhadap perfusi uterus, mekanisme kontraksi, dan kemungkinan perdarahan antepartum. Secara patofisiologis, plasenta previa terjadi akibat implantasi abnormal sel trofoblast di wilayah bawah uterus yang tidak ideal secara vaskular dibandingkan dengan fundus uterus (Medscape, 2025).

Perubahan morfologis ini berkaitan dengan penurunan kontraktilitas segmen bawah uterus, yang berbeda dari tubuh uterus yang dapat berkontraksi efektif untuk menghentikan perdarahan. Selama kehamilan lanjut, segmen bawah uterus mengalami penipisan dan peregangan menjelang persalinan. Karena plasenta berada di lokasi yang berdekatan dengan serviks, proses fisiologis normal ini dapat menyebabkan robekan pada pembuluh darah tempat plasenta menempel, sehingga terjadilah perdarahan antepartum yang klasik pada plasenta previa (Medscape, 2025).

4. Diagnosis, Tanda dan Gejala

Diagnosis plasenta previa ditegakkan melalui kombinasi anamnesis, pemeriksaan klinis, dan pemeriksaan penunjang, dengan penekanan utama pada ultrasonografi. Pemeriksaan klinis terbatas karena digital vaginal examination tidak dianjurkan jika terjadi perdarahan aktif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Pemeriksaan penunjang yang paling akurat adalah USG *transvaginal*, yang digunakan untuk menilai posisi plasenta serta jarak tepinya terhadap ostium uteri internum, sehingga tipe plasenta previa (*totalis*, *parsial*, *marginal*, atau *low-lying*) dapat ditentukan. Pemeriksaan USG biasanya dilakukan pada trimester II dan diulang pada trimester III karena posisi plasenta dapat berubah seiring pertumbuhan uterus (ACOG, 2024; Gupta dkk., 2024; Dulay & Goje, 2024).

Secara klinis, plasenta previa dicurigai pada ibu hamil trimester II atau III yang datang dengan perdarahan pervaginam yang bersifat tiba-tiba dan tanpa nyeri, biasanya berwarna merah terang (*bright red blood*) dan dapat terjadi secara berulang. Perdarahan tanpa nyeri ini membedakan plasenta previa dari penyebab lain seperti solusio plasenta atau ruptura uteri yang biasanya disertai nyeri abdomen. Kondisi ini sering kali merupakan gejala awal yang mengarahkan pemeriksaan lebih lanjut dengan ultrasonografi untuk menegakkan diagnosis plasenta previa. Pemeriksaan dalam vagina tidak dianjurkan sebelum lokasi dan posisi plasenta diketahui melalui pencitraan karena dapat memicu perdarahan hebat akibat kontak langsung dengan plasenta yang terletak rendah di segmen bawah uterus (Kaur & Jain, 2025; ABCD Medical Team, 2023).

Pemeriksaan penunjang utama adalah ultrasonografi (USG), terutama USG transvaginal, yang merupakan metode paling akurat dan aman untuk menentukan

lokasi plasenta terhadap ostium uteri internum. USG transabdominal dapat digunakan sebagai skrining awal, namun memiliki sensitivitas lebih rendah dibandingkan USG transvaginal (Cunningham dkk., 2022).

Pemeriksaan tambahan seperti MRI dapat dipertimbangkan pada kasus tertentu, terutama bila dicurigai adanya komplikasi seperti placenta accreta spectrum, namun tidak rutin digunakan untuk diagnosis plasenta previa (ACOG, 2024).

