

PENDEKATAN DIAGNOSIS PLASENTA AKRETA : LAPORAN KASUS

Silvie Anastasya Ginting^{1*}, Ajeng Normala²

Program Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia¹

Departemen Obstetri dan Ginekologi Rumah Sakit Umum Daerah Ciawi, Bogor, Indonesia²

*Corresponding Author : silvieanstasya@gmail.com

ABSTRAK

Plasenta akreta spektrum (PAS) merupakan suatu kondisi terjadinya abornmalitas perlekatan plasenta dimana trofoblas melakukan invasi (sebagian ataupun seluruhnya) secara abnormal ke dalam miometrium uterus merupakan suatu kondisi seseorang mengalami plasenta akreta. Kerusakan apapun yang terjadi sebelumnya pada endometrium merupakan faktor risiko terjadinya PAS, riwayat persalinan sesar sebelumnya merupakan faktor risiko terumum. Angka kematian akibat PAS diperkirakan mencapai 7%. Angka tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal seperti kurangnya pengalaman tenaga kesehatan akan pendekatan diagnosis plasenta akreta dan teknik bedah yang tidak memadai sehingga menyebabkan perdarahan hebat dan kematian. Pentingnya pendekatan diagnosis plasenta akreta meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang seperti pencitraan. Telah disajikan kasus plasenta akreta dengan riwayat tindakan kuretase setahun sebelumnya dalam laporan kasus ini pada pasien berusia 39 tahun G7P4A2, usia kehamilan 36 minggu mengeluhkan keluar darah dari jalan lahir sejak 20 jam lalu disertai rasa mulas. Pemeriksaan abdomen didapatkan striae, linea nigra, TFU 28 cm, kontraksi 3x/10 menit. Pemeriksaan leopold didapatkan janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, letak membujur dengan punggung di sebelah kanan, dan kepala belum masuk pintu atas panggul. Detak jantung janin 130x/menit. Pemeriksaan laboratorium didapatkan leukositosis. Hasil USG obstetri menunjukkan gambaran plasenta letak rendah dan tali pusat terkemuka. Didapatkan diagnosa plasenta akreta setelah pasien dilakukan tindakan *sectio caesarea* diikuti dengan histerektomi.

Kata kunci : pendekatan diagnosis, plasenta akreta, plasenta letak rendah, spektrum plasenta akreta

ABSTRACT

Placenta accreta spectrum (PAS) is a disorder of aberrant placenta adhesion in which the uterine myometrium is abnormally invaded (partial or total) by trophoblasts. Prior injury to the endometrium increases the incidence of PAS, with a history of previous cesarean birth being the most prevalent risk factor. The mortality rate due to PAS is estimated at 7%. This statistic is impacted by multiple factors, such as the lack of experience of health workers in approaching the diagnosis of placenta accreta and inadequate surgical techniques, which can cause heavy bleeding and death. The importance of the approach to diagnosing placenta accreta includes anamnesis, physical examination, and supporting examinations such as imaging. A case of placenta accreta with history of curettage a year previously has been presented in this case report in a 39-year-old patient, G7P4A2, 36 weeks gestation, with complaints of blood coming out of the birth canal since 20 hours ago accompanied by heartburn. Abdominal examination revealed striae, linea nigra, TFU 28 cm, contractions 3x/10 minutes. Leopold's examination revealed a single, live, intrauterine fetus, head presentation, positioned longitudinally with the back on the right, and the head had not yet entered the pelvic inlet. Fetal heart rate 130x/minute. Laboratory examination revealed leukocytosis. Obstetric ultrasound results showed a low-lying placenta and prominent central cord. A definitive diagnosis of placenta accreta can be achieved through the performance of a cesarean section followed by a hysterectomy.

