

SOLUSIO PLASENTA BERAT LAPORAN KASUS

Jonathan^{1*}, Aris Sukarno², Ricky Susanto³

Program Studi Profesi Dokter, Universitas Tarumanagara¹, Departemen Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Bhayangkara Semarang², Departemen Kebidanan dan Kandungan, Universitas Tarumanagara³

**Corresponding Author : janathan2nd@gmail.com*

ABSTRAK

Solusio plasenta atau *abruptio plasenta* adalah kondisi dimana sebagian atau seluruh plasenta terlepas dari tempat implantasinya sebelum melahirkan. *Solusio plasenta* merupakan salah satu penyebab kematian pada ibu akibat perdarahan hebat. Kematian janin yang menunjukkan *solusio plasenta* berat umum terjadi akibat hipoksia karena insufisiensi fungsi plasenta. Komplikasi serius dapat terjadi pada ibu seperti anemia, syok hipovolemik, atonia uteri, gagal ginjal akut, koagulopati, dan koagulasi intravaskular diseminata (DIC). Laporan kasus ini melaporkan seorang perempuan berusia 37 tahun yang datang dengan keluhan berupa perdarahan dari jalan lahir yang telah berlangsung selama 7 jam sebelum masuk rumah sakit. Keluhan juga disertai dengan nyeri perut, mual, dan muntah. Hasil pemeriksaan didapatkan kontraksi uterus terus menerus, tegang seperti papan, serta keluar cairan dan darah dari jalan lahir. Berdasarkan temuan tersebut pasien diduga mengalami *solusio plasenta*. Penatalaksanaan yang dilakukan yakni terminasi kehamilan per abdominal untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. *Solusio plasenta* merupakan komplikasi serius pada kehamilan dan berpotensi fatal bagi ibu maupun janin, sehingga diagnosis dini dan penatalaksanaan yang cepat serta tepat sangat penting untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal maupun perinatal. Laporan kasus ini menegaskan pentingnya mengenali tanda awal *solusio plasenta* untuk segera melakukan intervensi dan mencegah komplikasi yang lebih serius pada ibu maupun janin.

Kata kunci : kematian janin, koagulasi intravaskular diseminata, *solusio plasenta*

ABSTRACT

Placental solution or placental abruption is a condition in which part or all of the placenta detaches from its implantation site before childbirth. Placental abruption is one of the causes of death in mothers due to heavy bleeding. Fetal death that shows heavy placental abruption usually occurs due to hypoxia due to insufficiency of placental function. Serious complications can occur to the mother such as anemia, hypovolemic shock, uterine atonia, acute renal failure, coagulopathy, and disseminated intravascular coagulation (DIC). The case report reported a 37-year-old woman who came with a complaint of bleeding from the birth canal that had lasted for 7 hours before being admitted to the hospital. Complaints are also accompanied by abdominal pain, nausea, and vomiting. The results of the examination showed continuous uterine contractions, tense like a board, and fluid and blood discharge from the birth canal. Based on these findings, the patient is suspected to have a placental abruption. The birth control carried out is the termination of pregnancy through an abdominal approach to prevent further complications. Placental abruption is a serious complication in pregnancy and potentially fatal for both mother and fetus, so early diagnosis and prompt and appropriate management are essential to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality rates. This case report emphasizes the importance of recognizing the early signs of placental abruption in order to intervene immediately and prevent more serious complications in both mother and fetus.