Tanda Gejala Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan kondisi implantasi plasenta di segmen bawah uterus yang menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Tanda dan gejala utama yang paling khas adalah perdarahan pervaginam berwarna merah segar yang terjadi tanpa nyeri, umumnya muncul pada usia kehamilan di atas 20 minggu atau trimester III. Perdarahan dapat terjadi secara tiba-tiba, tanpa sebab yang jelas, sering berulang, dan dapat berhenti spontan kemudian muncul kembali dengan jumlah yang lebih banyak. Pada pemeriksaan abdomen, uterus umumnya teraba lunak dan tidak tegang, serta tidak disertai nyeri tekan. Selain itu, sering ditemukan bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul dan posisi janin tidak normal seperti sungsang atau lintang. Pada perdarahan yang banyak, ibu dapat menunjukkan tanda-tanda anemia dan gangguan hemodinamik seperti pucat, lemah, takikardia, hingga hipotensi. Saat ini, banyak kasus plasenta previa terdeteksi lebih awal melalui pemeriksaan ultrasonografi sebelum muncul gejala klinis (Cunningham dkk., 2022; Mayo Clinic, 2023; *MSD Manuals*, 2024).

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan plasenta previa bertujuan untuk mencegah perdarahan hebat, menjaga keselamatan ibu dan janin, serta menentukan waktu dan cara persalinan yang paling aman. Penatalaksanaan ditentukan oleh usia kehamilan, jumlah perdarahan, kondisi ibu dan janin, serta jenis plasenta previa.

a. Penatalaksanaan Konservatif (*Expectant Management*)

Penatalaksanaan konservatif dilakukan pada ibu hamil dengan plasenta previa yang belum mengalami perdarahan berat, kondisi ibu dan janin stabil, serta usia kehamilan masih prematur. Tatalaksana ini bertujuan untuk mempertahankan kehamilan hingga mencapai usia gestasi yang lebih matang. Tindakan yang dilakukan meliputi tirah baring, observasi ketat terhadap tanda vital ibu dan kesejahteraan janin, larangan hubungan seksual, serta menghindari pemeriksaan vaginal digital guna mencegah rangsangan perdarahan. Pemantauan jumlah dan frekuensi perdarahan dilakukan secara berkelanjutan selama masa perawatan (Cunningham dkk., 2022; ACOG, 2021).

Pada usia kehamilan kurang dari 34 minggu, pemberian kortikosteroid antenatal dianjurkan untuk mempercepat pematangan paru janin dan menurunkan risiko komplikasi neonatal apabila persalinan prematur tidak dapat dihindari. Selain itu, dilakukan pemeriksaan laboratorium secara berkala, terutama kadar hemoglobin, golongan darah, dan uji silang darah sebagai persiapan transfusi bila terjadi perdarahan. Penatalaksanaan konservatif harus dilakukan di fasilitas kesehatan dengan kemampuan rujukan obstetri dan neonatal yang memadai (Cunningham dkk., 2022; *MSD Manuals*, 2024; FIGO, 2021).

b. Penatalaksanaan Aktif

Penatalaksanaan aktif pada plasenta previa dilakukan apabila ibu hamil mengalami perdarahan hebat atau berulang, kondisi ibu atau janin tidak stabil, atau usia kehamilan telah mencapai maturitas janin (≥ 37 minggu). Tujuan utama penatalaksanaan aktif adalah menyelamatkan ibu dan janin serta mencegah terjadinya perdarahan masif yang dapat mengancam nyawa (Cunningham dkk., 2022; FIGO, 2021).

Tindakan utama dalam penatalaksanaan aktif plasenta previa adalah terminasi kehamilan melalui seksio sesarea, terutama pada plasenta previa totalis dan parsialis. Persalinan pervaginam umumnya dikontraindikasikan karena risiko perdarahan yang berat akibat pembukaan serviks dan pelepasan plasenta. Seksio sesarea direncanakan secara elektif atau emergensi tergantung kondisi klinis ibu dan janin (ACOG, 2021; Cunningham dkk., 2022).

Sebelum tindakan operatif, dilakukan stabilisasi kondisi ibu, meliputi pemasangan jalur intravena besar, pemberian cairan kristaloid, pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, golongan darah, dan uji silang), serta persiapan transfusi darah. Pemantauan ketat tanda vital ibu dan denyut jantung janin dilakukan untuk mendeteksi dini tanda syok atau gawat janin (*MSD Manuals*, 2024; FIGO, 2021).