Keywords : diagnosis approach, placenta accreta, low-lying placenta, placenta accreta spectrum

PENDAHULUAN

Plasenta akreta merupakan suatu kondisi serius dalam kehamilan yang ditandai dengan terjadinya abornmalitas perlekatan plasenta dimana trofoblas melakukan invasi (sebagian

ataupun seluruhnya) secara abnormal ke dalam miometrium uterus merupakan suatu kondisi seseorang mengalami plasenta akreta (ACOG, 2018). Kerusakan apapun yang terjadi sebelumnya pada endometrium merupakan faktor risiko terjadinya PAS, riwayat persalinan sesar sebelumnya merupakan faktor risiko terumum. Faktor risiko lainnya dapat berupa multiparitas, plasenta previa, usia ibu lanjut (>35 tahun), riwayat operasi rahim (misalnya ablasi endometrium, pengangkatan adhesi intrauterin secara histeroskopi, dilatasi, ataupun kuretase), dan sindrom asherman (Jauniaux E, Collins S, Burton GJ, 2018) (Baldwin HJ, 2018) (Shepherd MA, Mahdy H, 2022). PAS terjadi pada 3% wanita yang didiagnosis menderita plasenta previa dan belum pernah melahirkan sesar sebelumnya (ACOG, 2018).

Secara global, selama beberapa dekade terakhir terjadi peningkatan yang bermakna pada kejadian spektrum plasenta akreta (PAS). Suatu studi observasional melaporkan bahwa prevalensi plasenta akreta terjadi pada 1 dari 30.000 kehamilan (tahun 1960), pada 1 dari 2.510 kehamilan (tahun 1970) dan 1 dari 4.017 kehamilan (tahun 1980). Sedangkan sejak tahun 1982 hingga 2002 prevalensi plasenta akreta meningkat dan terjadi pada 1 dari 533 kehamilan. Sebuah studi yang dilakukan di Amerika pada pasien rawat inap secara nasional didapatkan bahwa tingkat terjadinya plasenta akreta adalah 1 dari 272 wanita yang memiliki diagnosis keluar dari rumah sakit terkait dengan kelahiran, angka tersebut lebih tinggi dibandingkan penelitian lain yang sebelumnya pernah dipublikasikan (ACOG, 2018).

Meningkatnya prevalensi plasenta akreta selama 4 dekade terakhir kemungkinan besar disebabkan oleh perubahan faktor risiko, terutama peningkatan angka kelahiran sesar (ACOG, 2018). Telah diketahui bahwa peningkatan jumlah operasi sesar sebelumnya akan meningkatkan risiko terjadinya plasenta akreta dimana sekitar 6,7% pasien dengan 5 operasi sesar sebelumnya dilaporkan mengalami plasenta akreta dibandingkan dengan 0,3% pasien dengan 1 operasi sesar sebelumnya (Shepherd MA, Mahdy H, 2022). Wanita yang mengalami plasenta previa akan memiliki risiko mengalami plasenta akreta bergantung pada jumlah dari riwayat operasi sesar yang pernah dilakukan (Silver RM, 2006).

Prevalensi plasenta akreta di Indonesia mencapai sekitar 2%. Hal tersebut cukup signifikan dan menyumbang sekitar 6% kasus perdarahan ibu selama kehamilan dan persalinan (Aryananda AR, 2018). Suatu penelitian yang telah dilakukan di RS Dr. Sutomo Surabaya, yang merupakan rujukan kasus plasenta akreta, mendokumentasikan bahwa terdapat total 163 kasus dari Januari 2014 hingga Desember 2018 (Aryananda AR, 2018). Sebuah studi yang dilaksanakan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melaporkan 39 pasien yang mengalami plasenta akreta, dominasi usia pasien > 35 tahun, multipara dan memiliki riwayat operasi sesar > 1x. Dalam studi tersebut 76,9% pasien memerlukan transfusi darah dalam jumlah besar karena perdarahan hebat dan sebagian besar bayi lahir prematur ataupun berat badan lahir rendah (Mirani P, et al., 2023).

Angka kematian akibat PAS diperkirakan mencapai 7%. Angka tersebut dipengaruhi oleh berbagai hal seperti kurangnya pengalaman tenaga kesehatan akan pendekatan diagnosis plasenta akreta dan teknik bedah yang tidak memadai sehingga menyebabkan perdarahan hebat dan kematian (Nieto-Calvache AJ, 2021). Pentingnya deteksi dini dan pendekatan diagnosis yang tepat untuk menurunkan angka mortalitas akibat plasenta akreta.