Keywords : disseminated intravascular coagulation, fetal death, placental abruption

PENDAHULUAN

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang kompleks, namun tidak jarang disertai berbagai komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin. Salah satu komplikasi serius yang masih menjadi penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal maupun

perinatal adalah perdarahan antepartum, yaitu perdarahan yang terjadi mulai dari usia kehamilan 20 minggu hingga sebelum persalinan. Penyebab tersering dari perdarahan antepartum antara lain adalah plasenta previa (sekitar 25%), solusio plasenta (sekitar 40%), dan vasa previa (sekitar 5%). Angka kejadian solusio plasenta diperkirakan sebesar 1 dari 200 persalinan. Solusio plasenta terjadi pada sekitar 1% kehamilan, di negara maju kejadiannya antara 0,6–1,4% dari total persalinan dan meningkat 3–5% di negara berkembang. Selain itu, solusio plasenta juga berkontribusi terhadap sekitar 10% kematian perinatal dan persalinan prematur. Meskipun angka kejadian yang jarang, solusio plasenta memiliki prognosis buruk baik pada ibu maupun janin terutama pada kasus berat. Di Indonesia sendiri, angka kematian ibu pada tahun 2023 adalah sebanyak 4.129 kasus (Kemenkes RI, 2023), serta angka kematian janin sebesar 16,85 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2022. Tingginya kasus kematian baik pada ibu maupun janin umumnya disebabkan oleh 3T (Terlambat diagnosa, Terlambat merujuk, Terlambat penatalaksanaan). Oleh sebab itu diperlukan pemahaman komprehensif mengenai etiologi, faktor risiko, gejala klinis, serta penatalaksanaan solusio plasenta untuk mencegah dan meminimalisir risiko komplikasi.

Solusio plasenta merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetri di mana plasenta terlepas secara prematur dari dinding rahim sebelum persalinan, biasanya setelah usia kehamilan 20 minggu, dan dapat menyebabkan perdarahan antepartum yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Kondisi ini berbeda dengan plasenta previa secara klinis karena solusio plasenta sering disertai nyeri abdomen serta kontraksi rahim yang intens, sedangkan plasenta previa umumnya tidak menimbulkan nyeri kecuali perdarahan (Astuti et al., 2024). Beberapa faktor risiko solusio plasenta telah diidentifikasi dalam berbagai studi. Usia ibu hamil yang lanjut (≥ 35 tahun), hipertensi kronik atau yang terkait kehamilan, serta kebiasaan merokok atau konsumsi alkohol selama masa kehamilan dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya solusio plasenta. Selain itu, riwayat solusio plasenta sebelumnya, trauma abdomen, kehamilan kembar, preeklampsia, dan polihidramnion juga disebut sebagai faktor predisposisi yang signifikan (PubMed, 2024).

Gejala solusio plasenta sangat bervariasi, namun yang paling sering ditemui adalah perdarahan vagina tiba-tiba, nyeri perut atau punggung yang intens, rahim yang terasa kencang, dan detak jantung janin yang tidak normal. Tidak semua kasus menunjukkan perdarahan jelas, karena darah bisa terperangkap di belakang plasenta sehingga tidak tampak secara klinis meskipun terjadi hemorrhage retroplasental (Kompas, 2022). Diagnosis solusio plasenta biasanya didukung oleh pemeriksaan klinis dan ultrasonografi (USG), meskipun akurasi USG dalam mendeteksi solusio plasenta terkadang terbatas karena gambaran hematoma yang tidak selalu jelas terlihat. Evaluasi yang cermat oleh tim obstetri tetap krusial untuk membedakan antara solusio plasenta dan penyebab perdarahan antepartum lainnya (Dewi & Jannah, 2022). Penatalaksanaan solusio plasenta harus dilakukan secara cepat dan multidisiplin untuk mengurangi risiko morbiditas dan mortalitas. Intervensi yang sering diperlukan termasuk transfusi darah, pemantauan ketat kondisi ibu dan janin, serta sectio caesarea darurat jika kondisi janin atau ibu memburuk. Pendekatan seperti ini dapat meningkatkan peluang kelangsungan hidup kedua pihak, khususnya bila dilakukan pada pusat layanan obstetri yang lengkap (Astuti et al., 2024).