Pada kasus plasenta previa yang disertai plasenta akreta spektrum, penatalaksanaan aktif memerlukan perencanaan multidisiplin, termasuk kesiapan tindakan histerektomi apabila terjadi perdarahan yang tidak dapat dikendalikan. Penanganan dilakukan di fasilitas kesehatan rujukan dengan ketersediaan bank darah, layanan anestesi

dan perawatan intensif maternal-neonatal (Cunningham dkk., 2022; FIGO, 2021).

Dengan demikian, penatalaksanaan aktif plasenta previa menitikberatkan pada persalinan operatif yang terencana atau emergensi, stabilisasi hemodinamik ibu, serta kesiapan penanganan komplikasi perdarahan guna menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun janin (ACOG, 2021; MSD Manuals, 2024).

Persalinan *sectio cesarea* (SC) merupakan metode persalinan yang direkomendasikan untuk plasenta previa, terutama jika plasenta menutupi ostium serviks internum (complete atau partial previa), karena persalinan pervaginam dapat menyebabkan perdarahan hebat yang mengancam nyawa ibu dan janin (Boulvain & Senat, 2023; Hasegawa & Nakamura, 2025). Jadwal SC biasanya direncanakan antara 36–37 minggu, atau lebih awal jika terjadi perdarahan signifikan atau kondisi maternal / fetal memburuk (Wang & Zhao, 2024).

B. Faktor yang Mempengaruhi Plasenta Previa

1. Usia Maternal

Definisi usia atau umur menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah lama waktu hidup seseorang sejak dilahirkan. Usia ibu saat hamil memiliki hubungan yang erat dengan risiko terjadinya komplikasi kehamilan, termasuk gangguan implantasi plasenta. Kehamilan pada usia muda (<20 tahun) dikaitkan dengan peningkatan risiko komplikasi maternal dan perinatal akibat faktor biologis, psikososial, serta ketidaksiapan fisik dan reproduksi yang belum matang secara optimal (*World Health Organization*, 2022).

Pada usia ≥ 35 tahun, terjadi perubahan degeneratif pada pembuluh darah intramiometrium berupa peningkatan kekakuan dan penurunan elastisitas arteri, yang dapat mengurangi aliran darah ke endometrium bagian atas. Kondisi ini

mendorong plasenta berimplantasi di segmen bawah uterus untuk memperoleh vaskularisasi yang lebih adekuat, sehingga meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa (Jauniaux & Burton, 2022).

2. Paritas

Paritas didefinisikan sebagai jumlah kali seorang wanita melahirkan janin dengan usia gestasi >24 minggu, terlepas dari apakah bayinya lahir hidup atau tidak (Ramadhan, 2022). Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan paritas yakni nullipara artinya belum pernah melahirkan sebelumnya (P0), primipara artinya pernah melahirkan satu kali (P1), multipara artinya pernah melahirkan >1 kali, *grand multipara* artinya pernah melahirkan >5 kali, sementara *great grand multipara* artinya pernah melahirkan >10 bayi dengan usia gestasi melebihi 24 minggu (Mendis., 2024).

Paritas adalah jumlah persalinan yang pernah dialami ibu dengan usia kehamilan ≥ 20 minggu, baik bayi lahir hidup maupun mati. Paritas dibedakan menjadi primipara, multipara, dan grandemultipara yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan reproduksi serta risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan (Artini dkk., 2023)

Makin tinggi paritas ibu maka kondisi endometrium menjadi kurang baik pula, hal ini diakibatkan oleh vaskularisasi yang berkurang ataupun perubahan atrofi pada desidua akibat persalinan lampau sehingga dapat mengakibatkan terjadinya plasenta previa (Sandra & Saida, 2021).

Multiparitas adalah ibu yang telah melahirkan dua sampai empat kali dengan usia kehamilan viable, baik bayi lahir hidup maupun mati. Multiparitas termasuk salah satu faktor yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan reproduksi

dan meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan maupun persalinan (Putri,2020).