METODE

Penelitian ini merupakan studi laporan kasus yang dilakukan di RSUD Ciawi pada Maret – Juni 2024. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah wanita hamil yang didiagnosa mengalami plasenta akreta. Kriteria eksklusi berupa tidak tegaknya diagnosa plasenta akreta pada pasien (seperti kurangnya pemeriksaan penunjang ataupun tidak dilakukannya tindakan operasi pada pasien). Uji statistik ataupun penggunaan *software* statistik tidak dilakukan dalam penelitian ini karena penelitian berbasis laporan kasus. Pengambilan data dalam penelitian ini

berdasarkan wawancara, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, serta data rekam medis pasien. Dilakukan pemantauan rutin setiap harinya untuk memantau perbaikan keluhan pada pasien.

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 39 tahun G7P4A2 usia kehamilan 36 minggu, datang ke Ponrek Rumah Sakit Umum Daerah Ciawi ditemani oleh suaminya, mengeluhkan keluar darah dari jalan lahir sejak 20 jam lalu disertai rasa mulas. Darah yang keluar berwarna merah terang, keluar sedikit demi sedikit tanpa disertai rasa nyeri saat darah keluar. Pasien juga mengeluhkan rasa mulas dan kontraksi pada perutnya yang terjadi 2 hingga 3 kali setiap 10 menit, kontraksi tersebut menjadi lebih sering dan kuat dibandingkan sebelumnya, gerakan bayi aktif.

Riwayat dilakukannya tindakan kuretase karena mengalami keguguran sebanyak 2x pada tahun lalu. Keempat anak pasien lahir secara normal di Bidan, cukup bulan tanpa adanya penyulit saat kehamilan ataupun persalinan. Selama kehamilan ini, pasien melakukan kontrol kehamilan di Bidan sebanyak 7x dan rutin mengonsumsi tablet penambah darah dan multivitamin yang diberikan di bidan selama masa kehamilannya. Riwayat keluhan serupa, trauma, hipertensi, diabetes, penyakit jantung, alergi, narkoba, merokok, konsumsi alkohol disangkal. Riwayat keluhan serupa pada keluarga disangkal.

Pada pemeriksaan generalisata saat ini, keadaan umum sakit sedang, kesadaran kompos mentis, dengan tanda-tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan abdomen tampak striae dan linea nigra, TFU 28 cm, kontraksi 3x setiap 10 menit. Pada pemeriksaan Leopold didapatkan janin tunggal, hidup intrauterine, presentasi kepala, letak membujur dengan punggung di sebelah kanan, dan kepala belum masuk pintu atas panggul. Didapatkan detak jantung janin 130x/menit. Selain itu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui apakah sudah terdapat pembukaan pada pasien, didapatkan pembukaan 2 cm, disertai darah, ketuban utuh dan teraba tali pusat.

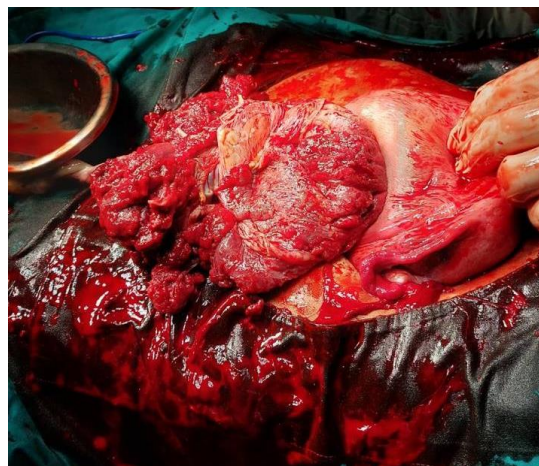
Tabel 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12,4 g/dL	11,7-15,5 g/dL
Hematokrit	39,46%	35-47%
Leukosit	13.300/uL	4.000-11.000/uL
Trombosit	262.000/uL	150.000-440.000/uL
Gula Darah Sewaktu	80 mg/dL	80-120 mg/dL
Masa Perdarahan	2'30"	1-6 menit
Masa Pembekuan	10'30"	8-18 menit
Golongan Darah	A	A/B/AB/O
Rhesus	(+) Positif	Positif
Ag SARS CoV-2	Negatif	Negatif
HbSAg	Non-Reaktif	Non-Reaktif
TPHA	Negatif	Negatif
HIV I/II Rapid	Non-Reaktif	Non-Reaktif