Komplikasi solusio plasenta tidak hanya terbatas pada perdarahan hebat, tetapi juga dapat meliputi koagulopati intravaskular diseminata (DIC), persalinan prematur, berat lahir rendah, serta kematian perinatal dan maternal jika tidak ditangani segera. Statistik menunjukkan bahwa meskipun kejadian solusio plasenta relatif jarang, dampaknya pada hasil kehamilan tetap signifikan dan memerlukan kewaspadaan tinggi dalam praktik klinis (Haseki Medical Bulletin, 2025). Dengan memahami etiologi, faktor risiko, gejala klinis, dan penatalaksanaan solusio plasenta, tenaga kesehatan dapat melakukan deteksi dini dan intervensi yang tepat sehingga komplikasi serius dapat diminimalkan. Pengetahuan ini sangat penting untuk

meningkatkan kualitas perawatan ibu hamil dan menurunkan angka kematian maternal serta perinatal akibat perdarahan antepartum.

LAPORAN KASUS

Seorang pasien perempuan berusia 37 tahun sedang hamil anak ke 6 pada usia kehamilan 37 minggu, datang ke instalasi gawat darurat pada tanggal 3 Juni 2025 pukul 11.29 WIB dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 7 jam sebelum masuk rumah sakit. Keluhan disertai nyeri perut, mual, dan muntah. Pasien dirujuk dari rumah bersalin ke rumah sakit karena darah yang keluar dari jalan lahir sejak pukul 04.30 WIB. Saat di rumah sakit, dilakukan pemeriksaan pada pasien, pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran kompos mentis, keadaan umum tampak sakit sedang, tanda vital didapatkan tekanan darah 148/109 mmHg, frekuensi nadi 122x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu 36.9 °C, dan saturasi O₂ 97%. Pemeriksaan lain didapatkan his positif dan terus menerus, serta terdapat darah yang keluar secara aktif dari jalan lahir. Selain itu dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) dengan fetal Doppler, namun DJJ sulit dinilai. Gerak janin tidak dirasakan. Pada pasien tidak dilakukan pemeriksaan dalam. Pada pemeriksaan laboratorium darah didapatkan hemoglobin 9,4 g/dL, hematokrit 28,8%, eritrosit 3.540.000/mm³, leukosit 14.140/mm³, trombosit 322.000/mm³, dan glukosa darah sewaktu 110mg/dL. Pasien dicurigai mengalami *solutio plasenta*. Pasien akhirnya diputuskan untuk terminasi kehamilan per abdominam dengan *sectio caesarea cito* setelah mendapatkan *informed consent* dari pasien serta keluarganya.

Operasi dimulai dengan anestesi spinal, dilanjutkan dengan asepsis dan antisepsis pada daerah abdomen dan sekitarnya, serta pemasangan duk steril. Selanjutnya dilakukan insisi *Pfanenstiel* kurang lebih 10 cm lapis demi lapis dan didapatkan Cullen sign positif, serta ditemukan darah serta gumpalan darah di *cavum abdomen*. Kemudian segmen bawah rahim diiris semiluner keatas sepanjang kurang lebih 8cm, didapatkan cairan merah, darah, dan gumpalan darah yang keluar. Janin lahir pukul 12.30 WIB dalam kondisi meninggal di dalam kandungan dengan jenis kelamin perempuan, berat badan lahir (BBL) 2.710 gram serta panjang badan 47 cm, diikuti dengan lahirnya plasenta (gambar 1). Pada uterus didapatkan gumpalan darah kurang lebih 500cc, hematoma pada seluruh bagian uterus anterior, posterior, dan parametrial dengan fokus-fokus sumber perdarahan di fundus anterior (gambar 2), tidak didapatkan robekan pada uterus dan uterus berkontraksi baik (gambar 3). Pada evaluasi plasenta didapatkan hematoma *retroplasenter* lebih dari 50% (gambar 4) disertai kotiledon yang ikut terlepas bersama gumpalan darah (gambar 5).

