

I. PENDAHULUAN

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier¹. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelainan pada plasenta akan menyebabkan kelainan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta ataupun gangguan implantasi dari plasenta. Gangguan dari implantasi plasenta dapat berupa kelainan letak implantasinya ataupun kelainan dari kedalaman implantasinya.

Kelainan letak implantasinya dalam hal ini adalah keadaan yang disebut sebagai plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasi ialah yang disebut sebagai plasenta akreta, inkreta dan perkreta.

Namun sebelum membicarakan mengenai plasenta yang abnormal maka terlebih dahulu akan dibahas sedikit mengenai keadaan plasenta yang normal.

II. PLASENTA NORMAL

Setelah terjadinya fertilisasi ovum oleh sperma maka sel yang dihasilkan disebut sebagai zygote. Kemudian terjadi pembelahan pada zygote sehingga menghasilkan apa yang disebut sebagai blastomers, kemudian morula dan blastokist. Pada tahap-tahap perkembangan ini, zona pellucida masih mengelilingi. Sebelum

terjadinya implantasi, zona pellucida menghilang sehingga blastosit menempel pada permukaan endometrium. Dengan menempelnya blastokist pada permukaan endometrium maka blastosit menyatu dengan epitel endometrium. Setelah terjadi erosi pada sel epitel endometrium, trophoblast masuk lebih dalam ke dalam endometrium dan segera blastokist terkurung di dalam endometrium².

Implantasi ini terjadi pada daerah endometrium atas terutama pada dinding posterior dari uterus^{2,3}.

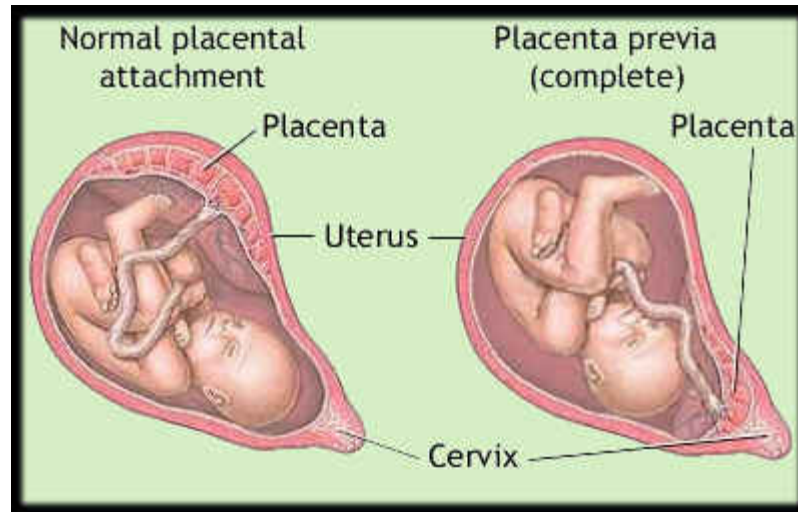
Endometrium sendiri sebelum terjadinya proses di atas terjadi perubahan untuk menyiapkan diri sebagai tempat implantasi dan memberi makan kepada blastokist yang disebut sebagai desidua.

Setelah terjadi implantasi desidua akan dibedakan menjadi^{1,3} :

1. Desidua basalis: desidua yang terletak antara blastokist dan miometrium
2. Desidua kapsularis: desidua yang terletak antara blastokist dan kavum uteri
3. Desidua vera: desidua sisa yang tidak mengandung blastokist

Bersamaan dengan hal ini pada daerah desidua basalis terjadi suatu degenerasi fibrinoid, yang terletak di antara desidua dan trofoblast untuk menghalangi serbuan trofoblast lebih dalam lagi. Lapisan dengan degenerasi fibrinoid ini disebut sebagai lapisan Nitabuch¹.

Pada perkembangan selanjutnya, saat terjadi persalinan, plasenta akan terlepas dari endometrium pada lapisan Nitabuch tersebut.



Sumber ; www.moondragon.org/.../placentaprevia.html

III. PLASENTA ABNORMAL

A. Plasenta previa

Plasenta previa ialah suatu keadaan dimana plasenta menutupi atau berada sangat dekat dengan ostium uteri internum. Keadaan ini dibagi menjadi empat bagian yaitu^{2,4}:

1. Plasenta previa totalis: dimana ostium uteri internum tertutup seluruhnya oleh plasenta.
2. Plasenta previa parsialis: dimana ostium uteri internum sebagian ditutupi oleh plasenta.
3. Plasenta previa marginalis: dimana bagian tepi dari plasenta berada di pinggir dari ostium uteri internum.
4. Plasenta letak rendah: dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim, tetapi tepi dari plasenta tidak mencapai ostium uteri internum, namun berada didekatnya.