Pemeriksaan USG kehamilan menunjukkan janin tunggal hidup intrauterine, presentasi kepala, usia gestasi 36-37 minggu, taksiran berat janin 2990 gram, plasenta terletak di lateral sinistra meluas hingga ke atas, tampak tali pusat di depan ostium uteri internum yang mengesankan gambaran tali pusat terkemuka disertai plasenta letak rendah. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan yang telah dilakukan, pasien didiagnosa G7P4A2 hamil 37 minggu dengan plasenta letak rendah et prolaps tali pusat terkemuka et persalinan kala I memanjang fase laten. Pasien dirawat inap untuk penatalaksanaan dan observasi lebih lanjut. Selain itu, pasien juga direncanakan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* dan histerektomi.



Gambar 1. Hasil Pemeriksaan USG Kehamilan



Gambar 2. Didapatkan Plasenta Akreta pada Sectio Caesarea Pasien

Setelah dilakukan *sectio caesarea* dan histerektomi pada pasien didapatkan plasenta akreta et letak rendah disertai dengan tali pusat terkemuka. Setelah operasi pasien dipindahkan ke ruang HCU VK dan mendapatkan terapi cairan berupa ringer laktat 500 cc 20 tpm disertai drip ketorolac 1 ampul dalam ringer laktat, dan tranfusi PRC 500 cc. Tatalaksana injeksi berupa asam traneksamat 3x500 mg, omeprazole 1x40 mg, ondansetron 3x8 mg, ceftriaxone 2x1 gram. Selain itu pasien juga mendapatkan kaltrofen supp 2x100 mg. Dilakukan observasi tanda-tanda vital, perdarahan dan dilakukan pemeriksaan hemoglobin post operasi.

PEMBAHASAN

PAS merupakan suatu kondisi terjadinya abnormalitas perlekatan plasenta, yang dapat diklasifikasikan berdasarkan kedalaman implantasi trofoblas menjadi plasenta akreta, inkreta dan perkreta. Trofoblas melakukan invasi (sebagian ataupun seluruhnya) secara abnormal ke dalam miometrium uterus merupakan suatu kondisi seseorang mengalami plasenta akreta (ACOG, 2018). Penyebab tunggal ataupun kombinasi dari berbagai faktor risiko seperti tidak ada pembentukan lapisan desidua basalis dan *nitabuch*, berlebihannya invasi trofoblastik, ataupun *remodelling* dari abnormalitas pembuluh darah maternal, menyebabkan terjadinya invasi dari vili korionik plasenta ke permukaan desidua miometrium (Saifuddin AB, Trijatmo R, Gulardi HW, 2010). Umumnya, pada kondisi plasenta yang normal, plasenta dapat dilepaskan

setelah melahirkan. Namun, pada kasus plasenta akreta, terlalu dalamnya pertumbuhan dan perlekatan plasenta ke dalam uterus mengakibatkan plasenta menjadi sulit/ bahkan tidak dapat dilepaskan pada saat persalinan (ACOG, 2018).

Tabel 2. Klasifikasi PAS Berdasarkan Kedalaman Implantasi Trofoblas di Dinding Rahim

Klasifikasi	Kedalaman Implantasi Trofoblas	Jumlah Kasus
Plasenta akreta	Vili korionik menempel pada miometrium dan tidak menembusnya	Hingga 75% kasus
Plasenta inkreta	Vili korionik menembus ke dalam miometrium	Sekitar 20% kasus
Plasenta perkreta	Vili korionik menembus miometrium, serosa uterus dan dalam beberapa kasus dapat menembus organ/struktur yang berdekatan	Sekitar 5% kasus