Setelah operasi, dilakukan pengawasan ketat terhadap pasien serta pemeriksaan laboratorium darah. Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 134/88 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi nafas 21x/menit, dan saturasi O₂ 98%. Keadaan umum pasien lemas, tampak pucat, dan konjungtiva anemis. Dilakukan pemeriksaan laboratorium pascaoperasi, hasilnya hemoglobin 7,6 mg/dL, hematokrit 23,4%, eritrosit 2.850.000/mm³, leukosit 10.760/mm³, dan trombosit 264.000, lalu pasien diberikan transfusi packed red cell (PRC) sebanyak 2 unit karena mengalami anemia berat. Keesokan harinya kondisi pasien stabil dan demam disangkal. Dari pemeriksaan didapatkan kontraksi uterus positif, tinggi fundus uteri (TFU) di pertengahan simfisis pubis dan pusat, bising usus normal, urin tampak jernih, serta perdarahan per vaginam dalam batas normal. Didapatkan tekanan darah pasien 140/90 mmHg yang cenderung tinggi. Hari kedua pascaoperasi, kondisi pasien baik dan keluhan disangkal. Pemeriksaan fisik didapatkan kontraksi uterus positif, TFU 3 jari dibawah pusat, bising usus normal, perdarahan per vaginam serta tanda vital dalam batas normal.

Dilakukan kembali pemeriksaan laboratorium darah pascatransfusi, hasilnya hemoglobin naik menjadi 10,6 mg/dL dan pasien diperbolehkan pulang. 10 hari pascaoperasi, pasien kembali kontrol dengan keluhan disangkal dan didapatkan luka menutup dengan baik.

Pemeriksaan USG hasilnya dalam batas normal, ukuran uterus 9x6 cm yang menandakan involusi uterus baik. Pasien dianjurkan untuk tidak hamil lagi karena berisiko mengalami *solutio plasenta* berulang serta komplikasi lainnya pada ibu karena berusia diatas 35 tahun. Jika ingin hamil lagi, sebaiknya diberi jarak minimal 2 tahun, rutin melakukan pemeriksaan antenatal care (ANC), dan menjaga pola hidup untuk mencegah tekanan darah tinggi yang bisa menyebabkan pre-eklampsia maupun komplikasi lainnya.



Gambar 1. Plasenta yang Terlepas dan Muncul pada Segmen Bawah Rahim



Gambar 2. Hematoma pada Seluruh Bagian Uterus Anterior, Posterior, dan Parametrial



Gambar 3. Uterus Berkontraksi Baik dengan Fokal Perdarahan di Beberapa Tempat Karena Peregangan



Gambar 4. Plasenta dengan Hematoma Retroplasenter > 50%



Gambar 5. Plasenta Setelah Dibuka, Tampak Kotiledon yang Ikut Terlepas Bersama Gumpalan Darah

PEMBAHASAN

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. *Solusio plasenta* dapat diklasifikasikan berdasarkan bagian yang terlepas, yaitu terlepas pada bagian pinggir (*ruptura sinus marginalis*), dapat terlepas sebagian (*solusio plasenta parsialis*), dan terlepas seluruhnya (*solusio plasenta totalis*). Terlepasnya plasenta dari tempat implantasinya akan menyebabkan perdarahan yang merembes diantara plasenta dan miometrum, menyelinap dibawah selaput ketuban, lalu keluar ke kanalis servikalis dan keluar melalui vagina (*revealed hemorrhage*). Namun perdarahan yang terjadi mungkin tidak keluar melalui vagina (*concealed hemorrhage*) jika bagian plasenta sekitar perdarahan masih melekat pada dinding rahim, atau selaput ketuban masih melekat pada dinding rahim, ataupun perdarahan masuk ke dalam kantong ketuban setelah selaput ketuban pecah karenanya, bisa juga terjadi karena bagian terbawah janin (umumnya kepala) menempel ketat pada segmen bawah rahim.

