

G₄P₂A₁ Hamil 38 Minggu Belum Inpartu dengan HAP e.c Plasenta Akreta dengan Riwayat SC Satu Kali, Janin Tunggal Hidup, Letak Lintang

Fukrapti¹, Restu Krisnanda¹, Nurul Islamy²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Obstetri dan Ginekologi, RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Plasenta akreta merupakan implantasi abnormal plasenta pada dinding uterus. Faktor risiko terjadinya plasenta akreta yakni terdapat riwayat kerusakan myometrium akibat seksio sesarea, plasenta previa, usia maternal >35 tahun, dan multipara. Sedangkan, letak lintang merupakan posisi janin tegak lurus terhadap ibu. Faktor predisposisi janin letak lintang yakni multipara, plasenta previa, dan mioma uteri. Ny. YS, G4P2A1, usia 32 tahun rujukan Rumah Sakit Way Kanan datang dengan rencana operasi seksio sesarea mengeluhkan keluar darah dari kemaluan 3 minggu SMRS berwarna merah segar, tidak nyeri, sebanyak 3 kali ganti pembalut perhari. Pasien didiagnosis plasenta akreta pada kehamilan 6 bulan. Pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik umum, dan hematologi lengkap dalam batas normal. Pemeriksaan fisik obstetri didapatkan tinggi fundus uteri 3 jari di bawah Processus Xyphoideus dengan taksiran berat janin 2.790 gram, dan kesan letak lintang. Hasil USG diperoleh kesan janin tunggal hidup, letak lintang, biparietal diameter (BPD) usia 38 minggu 3 hari dengan plasenta menutup ostium uretra interna (OUI), lakuna patologis, hipervaskularisasi, dan terdapat *bridging vessels*. Pasien dilakukan tindakan laparotomi dan histerektomi total. Pasca operasi diberikan terapi ceftriaxon 1 gram/12 jam IV, asam traneksamat 500 mg/8 jam IV, ketorolac 30 mg/8 jam, dan transfusi 2 kolf PRC dan 2 kolf WB. Hemoglobin post transfusi 10,8 gr/dL.

Kata kunci: Histerektomi, plasenta akreta, seksio sesarea

G₄P₂A₁ 38 Weeks Gestation Inactive Labor with HAP e.c Placenta Accreta with History of Sectio Caesarean, Single Live Fetus in Transverse Position

Abstract

Placenta accreta is the abnormal implantation of the placenta in the uterine wall. The risk factors for placenta accreta include a history of myometrial damage due to cesarean section, placenta previa, maternal age > 35 years, and multipara. Meanwhile, the transverse lie is when the position of the fetus is perpendicular to the mother. The predisposition factors for transverse fetal position are multipara, placenta previa, and uterine myoma. Mrs. YS, G4P2A1, 32 years old, was referred from Way Kanan Hospital with bleeding from the genitals 3 weeks before she entered to the hospital. The bleeding was fresh red, no pain, 3 times changing pads per day. The patient was diagnosed with placenta accreta at 6 months of gestation. Examination of vital sign, general physical examination, and complete haematological examination were within normal limits. Obstetrical physical examination revealed fundal height of 3 fingers bellow the Xyphoideus Processus with estimated fetal weight of 2.790 gram, and transverse lie. Ultrasound results showed the impression of a single live fetus in a transverse position, biparietal diemeter indicated 38 weeks 3 days of gestational age with the placenta closing the OUI, pathological lacunae, hypervascularization, and bridging vessels. The patient underwent laparotomy and total hysterectomy. Postoperatively, ceftriaxone 1 gram/12 hours IV therapy, tranexamic acid 500 mg/8 hours IV, ketorolac 30 mg/8 hours, and transfusions of 2 PRC and 2 WB kolf were given. Post-transfusion haemoglobin 10.8 g/dL.

Keywords: Histerectomy, placenta accreta, sectio caesarean

Korespondensi: Fukrapti, alamat Jl. Abdul Muis No. 14B Rajabasa Bandar Lampung, HP 0895323173160, e-mail ridwanfukrapti@gmail.com