Patofisiologi dari plasenta akreta masih belum sepenuhnya dipahami, namun terdapat teori utama yang mungkin dapat mendasari terjadinya plasenta akreta meliputi kerusakan pada *endometrium-myometrium interface*, kegagalan desidualisasi normal dan invasi trofoblas yang berlebihan. Kerusakan *endometrium-myometrium interface* dapat terjadi akibat operasi sesar sebelumnya, yang mengganggu lapisan normal endometrium dan menimbulkan bekas luka. *Endometrium-myometrium interface* yang rusak akan menyebabkan kegagalan desidualisasi yang normal sehingga tidak adanya sebagian ataupun seluruh desidua pada area bekas luka sebelumnya. Kegagalan ini memungkinkan plasenta menempel secara tidak normal pada miometrium. Sedangkan trofoblas bertanggung jawab untuk implantasi dan perkembangan plasenta, pertumbuhan trofoblas yang abnormal dapat menyebabkan invasi vili yang tidak terkendali melalui miometrium termasuk sistem pembuluh darahnya. Invasi berlebihan ini yang akan menyebabkan terbentuknya plasenta akreta, inkreta ataupun perkreta tergantung pada kedalaman invasi trofoblas (Jauniaux E, Collins S, Burton GJ, 2018) (ACOG, 2018). Perkembangan PAS juga telah dilaporkan pada wanita yang tidak memiliki riwayat pembedahan namun memiliki kelainan rahim seperti rahim bicornuate, adenomiosis, fibroid submukosa, dan distrofi miotonik (RCOG, 2018).

Kerusakan apapun yang terjadi sebelumnya pada endometrium merupakan faktor risiko terjadinya PAS, riwayat persalinan sesar sebelumnya adalah salah satu faktor risiko terumum. Faktor risiko lainnya dapat berupa multiparitas, plasenta previa, usia ibu lanjut (>35 tahun), riwayat operasi rahim (misalnya ablasi endometrium, pengangkatan adhesi intrauterin secara histeroskopi, dilatasi, ataupun kuretase), fibroid submukosa, dan lesi endometrial seperti sindrom asherman (Jauniaux E, Collins S, Burton GJ, 2018) (Mogos MF, et al., 2015) (Baldwin HJ, 2018) (Shepherd MA, Mahdy H, 2022) (Moldenhauer SJ, 2024) (Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU, 2005). PAS terjadi pada 3% wanita yang didiagnosis menderita plasenta previa dan belum pernah melahirkan sesar sebelumnya (ACOG, 2018). Pada pasien ini, riwayat kuretase sebanyak 2x pada tahun sebelumnya, multiparitas, usia ibu lanjut dan plasenta letak rendah adalah beberapa faktor risiko dari plasenta akreta yang dialami pasien.

Tanda dan gejala dari plasenta akreta dapat bervariasi, namun kondisi ini sering kali ditandai dengan perdarahan uterus abnormal, perdarahan post-partum pada saat upaya pemisahan plasenta secara manual merupakan tanda dan gejala yang paling umum pada plasenta akreta. Perdarahan dapat terjadi selama trimester ketiga kehamilan dalam jumlah yang bervariasi, perdarahan juga dapat terjadi selama atau setelah melahirkan (Moldenhauer SJ, 2024). Manifestasi lainnya dapat berupa demam, dan dalam kasus tertentu dapat terjadi hematuria pada kasus plasenta perkreta (Konijeti R, Rejfer J, Askari A, 2009). Namun, dalam beberapa kasus plasenta akreta bersifat asimtomatik dan tidak menimbulkan gejala apapun selama kehamilan dan seringkali didiagnosis saat pemeriksaan USG obstetri rutin ataupun setelah melahirkan. Pada pasien ini, tanda gejala yang terjadi adalah perdarahan uterus abnormal dengan jumlah yang bervariasi berwarna merah terang dan tanpa disertai oleh rasa

nyeri, diagnosa diperkuat dengan hasil USG obstetri sebelum persalinan dan setelah dilakukan persalinan secara *sectio caesarea*.