Ada juga literatur yang membagi plasenta previa dengan menggunakan pembagian grade I sampai grade IV⁵, namun pada dasarnya pembagian tersebut tidaklah berbeda jauh.

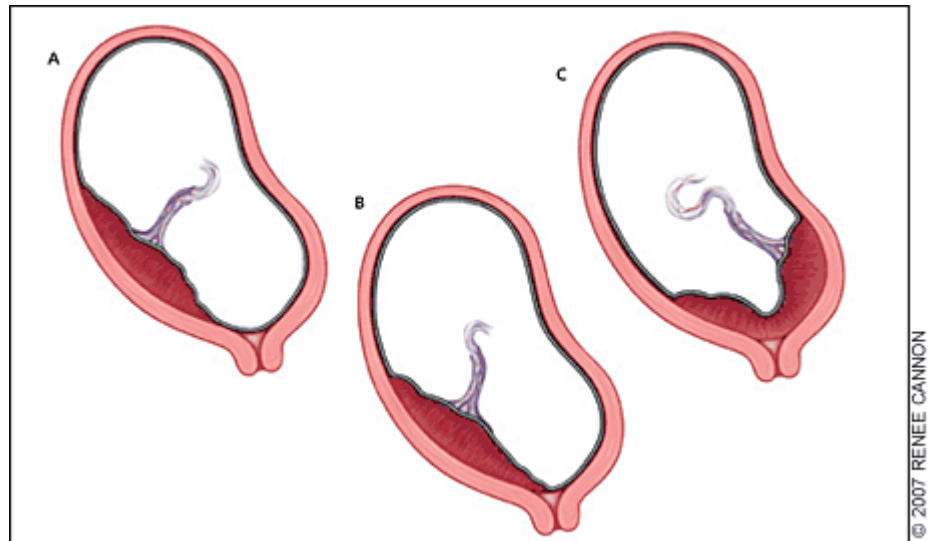
Tabel 1. Pembagian plasenta previa

Dikutip dari Konje JC, Taylor DJ⁵.

Grade	Deskripsi
I	Plasenta berada pada segmen bawah rahim tetapi tepi terbawah tidak mencapai ostium uteri internum
II	Tepi terbawah dari plasenta letak rendah mencapai ostium uteri internum tetapi tidak menutupinya
III	Plasenta menutupi ostium uteri internum tetapi asimteris
IV	Plasenta menutupi ostium uteri internum secara simetris

Ada juga yang membagi menjadi hanya tiga bagian yaitu plasenta letak rendah, plasenta previa parsialis, dan plasenta previa totalis⁶.

Tingkatan dari plasenta previa ini tergantung dari besarnya ukuran dilatasi serviks pada saat pemeriksaan. Sebagai contoh plasenta letak rendah pada pembukaan 2 cm dapat menjadi plasenta previa parsialis pada pembukaan serviks 8 cm karena dilatasi serviks telah mencapai plasenta. Kebalikannya, plasenta previa yang tampaknya menutupi seluruh ostium uteri internum pada saat belum terjadi dilatasi, akan menjadi plasenta previa parsialis pada pembukaan 4 cm karena dilatasi serviks melebihi tepi dari plasenta.



Gambar 1. Types of placenta previa: (A) low lying, (B) marginal, and (C) complete. Dikutip dari www.aafp.org

Pada keadaan ini, baik plasenta previa totalis ataupun plasenta previa parsialis akan terjadi pelepasan sebagian plasenta yang tak dapat dihindari, sebagai akibat dari pembentukan segmen bawah rahim dan dilatasi serviks. Pelepasan ini akan menyebabkan terjadinya perdarahan yang akan kita temui sebagai perdarahan ante partum⁴.

Angka kejadian dari plasenta previa adalah 0,5% atau 1 diantara 200 persalinan^{4,7}. Di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo terjadi 37 kasus plasenta previa di antara 4781 persalinan yang terdaftar, atau kira-kira 1 di antara 125 persalinan terdaftar⁷.