Pendahuluan

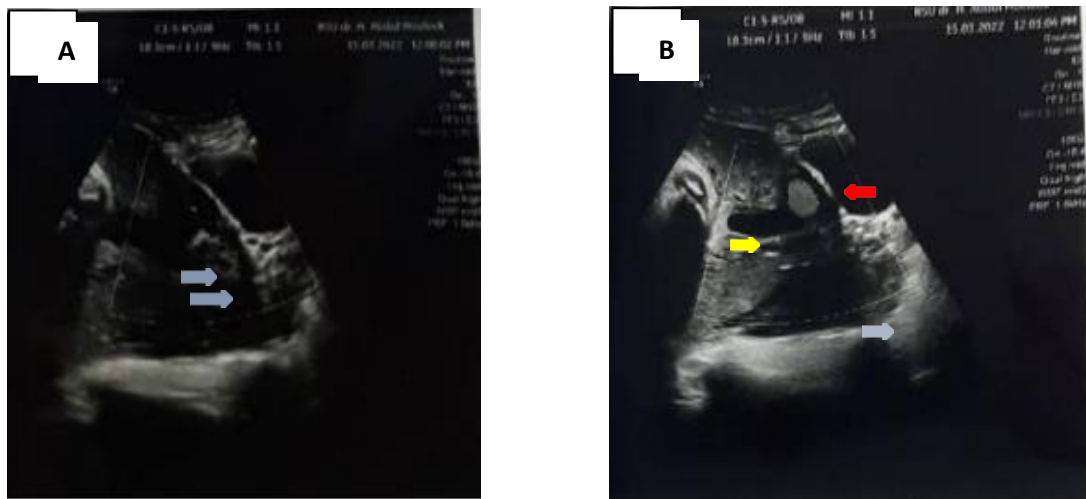
Plasenta akreta merupakan implantasi abnormal plasenta pada dinding uterus, yang terjadi pada sekitar 0,9% kehamilan.¹ Risiko terjadinya plasenta akreta lebih besar jika terdapat riwayat kerusakan miometrium akibat seksio sesarea, plasenta previa, usia maternal >35 tahun dan multiparitas.² Kebanyakan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala, sebagian mengalami perdarahan vaginal dan kram.³ Perdarahan merupakan komplikasi yang paling sering terjadi saat persalinan pada pasien dengan plasenta akreta.⁴

Letak lintang terjadi ketika sumbu panjang janin tegak lurus terhadap ibu dan terjadi pada 0,3% kehamilan aterm.⁵ Faktor predisposisi terjadinya letak lintang antara lain multiparitas, plasenta previa, dan mioma uteri. Terjadinya letak lintang dicurigai bila tinggi fundus kurang dari yang seharusnya, kepala janin terletak di fosa iliaka dan auskultasi denyut jantung janin berada di dekat umbilikus.⁶

Kasus

Ny. YS usia 32 tahun datang ke RS Abdul Moeloek pada tanggal 15 Maret 2021 rujukan dari RS Way Kanan dengan rencana operasi seksio sesarea pada tanggal 16 Maret 2022 atas indikasi plasenta akreta sejak usia kehamilan 6 bulan. Tiga minggu SMRS, pasien mengatakan keluar darah berwarna merah segar, tanpa disertai nyeri dengan volume sekitar 3 kali ganti pembalut. Pasien segera berobat ke dokter dan diberikan obat untuk menghentikan perdarahan. Perdarahan berlangsung sekitar 2 jam dan berhenti setelah mengonsumsi obat dari dokter.

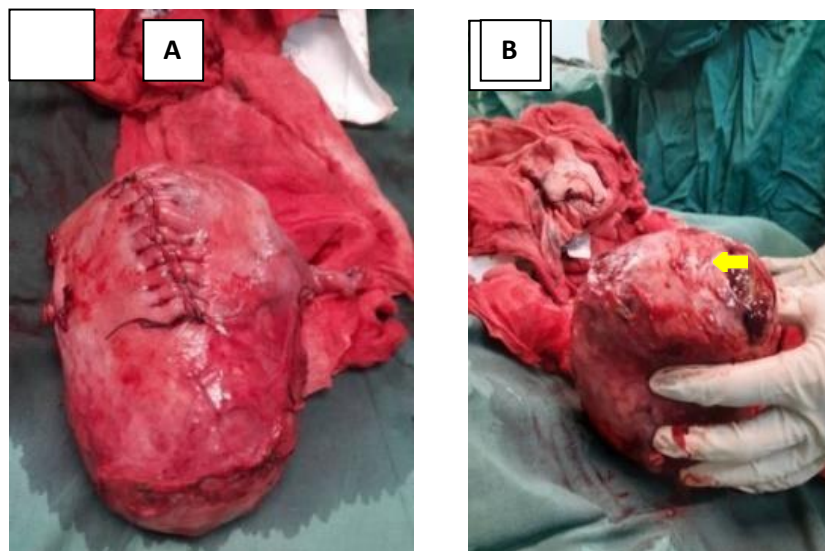
Pasien pertama kali menstruasi pada usia 12 tahun dengan siklus 28 hari dan teratur. Lama menstruasi 7 hari dengan volume \pm 45 cc perhari. Hari pertama haid terakhir pasien adalah 13 Juli 2021 dengan hari perkiraan lahir 20 April 2022. Pasien menikah saat berusia 17 tahun.



Gambar 1. A) Gambaran lacuna multipel atau *swiss cheese appearance* (panah biru); B) Gambaran berkurangnya *hypoechoic border* antara plasenta dan miometrium (panah merah), *lacuna multiple* (panah kuning), *bridging vessel* (panah biru).

Riwayat obstetri pasien pernah hamil sebanyak 4 kali. Kehamilan pertama pada tahun 2008, lahir pervaginam di bidan dengan berat bayi lahir (BBL) 3800 gr. Kehamilan kedua pada tahun 2012, mengalami abortus pada usia kehamilan 12 minggu yang kemudian dilakukan kuretase sebanyak satu kali. Kehamilan ketiga pada tahun 2014, lahir secara sesaria atas indikasi letak sungsang dengan BBL 3200 gr. Saat ini, pasien sedang hamil yang keempat. Pasien menggunakan KB suntik selama 7 tahun (2014-2021). Selama hamil, pasien tidak pernah menderita sakit. Pasien rutin melakukan ANC sejak usia kehamilan bulan ke-3 sampai ke-9, rutin konsumsi tablet tambah darah, tablet asam folat serta mendapat imunisasi TT.