Penyebab primer dari *solusio plasenta* belum diketahui, namun terdapat beberapa keadaan patologik yang sering menyertai *solusio plasenta* dan dianggap sebagai faktor risiko. Faktor risiko tersebut diantaranya usia paritas ibu yang tinggi, riwayat *solusio plasenta* sebelumnya, ketuban pecah dini, korioamnionitis, sindroma pre-eklampsia, hipertensi kronik,

merokok, pecandu kokain, mioma di belakang plasenta, gangguan sistem pembekuan darah, *acquired antiphospholipid autoantibodies*, dan trauma pada perut dalam kehamilan. Pada pasien ini didapatkan faktor risiko berupa usia paritas yang tinggi (37 tahun) dan tekanan darah tinggi yang dicurigai menjadi penyebab *solutio plasenta*. Hal ini didukung oleh studi yang dilakukan oleh Hoa dan Tuyen (2020) yang menemukan bahwa terdapat hubungan kuat antara hipertensi dengan *solutio plasenta*.

Dalam konteks klinis, *solutio plasenta* dibagi berdasarkan berat ringannya gambaran klinik sesuai dengan luasnya permukaan plasenta yang terlepas, yaitu *solutio plasenta* ringan, *solutio plasenta* sedang, dan *solutio plasenta* berat. *Solutio plasenta* dikategorikan ringan jika luas plasenta yang terlepas tidak sampai 25%. Jumlah darah yang keluar biasanya kurang dari 250 ml dan tampak seperti pada haid, bervariasi dari sedikit sampai seperti menstruasi yang banyak. Gejala perdarahan sulit dibedakan dari plasenta previa kecuali warna darah yang kehitaman, serta belum ada komplikasi terhadap ibu dan janin. Pada *solutio plasenta* sedang, luas plasenta yang terlepas melebihi 25% dan kurang dari 50%. Jumlah darah yang keluar diatas 250 ml, dan kurang dari 1.000 ml. Perdarahan yang terjadi merembes keluar vagina dan rongga rahim bersamaan.

Gejala dan tanda berupa nyeri pada perut yang terus-menerus, hipotensi, takikardia, dan denyut jantung janin menjadi cepat. Jika luas plasenta yang terlepas melebihi 50% dan jumlah perdarahan mencapai 1.000 ml atau lebih, maka *solutio plasenta* dikategorikan berat. Keadaan umum penderita buruk disertai tanda-tanda syok, perut sangat nyeri dan tegang (*defiance musculaire*), perdarahan berwarna hitam, hipertonus uteri, dan sering ditemukan kematian janin. Pada kasus ini, pasien datang dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 7 jam sebelum masuk rumah sakit disertai nyeri perut. Pemeriksaan tanda vital didapatkan frekuensi nadi 122x/menit (takikardia) yang dicurigai merupakan gejala awal syok. DJJ sulit dinilai dan gerak janin tidak dirasakan yang menandakan kondisi janin buruk. Hal yang sama ditemukan pada laporan kasus oleh *Shahid et al* dimana pasien mengeluhkan nyeri perut bagian bawah disertai perdarahan dari jalan lahir dan DJJ yang tidak ditemukan pada pemeriksaan USG.

Solutio plasenta berat sering diikuti komplikasi seperti hipofibrinogenemia akibat pembekuan darah intravaskular yang luas (*disseminated intravascular coagulation*), oliguria akibat gagal ginjal akut, dan trombositopenia. Darah dapat menginfiltasi miometrium bahkan sampai kebawah lapisan serosa (*uterus Couvelaire*) sehingga uterus dapat mengalami gangguan dalam kontraksi sampai menjadi atonia. Jika demikian, dapat terjadi perdarahan hebat pascapersalinan dan mungkin diperlukan tindakan histerektomi. Pada pasien ini didapatkan bahwa setelah bayi dan plasenta lahir, uterus berkontraksi baik sehingga dapat dipertahankan dan tidak dilakukan histerektomi. Pada pasien ini diperlukan pemeriksaan lebih lanjut berupa pemeriksaan koagulasi lengkap dan tes fungsi ginjal untuk memastikan tidak adanya komplikasi pada pasien.