3. Pekerjaan

Hal ini berkaitan dengan aktivitas fisik berat, postur kerja yang prolong, serta paparan stres atau lingkungan kerja berisiko yang dapat memengaruhi perfusi uteroplasental dan respons hormonal ibu, yang pada gilirannya dapat memengaruhi lokasi implantasi plasenta secara tidak optimal (*low-lying placenta*) yang merupakan dasar terjadinya plasenta previa. Dalam konteks ini, pekerjaan ibu dipandang sebagai faktor risiko potensial yang bekerja melalui mekanisme sirkulasi darah yang terganggu dan stres fisiologis pada ibu hamil yang akhirnya berkontribusi terhadap komplikasi obstetri termasuk plasenta previa, meskipun data angka atau persentase spesifik menurut jenis pekerjaan belum banyak tersedia dalam literatur klinis hingga saat ini (Yoon dkk., 2023).

4. Riwayat Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan yang pendek diketahui sebagai salah satu faktor risiko terjadinya plasenta previa. Kondisi ini berkaitan dengan belum optimalnya proses regenerasi endometrium setelah kehamilan sebelumnya, sehingga lapisan desidua belum siap menerima implantasi embrio secara normal. Akibatnya, blastokista cenderung berimplantasi pada segmen bawah uterus yang memiliki kondisi lebih memungkinkan, sehingga meningkatkan risiko plasenta previa (Cunningham et al., 2022).

Penelitian terbaru mengenai hubungan *interpregnancy interval* dengan kejadian plasenta previa menunjukkan bahwa ibu dengan jarak kehamilan yang pendek (<18 bulan) memiliki insidensi plasenta previa yang lebih tinggi

dibandingkan ibu dengan jarak kehamilan normal (18–36 bulan). Dalam studi multisentris, insidensi plasenta previa pada kelompok ibu dengan *short interpregnancy interval* mencapai sekitar 8,9%, sedangkan pada kelompok dengan interval 18–36 bulan hanya sekitar 4,0%. Temuan ini meskipun tidak signifikan secara statistik, menunjukkan kecenderungan bahwa jarak kehamilan yang lebih pendek dapat berkaitan dengan peningkatan kejadian plasenta previa. Hal ini penting sebagai pertimbangan dalam perencanaan keluarga dan penatalaksanaan kehamilan berisiko tinggi. (Umeh dkk., 2022).

5. Riwayat Kuretase

Kuretase adalah tindakan medis berupa pengeluaran jaringan dari dalam kavum uteri dengan menggunakan alat kuret yang dilakukan untuk tujuan diagnostik maupun terapeutik, seperti pada kasus abortus, perdarahan abnormal, atau sisa jaringan dalam rahim (Poltekkes Kemenkes Denpasar, 2020).

Menurut penelitian dari 36 ibu dengan kasus plasenta previa, 22 orang belum pernah mengalami abortus (61,1%), 8 orang dengan 1x abortus (22,2%), dan 6 orang 2x abortus (16,7%) (Amru dkk., 2022). Lesi dan jaringan parut di myometrium dan endometrium akibat operasi SC dan aborsi dapat mempengaruhi rendahnya implantasi plasenta pada kehamilan selanjutnya, sehingga menyebabkan plasenta previa (Jenabi dkk., 2022).

6. Riwayat Kehamilan Ganda

Pada kembar dikorionik, saat plasenta pertama berimplantasi di fundus, plasenta yang kedua mencari tempat lain untuk berimplantasi, yaitu di segmen bawah uterus. Pada kembar monokorionik, plasenta cenderung lebih besar untuk memenuhi kebutuhan dua fetus sehingga dapat menutupi sebagian atau keseluruhan

ostium uteri internum (Mayang Sari & Budianto, 2021).

Berdasarkan penelitian Mayang Sari & Budianto (2021) tentang faktor-faktor yang berpengaruh timbulnya kejadian dengan plasenta previa menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kehamilan ganda dengan kejadian plasenta previa, dimana terdapat 22 responden (6,8%) yang didiagnosa mengalami kehamilan ganda dan 302 responden (93,2%) yang tidak didiagnosa mengalami kehamilan ganda.