1. Etiologi plasenta previa

Etiologi tentang mengapa plasenta tumbuh pada segmen bawah rahim tidak dapat diterangkan dengan jelas. Faktor

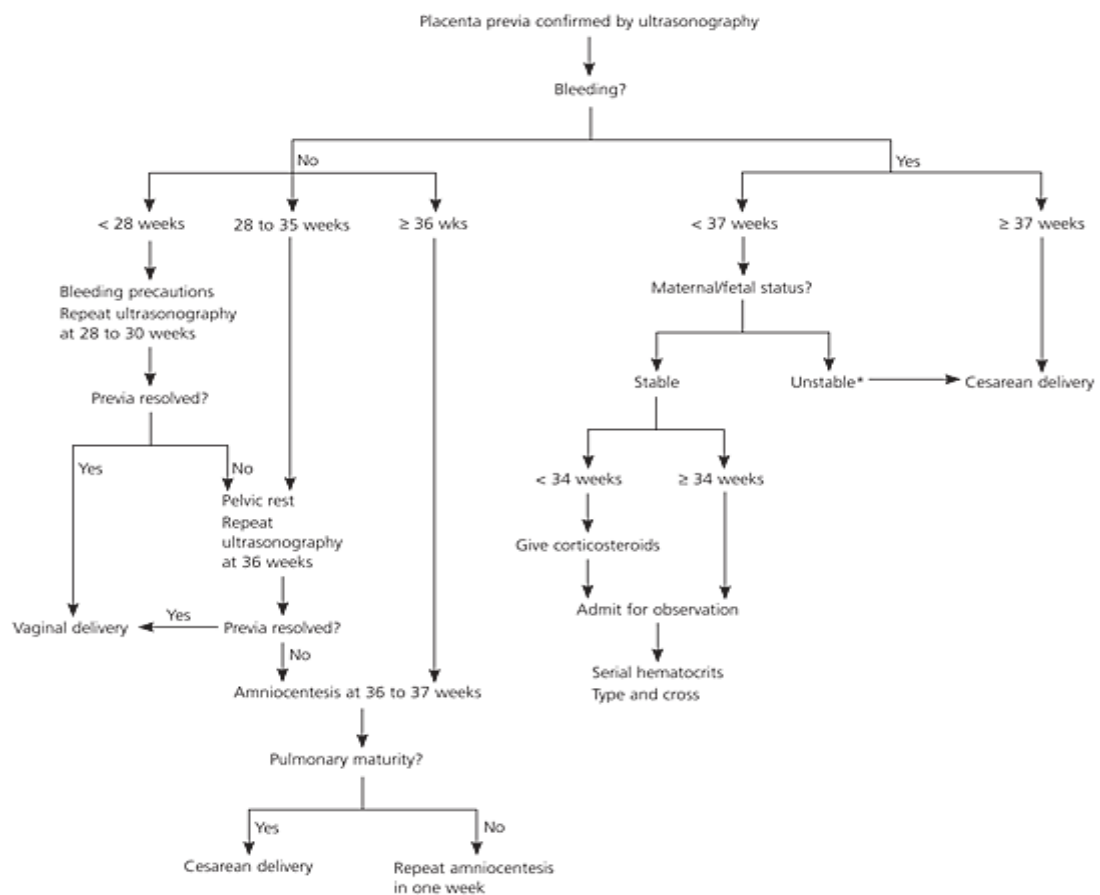
resiko terjadinya plasenta previa adalah multi paritas dan penambahan usia ibu. Persalinan sebelumnya dengan seksio sesar atau abortus juga meningkatkan kemungkinan terjadinya plasenta previa. Singh dkk melaporkan adanya plasenta previa pada 3,9% wanita hamil dengan riwayat persalinan dengan seksio sesar pada kehamilan sebelumnya⁴.

Adanya gangguan pada vaskularisasi desidua, akibat dari adanya atropi dan inflamasi, berperan pada terjadinya plasenta previa. William dkk juga menemukan bahwa dengan merokok resiko terjadinya plasenta previa meningkat dua kali lipat. Teori yang diberikan ialah bahwa hipoksemia menyebabkan terjadinya kompensasi dari plasenta sehingga terjadi hipertropi⁴.