Diagnosa antenatal PAS sangat penting dalam merencanakan penatalaksanaannya dan telah terbukti mengurangi morbiditas dan mortalitas ibu. Selain itu persalinan sesar sebelumnya dan adanya plasenta letak rendah/ plasenta previa harus mengingatkan tim perawatan antenatal akan risiko PAS yang lebih tinggi. Menurut *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Guideline* (RCOG) tahun 2018, terdapat beberapa cara untuk mendiagnosa plasenta akreta terlepas dari berbagai tanda dan gejala yang signifikan perlu dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pencitraan. Banyak teknik pencitraan USG yang telah dilaporkan selama bertahun-tahun, termasuk *greyscale imaging*, *colour doppler imaging* (CDI), dan *3D power doppler sonography* (RCOG, 2018). Pada tinjauan sistematis dan meta-analisis tahun 2017, dengan menggunakan tanda USG yang telah terstandarisasi menunjukkan bahwa riwayat operasi sesar pada pasien plasenta previa, kinerja USG untuk deteksi antenatal PAS sangat tinggi dengan sensitivitas dan spesifisitas 97% dan diagnostik OR 228,5 dalam penelitian prospektif (Jauniaux E & Bhide A, 2017). Plasenta lacuna (terutama yang bentuknya tidak beraturan), terlihat seperti *moth-eaten appearance* pada *greyscale imaging* dan peningkatan vaskularisasi pada dasar plasenta dengan pembuluh darah besar yang memasuki lacuna merupakan tanda USG paling umum dari PAS (RCOG, 2018) (Kumar S, et al., 2015).

Tabel 3. Tanda USG yang Umum Digunakan Untuk Mendiagnosis PAS

Tanda USG	Deskripsi
2D <i>greyscale signs</i>	
Hilangnya “clear zone”	Hilangnya/ketidakteraturan bidang hipoekoik pada miometrium di bawah dasar plasenta.
<i>Abnormal placental lacunae</i>	Terdapat banyak kekosongan, termasuk beberapa yang besar dan tidak beraturan, sering kali mengandung aliran turbulen yang terlihat pada <i>greyscale imaging</i> .
Gangguan dinding kandung kemih	Hilangnya/terganggunya dinding kandung ke ih yang terang (pita hiperekoik atau ‘garis’ antara serosa uterus dan lumen kandung kemih).
Penipisan miometrium	Penipisan miometrium yang menutupi plasenta menjadi $\leq 1\text{mm}$ atau tidak terdeteksi.
Tonjolan plasenta	Penyimpangan serosa uterus menjauhi bidang yang diharapkan, disebabkan oleh penonjolan abnormal jaringan plasenta ke organ disekitarnya, biasanya kandung kemih. Serosa uterus tampak utuh tetapi bentuk garis besarnya terdistorsi.
Massa eksofitik fokal (spesifik pada plasenta inkreta/perkreta)	Jaringan plasenta terlihat menembus serosa uterus dan melampauinya.
2D <i>colour doppler signs</i>	
Hipervaskularisasi uterovesika	Jumlah sinyal doppler berwarna yang terlihat di antara miometrium dan dinding posterior kandung kemih.
Hipervaskularisasi subplasenta	Jumlah sinyal doppler berwarna yang terlihat pada dasar plasenta.
<i>Bridging vessels</i>	Pembuluh darah tampak memanjang dari plasenta, melintasi miometrium dan melewati serosa ke dalam kandung kemih/organ lainnya. Sering berjalan tegak lurus terhadap miometrium.
<i>Placental lacunae feeder vessels</i>	Pembuluh darah dengan aliran darah berkecepatan tinggi yang mengalir dari miometrium ke dalam lakuna plasenta, menyebabkan turbulensi saat masuk.
3D <i>colour doppler signs</i>	
Hipervaskularisasi intraplasenta	Susunan banyak pembuluh darah plasenta yang kompleks dan tidak teratur menunjukkan jalur yang berliku-liku dan kaliber yang bervariasi.