Diagnosis *solutio plasenta* dapat ditegakkan berdasarkan gejala dan tanda klinik berupa perdarahan melalui vagina, nyeri pada uterus, kontraksi tetanik pada ureru, dan kelainan denyut jantung janin pada kasus berat dengan pemeriksaan KTG. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) dapat membedakannya dengan *plasenta previa*, tetapi pemeriksaan dengan USG tidak memberikan kepastian karena kompleksitas gambaran retroplasenta yang normal yang mirip dengan gambaran perdarahan retroplasenta pada *solutio plasenta*. Diagnosiss definitif hanya bisa ditegakkan dengan menemukan adanya hematoma retroplasenta setelah partus. Semua pasien yang dicurigai menderita *solutio plasenta* harus dirawat inap di rumah sakit dengan fasilitas cukup. Pemeriksaan darah lengkap harus segera dilakukan, termasuk kadar Hb dan golongan darah serta gambaran pembekuan darah dengan memeriksa waktu pembekuan, waktu protrombin, waktu tromboplastin parsial, kadar fibrinogen dan kadar hancuran fibrin dan hancuran fibrinogen dalam plasma. Pemeriksaan dengan USG berguna untuk membedakannya dengan plasenta previa dan memastikan janin masih hidup. Persalinan

mungkin pervaginam atau harus perabdominam, bergantung pada banyaknya perdarahan, adakah tanda-tanda persalinan spontan, dan tanda-tanda gawat janin. Jika janin masih hidup dan cukup bulan, serta belum ada tanda-tanda persalinan pervaginam, umumnya dipilih persalinan melalui bedah besar darurat (*Emergency Caesarean Section*).

Pada perdarahan yang cukup banyak diperlukan resusitasi segera dengan transfusi darah dan kristaloid yang cukup, diikuti persalinan yang dipercepat untuk mengendalikan perdarahan dan menyelamatkan ibu sambil mengharapkan semoga janin juga bisa terselamatkan. Jika telah terjadi kematian janin, dipilih persalinan pervaginam kecuali ada perdarahan berat yang tidak teratasi dengan transfusi darah atau ada indikasi obstetrik lain. Pada pasien ini dilakukan stabilisasi awal dan bedah besar darurat untuk mengontrol perdarahan. Janin lahir 45 menit setelah diputuskan terminasi perabdominam dalam kondisi meninggal. Laporan kasus oleh Dewi dan Jannah (2022) melaporkan kejadian serupa dimana pada pasien dilakukan bedah besar darurat dan didapatkan janin yang telah meninggal.



FIGURE 43-2 Partial placental abruption with a dark adherent clot.

Gambar 6. Solusio Plasenta Parsial dengan Gumpalan Darah Kehitaman



FIGURE 43-5 Couvelaire uterus from total placental abruption after cesarean delivery. Blood markedly infiltrates the myometrium to reach the serosa. (Reproduced with permission from Dr. Steven Blaine Holloway.)

Gambar 7. Uterus Couvelaire pada Solusio Plasenta Totalis

Solusio plasenta mempunyai prognosis yang buruk, baik bagi ibu maupun janin dibandingkan dengan *plasenta previa*. *Solusio plasenta* ringan mempunyai prognosis baik bagi ibu dan janin karena tidak ada kematian dan morbiditasnya rendah. Pada *solusio plasenta* sedang dan berat prognosisnya bergantung pada kecepatan dan ketepatan bantuan medik yang diperoleh pasien. *Solusio plasenta* berat mempunyai prognosis paling buruk terhadap ibu, lebih-lebih terhadap janinnya. Umumnya pada keadaan yang demikian janin telah mati dan mortalitas maternal meningkat akibat salah satu komplikasi. Pada kasus ini, meskipun nyawa

pasien tertolong, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan hasil yang tidak maksimal. Salah satunya adalah terlambat diagnosa dan terlambat merujuk. Hal ini didukung oleh studi Kawamura et al (2023) yang menyimpulkan bahwa keterlambatan lebih dari 2 jam sejak timbulnya gejala berkaitan dengan risiko kematian janin yang lebih tinggi.