Secara ultrasonografi dapat kita lihat letak dari plasenta. Pada usia kehamilan muda sering didapatkan adanya plasenta letak rendah. Hal ini disebabkan pada kehamilan muda segmen bawah rahim belum terbentuk. Tetapi dengan meningkatnya usia gestasi, perlahan-lahan didapatkan perubahan letak plasenta. Perubahan posisi dari plasenta ini tampaknya disebabkan karena pembesaran segmen atas rahim dan pembentukan segmen bawah rahim. Disarankan bagi wanita hamil dengan diagnosis plasenta letak rendah pada saat kehamilan muda untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografi pada usia kehamilan 32-34 minggu untuk melihat apakah terjadi perubahan letak plasenta atau tidak⁵.

2. Penatalaksanaan plasenta previa

Penderita dengan plasenta previa datang dengan keluhan adanya perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester kedua dan trimester ketiga. Penatalaksanaan plasenta previa tergantung dari usia gestasi penderita dimana akan dilakukan penatalaksanaan aktif yaitu mengakhiri kehamilan, ataupun ekspektatif yaitu mempertahankan kehamilan selama mungkin^{8,9,10}.



Algorithm for the management of placenta previa. Dikutip dari www.aafp.org

*-Severe bleeding, hemodynamic instability, or nonreassuring fetal heart tones without improvement after fluid resuscitation.

B. Plasenta akreta, inkreta, perkreta

Biasanya, plasenta akan lepas secara spontan dari implantasinya di uterus beberapa menit pertama setelah kelahiran bayi. Penyebab tersering terjadinya kelambatan pelepasan plasenta ialah adanya kontraksi uterus yang tidak adekuat.. Lebih jarang lagi ialah plasenta menempel erat pada tempat implantasinya. Disebabkan karena lapisan desidua yang tipis atau tidak ada sehingga lapisan yang seharusnya akan menghalangi makin dalamnya trofoblast masuk ke dalam endometrium juga tidak ada.

Plasenta akreta adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan implantasi plasenta yang sangat kuat menempel pada dinding uterus, akibat dari tidak adanya desidua basalis dan ketidaksempurnaan pembentukan lapisan fibrinoid atau lapisan nitabuch. Seperti telah disebutkan sebelumnya lapisan ini menghalangi masuknya trofoblas lebih dalam lagi².

Pembagian dari keadaan ini ialah⁸:

1. Plasenta akreta: dimana implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai lapisan miometrium.
2. Plasenta inkreta: dimana implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki lapisan miometrium.
3. Plasenta perkreta: dimana implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

Perlekatan abnormal dari jonjot korion ini juga dapat melibatkan seluruh kotiledon (total), beberapa kotiledon (parsial) atau hanya satu kotiledon (fokal).

Angka kejadian sebenarnya dari plasenta akreta, inkreta, dan perkreta secara pasti tidak diketahui. Breen dkk melaporkan data yang didapatkan dari laporan yang dilaporkan dari tahun 1891, bahwa insiden nye bervariasi dari 1 dalam 540 persalinan hingga 1 dalam 70.000 persalinan.

1. Etiologi plasenta akreta, inkreta, dan perkreta

Seperti telah disebutkan sebelumnya bahwa etiologinya ialah kelainan pada desidua basalis dan tidak terbentuknya lapisan fibrinoid (lapisan Nitabuch), sehingga jonjot korion dapat terus masuk untuk berimplantasi. Keadaan yang mempengaruhi hal ini ialah implantasi pada segmen bawah rahim, jaringan parut pada bekas seksiosesar sebelumnya atau bekas insisi pada uterus, ataupun bekas kuretase^{2,11}.

Fox melaporkan dari 622 kasus plasenta akreta yang didapatkan pada tahun 1945 sampai 1969, ditemukan karakteristik sebagai berikut²:

1. plasenta previa ditemukan pada sepertiga kasus.
2. seperempat kasus ternyata adalah wanita dengan riwayat bekas seksio sesar pada persalinan sebelumnya.
3. hampir seperempat kasus sebelumnya mendapatkan kuretase
4. seperempatnya merupakan kehamilan keenam atau lebih.

Laporan serupa dilaporkan pada kasus yang didapatkan pada penelitian tahun 1970an, tetapi dengan angka kejadian yang telah menurun. Juga dilaporkan bahwa ditemukan hampir separuh plasenta pada wanita dengan bekas seksio sesar terdapat serat miometrium yang terdeteksi secara mikroskopis^{2,11,12}.

Diagnosis pasti dari plasenta akreta, inkreta dan perkreta hanya didapatkan dari hasil pemeriksaan histopatologi, dengan demikian dapat terlihat sedalam apa invasi dari jonjot korion¹¹.