Sejauh ini belum ada tanda USG ataupun kombinasi dari tanda USG yang spesifik untuk menunjukkan kedalaman invasi sehingga diperlukan MRI untuk melengkapi pemeriksaan USG dan dapat menilai kedalaman invasi serta perluasan invasi miometrium ke lateral, terutama

dengan plasentasi posterior/pada wanita dengan tanda USG yang menunjukkan invasi parametrium (RCOG, 2018). Gambaran utama MRI dari plasenta akreta meliputi penonjolan uterus yang abnormal, pita intraplasenta gelap pada pencitraan T2-weighted, intensitas sinyal yang heterogeny di dalam plasenta, pembuluh darah plasenta yang tidak teratur dan terganggunya zona uteroplasenta (RCOG, 2018). Pada pasien ini tidak dilakukan pemeriksaan MRI namun telah dilakukan pemeriksaan USG obstetri 2D *greyscale* dan didapatkan gambaran perluasan plasenta dari arah lateral sinistra ke atas dan gambaran plasenta letak rendah sehingga direncanakan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Setelah diagnosis PAS ditegakkan, diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk meminimalisir komplikasi perdarahan pada ibu. ACOG merekomendasikan *caesarean section hysterectomy* prematur yang direncanakan dengan plasenta tertinggal ditempatnya karena pengangkatan PAS dikaitkan dengan morbiditas perdarahan yang signifikan. Dalam kasus dengan kecurigaan tinggi terhadap akreta, selama persalinan mayoritas anggota US *Society of Maternal-Fetal Medicine* (SMFM) dan panel ahli FIGO melanjutkan dengan histerektomi (Committee on Obstetric Practice, 2012). Serupa dengan tinjauan sistematis dan meta-analisis mengenai diagnosis akhir plasenta akreta, histerektomi sesar elektif/darurat dilakukan pada 208 dari 232 (89,7%) kasus (Jauniaux E & Bhide A, 2017).

Keputusan dalam menentukan waktu persalinan perlu menyeimbangkan risiko dan manfaat bagi ibu dan janin/ bayi yang baru lahir. Melakukan persalinan sesar yang diikuti segera dengan histerektomi akan meningkatkan hasil baik pada ibu namun waktu optimalnya belum begitu jelas (Silver RM, Barbour KD, 2015). Beberapa studi melaporkan bahwa waktu yang optimal untuk melakukan operasi sesar adalah pada usia kehamilan 34 minggu, mengingat kemampuan sebagian besar pusat kesehatan untuk mengalami komplikasi neonatal pada usia kehamilan tersebut dan terjadinya peningkatan risiko perdarahan setelah usia kehamilan 36 minggu (Robinson BK, Grobman WA, 2010) (Warshak CR, et al., 2010).

Namun, rentang usia kehamilan 34-37 minggu lebih disarankan sebagai pilihan untuk dilakukannya operasi sesar terjadwal/histerektomi (Gyamfi BC, 2018). Penggunaan kortikosteroid antenatal untuk maturasi paru pada janin direkomendasikan untuk diberikan apabila wanita didiagnosis secara anenatal mengalami plasenta akreta dan diperkirakan akan melahirkan sebelum usia kehamilan 37 minggu (ACOG, 2018). Pada pasien ini dilakukan tindakan *sectio caesarea* dan histerektomi, setelah operasi pasien diberikan terapi cairan, transfusi darah, anti-nyeri, antibiotik, dan anti-fibrinolitik serta dilakukan observasi tanda-tanda vital, perdarahan dan dilakukan pemeriksaan hemoglobin post operasi.