KESIMPULAN

Solusio plasenta adalah kondisi lepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implantasinya sebelum kelahiran janin, yang dapat menyebabkan perdarahan terbuka (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*). Kondisi ini diklasifikasikan berdasarkan luas pelepasan plasenta menjadi ringan, sedang, dan berat, dengan gejala yang semakin berat sesuai tingkat pelepasan, seperti nyeri hebat, syok, dan bahkan kematian janin. Faktor risiko yang berperan antara lain pre-eklampsia, hipertensi, trauma, riwayat solusio sebelumnya, dan gangguan pembekuan darah. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan ultrasonografi, meskipun diagnosis pasti baru dapat dipastikan dengan penemuan hematoma retroplasenta setelah persalinan. Pada kasus berat, komplikasi seperti DIC, gagal ginjal akut, uterus *Couvelaire*, hingga perlunya histerektomi dapat terjadi, sehingga pencegahan 3T (Terlambat diagnosa, Terlambat merujuk, Terlambat penatalaksanaan) sangat penting untuk mendapatkan prognosis yang baik. Pada kasus ini didapatkan keadaan *solusio plasenta* berat dengan komplikasi pada janin berupa kematian janin. Penanganan kasus sudah sesuai dengan prosedur dengan implikasi ibu selamat. Untuk mengurangi morbiditas maupun mortalitas, pasien diedukasi untuk tidak hamil lagi dengan alasan *multiparitas* dan prognosis *solusio plasenta* berulang 3-10%.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Universitas Tarumanagara atas dukungan, fasilitas, dan kesempatan yang diberikan sehingga penelitian ini dapat terlaksana dengan baik. Ucapan terimakasih juga disampaikan kepada seluruh dosen, staf akademik, dan rekan-rekan mahasiswa yang telah memberikan bimbingan, ilmu, serta motivasi selama proses penyusunan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananth, C. V., Keyes, K. M., Hamilton, A., Gissler, M., Wu, C., Liu, S., Luque-Fernández, M. A., Skjærven, R., Williams, M. A., Tikkanen, M., & Cnattingius, S. (2015). *An international contrast of rates of placental abruption: An age-period-cohort analysis*. *PLoS ONE*, 10(5), Article e0125246. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125246>
- Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan RI. (2022). Hasil *Long Form Sensus Penduduk 2020: Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: BPS. Tersedia dari: <https://www.bps.go.id/publication>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Dewi, T. P., & Jannah, M. (2022). Solusio plasenta pada plasenta previa tanpa nyeri abdomen: Laporan kasus. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 22(3), 196–200. <https://jurnal.usk.ac.id/JKS/article/view/26243/16600>
- Hoa, N. H., & Tuyen, N. T. M. (2020). *Unpredictable placental abruption: Case series*. *Case Reports in Clinical Medicine*, 9(6), 165–175. <https://doi.org/10.4236/crcm.2020.96024>

- Kawamura, K., Kyozuka, H., Yonezawa, K., Fujita, T., Yasuda, S., Kobayashi, Y., Sato, A., Togo, A., Suzuki, D., Satoh, M., & Masuda, Y. (2023). *Association between adverse perinatal outcomes and time from symptom onset to delivery in cases of placental abruption*. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(2), 535–542. <https://doi.org/10.1111/jog.15579>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Tersedia dari: https://www.kemkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KESEHATAN_2023.pdf
- Sarwono Prawirohardjo. (2020). Ilmu Kebidanan (Edisi ke-4). Jakarta: Bina Pustaka.
- Schmidt, P., Skelly, C. L., & Raines, D. A. (2022). *Placental abruption*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
- Shahid, W., Khalid, A., & Chaudhry, S. (2024). *A rare case of placental abruption along with Couvelaire uterus and uterine scar rupture: A case report*. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 28(2), 348–351. <https://doi.org/10.37939/jrmc.v28i2.2203>
- Tigka, M., Manthos, A., Fotiadou, A., & Goulis, D. G. (2024). *Comprehensive management of placental abruption: An interprofessional approach*. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 21(1), 382–388. <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2024-1719>