2. Penatalaksanaan

Penderita datang dengan keluhan tidak lahirnya plasenta setelah melahirkan bayi. Tanda penting dari adanya plasenta akreta ialah pada pemeriksaan luar didapatkan ikutnya fundus/korpus uteri apabila tali pusat ditarik. Tindakan yang akan dilakukan ialah tindakan operatif^{8,13}.

IV. RINGKASAN

1. Plasenta merupakan bagian kehamilan yang penting, dimana kelainan dari plasenta akan menimbulkan kelainan pada janin
2. Kelainan dari plasenta dapat berupa gangguan fungsi dan gangguan implantasi.
3. Kelainan implantasi dari plasenta ialah kelainan letak implantasi yang adalah plasenta previa, sedangkan kelainan kedalaman implantasi plasenta adalah plasenta akreta, inkreta, perkreta.
4. Plasenta yang normal berimplantasi pada endometrium bagian atas terutama pada dinding posterior uterus, kemudian terdapat lapisan Nitabuch yang merupakan degenerasi fibrinoid dari desiduasalis, berguna untuk mencegah invasi lebih jauh dari jonjot korion.
5. Plasenta previa adalah plasenta yang terletak menutupi atau dekat dengan ostium uteri internum
6. Penyebab plasenta previa belum diketahui tetapi faktor resiko ialah : multiparitas, usia ibu, bekas seksio sesaria, ibu yang perokok
7. Penatalaksanaan plasenta previa terdiri atas dua cara yaitu: konservatif dan ekspektatif.
8. Plasenta akreta, inkreta, dan perkreta adalah jenis dari kelainan kedalaman implantasi plasenta
9. Penyebabnya ialah kelainan pada desidua basalis sehingga tidak terbentuk lapisan nitabuch. Faktor resikonya adalah: implantasi pada segmen bawah rahim, jaringan parut pada uterus akibat bekas seksio sesar atau insis pada uterus, dan bekas kuretase
10. Tindakan yang dalam penatalaksanaan kelainan ini ialah tindakan operatif.

RUJUKAN

1. Supono: Ilmu kebidanan. Bab I. Fisiologi. Palembang: Unit Obstetri dan Ginekologi rumah Sakit Umum Palembang/ Fakultas Kedokteran universitas Sriwijaya, 1985: 45-47
2. Cunningham et al: Williams obstetrics. 20th ed. Connecticut: Prentice-Hall International, Inc, 1997; 95-107, 755-760, 765-767
3. Wiknjosastro H: Pembuahan, nidasi dan plasentasi. Dalam: Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T: Ilmu kebidanan. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1994; 55-65
4. Kuhlmann RS, Warsof S: Ultrasound of the placenta. In: Clin obstet gynecol 39; 1996; 519-534
5. Konje JC, Taylor DJ: Bleeding in late pregnancy. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP Gonik B: High risk pregnancy management options. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders company, 2000; 111-128
6. Saifuddin AB, Wiknjosastro GH, Affandi B, Waspodo D: Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 2002; M-18-M22
7. Sumapraja S, Rachimhadhi T: Perdarahan antepartum. Dalam: Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T: Ilmu kebidanan. Edisi ketiga. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, 1994; 362-385
8. Saifuddin AB, Adriaansz G, Wiknjosastro GH, Waspodo D: Buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Jakarta: JNPKKR – POGI bekerjasama dengan Yayasan Bina Pustaka sarwono Prawirohardjo, 2001; 160-183
9. Bagian Obstetri dan Ginekologi RS Dr. Mohd. Hoesin Palembang: Standar pelayanan profesi obstetri dan ginekologi rs dr. mond. Hoesin Palembang, 2000; 12-13
10. Klapholz H: Placenta previa. In: Friedman EA, Borten M, Chapin DS: Obstetrical decision making. 2nd ed. Singapore: Manlygraphic Publishers Pte Ltd, 1988; 88-89
11. Kaplan CG: Postpartum examination of the placenta. In: Clin obstet gynecol 39; 1996; 535-548
12. Altshuler G, Hyde SR: Clinicopathologic implication of placental pathology. In: Clin obstet gynecol 39; 1996; 549-570
13. Rubin HW: Placenta accreta. In: Friedman EA, Borten M, Chapin DS: Obstetrical decision making. 2nd ed. Singapore: Manlygraphic Publishers Pte Ltd, 1988; 90-91