KESIMPULAN

Secara keseluruhan, plasenta akreta merupakan kondisi berisiko tinggi yang memerlukan pemantauan dan penatalaksanaan yang cermat untuk meminimalisir risiko komplikasi yang tinggi hingga kematian. Patofisiologi plasenta akreta berakar pada rusaknya *endometrium-myometrium interface* yang menyebabkan perlekatan abnormal plasenta dan invasi trofoblas yang berlebihan. Pentingnya deteksi dini dengan rutin melakukan pemeriksaan ANC, pendekatan diagnosis selama masa kehamilan minimal dengan menggunakan pemeriksaan penunjang berupa USG obstetri, perawatan multidisiplin, dan penatalaksanaan yang tepat sangat mempengaruhi angka morbiditas dan mortalitas pada ibu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada RSUD Ciawi yang membantu terselesaikannya penelitian ini dan kepada civitas akademika Universitas Tarumanagara atas dukungannya dalam penyelesaian artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Placenta Accreta Spectrum. ACOG. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>
- Aryananda, AR. (2018). Resurgence of Placenta Accreta in Indonesia. *Majalah Obstetri dan Ginekologi*, 26(3), 98-99. Available from: 10.20473/mog.V26I32018.98-99
- Baldwin, HJ., Patterson, JA., Nippita, TA., Torvaldsen, S., Ibiebele, I., ... & Simpson, JM. (2018). Antecedents of abnormally invasive placenta in primiparous woman: risk associated with gynecologic procedures. *Obstet Gynecol*, 131, 227-33.
- Committee on Obstetric Practice. (2012). Committee opinion no. 529: Placenta Accreta. *Obstetric and Gynecology*, 120, 207–11.
- Gyamfi-Bannerman, C. (2018). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of Bleeding In The Late Preterm Period. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 218, B2-8.
- Jauniaux, ERM., Alfirevic, Z., Bhide, AG., Belfort, MA., Burton, GJ., Collins, SL., Dornan, S., Jurkovic, D., Kayem, G., Kingdom, J., Silver, R., Sentilhes, L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Available from: <https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>
- Jauniaux, E., Bhide, A. (2017). Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 217, 27–36.
- Jauniaux, E., Collins, S., Burton, GJ. (2018). Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 218(1), 75-87.
- Konijeti, R., Rajfer, J., Askari, A. (2009). Placenta percreta and the urologist. *Rev Urol*, 11(3), 173-6. Available from: <https://read.qxmd.com/read/19918343/placenta-percreta-and-the-urologist?redirected=slug>
- Kumar, S., Satija, B., Wadhwa, L., Gupta, T., Kohli, S., ... & Gupta, P. (2015). Utility of ultrasound and magnetic resonance imaging in prenatal diagnosis of placenta accreta: A prospective study. *Indian Journal of Radiology and Imaging*, 25(4), 464.
- Mirani, P., Lestari, MP., Murti, K., Liberty, AI., Andriana, H., ... & Stevanny, B. (2023). Placenta Accreta Spectrum Disorder: An Updated Literature Review. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 14(3), 344–356.
- Mogos, M. F., Salemi, J. L., Ashley, M., Whiteman, V. E., Salihu, H. M. (2015). Recent trends in placenta accreta in the United States and its impact on maternal–fetal morbidity and healthcare-associated costs, 1998–2011. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(7), 1077–1082.
- Moldehauer, SJ. (2024). Placenta Accreta. *MSD Manual Professional Version*. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/intrapartum-complications/placenta-accreta>
- Nieto-Calvache, A. J., Palacios-Jaraquemada, J. M., Osanan, G., Cortes-Charry, R., Aryananda, R. A., Bangal, V. B., Slaoui, A., Abbas, A. M., Akaba, G. O., Joshua, Z. N., Vergara Galliadi, L. M., Nieto-Calvache, A. S., Sanín-Blair, J. E., Burgos-Luna, J. M., & Latin American group for the study of placenta accreta spectrum. (2021). Lack of experience is a main cause of maternal death in placenta accreta spectrum patients. *Acta*

- obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 100(8), 1445–1453. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.14163>
- Robinson, BK., Grobman, WA. (2010). Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accrete. *Obstetric and Gynecology*. 116, 835-42.
- Shepherd, MA., Mahdy, H. (2022). Placenta Accreta. StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563288/>
- Silver, RM., Barbour, KD. (2015). Placenta accrete spectrum: accrete, increta, percreta. *Obstetric and Gynecology Clinical North America*. 42, 381-402.
- Silver, RM., Landon, MB., Rouse, DJ., Leveno, KJ., Spong, CY., ... & Thom, EA. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol*, 107, 1226-32.
- Warshak, CR., Ramos, GA., Eskander, R., Benirschke, K., Saenz, CC., ... & Kelly, TF. (2010). Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstetric and Gynecology*. 115, 65-9.
- Wu, S., Kocherginsky, M., & Hibbard, J. U. (2005). Abnormal placentation: twenty-year analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(5), 1458–1461.