7. Riwayat *Sectio Cesarea*

Sectio cesarea adalah suatu tindakan persalinan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus yang dilakukan untuk mencegah kematian maupun komplikasi pada ibu dan janin apabila persalinan dilakukan secara pervaginam (Juliathi dkk., 2021).

Penelitian epidemiologi terbaru menunjukkan bahwa riwayat *Sectio Caesarea* (SC) merupakan salah satu faktor risiko penting yang berkaitan dengan kejadian plasenta previa pada kehamilan berikutnya. Dalam sebuah studi yang menganalisis data kasus plasenta previa di berbagai rumah sakit, sekitar 67% kasus plasenta previa terjadi pada wanita yang memiliki riwayat satu atau lebih operasi SC sebelumnya, menunjukkan bahwa riwayat SC secara substansial meningkatkan risiko plasenta previa dibandingkan mereka tanpa riwayat SC. Fenomena ini konsisten dengan pola *dose-response*, di mana semakin banyak operasi SC sebelumnya, semakin tinggi proporsi plasenta previa yang terjadi misalnya, pada lebih dari 2 SC sebelumnya insidensinya meningkat hingga lebih dari 26,4%–66,7% tergantung jumlah SC yang pernah dilakukan. Patofisiologinya berkaitan dengan adanya bekas luka di endometrium dan miometrium uterus yang mengubah

pola implantasi plasenta, mendorong implantasi rendah yang mendasari plasenta previa pada kehamilan berikutnya (Bibi dkk., 2025).

8. Penyakit Kronis Ibu

Penyakit kronis pada ibu hamil merupakan salah satu faktor maternal yang berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa. Kondisi kronis seperti hipertensi kronik, diabetes melitus, penyakit kardiovaskular, dan penyakit ginjal dapat menyebabkan gangguan vaskular dan perubahan struktur endometrium, sehingga memengaruhi proses implantasi plasenta. Gangguan aliran darah uteroplasenta akibat penyakit kronis tersebut dapat mendorong plasenta berimplantasi di segmen bawah uterus untuk memperoleh suplai darah yang lebih adekuat (Cunningham dkk., 2022).

Tumor merupakan pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali, yang sering disebut sebagai neoplasma atau lesi padat. Kondisi ini termasuk dalam penyakit kronis, terutama pada kasus jinak seperti mioma uteri dan polip endometrium. Mioma uteri merupakan tumor jinak yang tersusun dari otot polos rahim, sedangkan polip endometrium adalah pertumbuhan jaringan pada lapisan endometrium. Kedua kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko komplikasi pada kehamilan, termasuk plasenta previa. Pertumbuhan tumor di area fundus uteri dapat menyebabkan gangguan implantasi plasenta, sehingga plasenta cenderung berimplantasi di segmen bawah rahim dan berpotensi menutupi ostium uteri internum. Selain itu, pembesaran tumor juga dapat memberikan tekanan mekanis yang mendorong pergeseran plasenta ke posisi yang lebih rendah, sehingga meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa (Mayang Sari & Budiarto, 2021).

9. Faktor Lain

Merokok selama kehamilan merupakan salah satu faktor risiko penting yang berkontribusi terhadap kejadian plasenta previa. Zat toksik dalam asap rokok, seperti nikotin dan karbon monoksida, dapat menyebabkan vasokonstriksi dan penurunan perfusi uteroplasenta, sehingga plasenta cenderung menempel di lokasi yang lebih inferior, meningkatkan risiko plasenta previa (Pratiwi, Putri, Anggini, & Wulandari, 2024). Selain itu, merokok juga berinteraksi dengan kondisi maternal lainnya, termasuk penyakit kronis, yang dapat memperburuk perfusi endometrium dan mengganggu implantasi plasenta yang normal (Ramadhan, 2022).