Pada pemeriksaan fisik pasien tampak sakit ringan dengan kesadaran compos mentis. Tekanan darah 116/65 mmHg, pernafasan 16x/menit, nadi 97x/menit dan suhu 36,6°C. Pemeriksaan status generalis dalam batas normal. Pemeriksaan Leopold I didapatkan teraba memanjang dan keras, kesan punggung, TFU 3 jari di bawah Processus Xyphoideus, TBJ: 2.790 gr. Pemeriksaan Leopold II teraba bulat, keras, dan melenting pada sisi kanan ibu, kesan kepala. Pada sisi kiri ibu, teraba bulat lunak kesan bokong, dan DJJ 140 x/menit. Pada Leopold III, teraba bagian kecil-kecil, kesan ekstremitas. Pada Leopold IV, didapatkan konvergen, kesan belum masuk pintu atas panggul. Pemeriksaan dalam tidak dilakukan.



Gambar 2. A) Uterus dengan insisi corporal; B) Penonjolan situs plasenta ke arah anterior (panah kuning)

Pada hematologi lengkap didapatkan Hemoglobin 10.3 g/dL, leukosit 11.000 / μ L, eritrosit 3.4 juta/ μ L, hematokrit 33%, trombosit 365.000/ μ L, MCV 96 fL, MCH 30 pg, MCHC 31 g/dL, LED 51 mm/jam. Pemeriksaan kimia darah, SGOT 21 U/L, SGPT 12 U/L, albumin 2.8 g/dL, GDS 132 mg/dL, ureum 2.8 g/dL, kreatinin 0.74 mg/dL, natrium 137 mmol/L, kalium 3.8 mmol/L, kalsium 8.8 mg/dL, klorida 109 mmol/L. Pada pemeriksaan ultrasonografi (USG), didapatkan kesan janin tunggal hidup letak lintang, diameter biparietal

usia 38 minggu 3 hari, plasenta terletak di anterior menutupi seluruh ostium uteri internal, terdapat lakuna plasenta patologi, hipervaskularisasi disertai *bridging vessel*. Pada perhitungan indeks plasenta akreta (IPA) didapatkan jumlah skor 4,5. Pada pemeriksaan patologi anatomi, didapatkan hasil dari potongan jaringan pada pertumbuhan struktur plasenta melekat langsung pada miometrium tanpa desidua dan tidak meluas diantara otot. Jaringan uterus pertumbuhan endometrium dengan sisa-sisa jaringan plasenta. Adneksa I

dan II tuba dan ovarium tanpa kelainan tertentu. Tidak tampak adanya malignansi. Berdasarkan pemeriksaan patologi anatomi disimpulkan sesuai dengan gambaran plasenta akreta.

Pasien didiagnosis dengan G4P2A1 hamil 38 minggu belum inpartu dengan HAP e.c plasenta akreta dengan riwayat seksio sesarea satu kali, janin tunggal hidup, letak lintang. Tatalaksana yang diberikan berupa cefazolin 2 gram secara IV dan direncanakan laparotomi serta histerektomi total atas indikasi plasenta akreta pada 16 Maret 2022. Saat operasi, didapatkan uterus sesuai keadaan kehamilan aterm, tampak jaringan plasenta menembus serosa dan varises di plica vesicouterina. Dilakukan insisi *corporal* dan neonatus dilahirkan dengan ekstrasi kaki dan plasenta ditinggalkan. Kemudian dilakukan pembukaan retroperitoneal, identifikasi ureter kanan-kiri dan ligasi arteri uterina kanan-kiri. Menyisihkan vesica urinaria dan dilakukan histerektomi total. Pasca operasi, dilakukan observasi keadaan umum, tanda vital, dan pemantauan perdarahan. Medikamentosa yang diberikan kepada pasien berupa ceftriaxon 1 gram/12 jam IV, asam tranexamat 500 mg/8 jam IV, ketorolac 30 mg/8 jam dan dilakukan transfusi 2 kolf WB dan 2 kolf PRC. Hemoglobin post transfusi 10,8 gr/dL.

Pembahasan

Penegakan diagnosis pada pasien dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Hasil anamnesis diketahui bahwa ibu hamil cukup bulan mengeluhkan perdarahan dari vagina berwarna merah segar tanpa disertai rasa nyeri, memiliki riwayat seksio sesarea dan kuretase pada kehamilan sebelumnya. Hal ini sesuai dengan teori bahwa plasenta previa biasanya terjadi bersamaan dengan plasenta akreta.

Plasenta akreta harus dicurigai pada wanita hamil dengan plasenta previa, terutama jika letak plasenta di segmen anterior dan memiliki riwayat seksio sesarea.^{3,9} Perdarahan pada plasenta previa terjadi pada trimester dua dan trimester tiga tanpa disertai dengan rasa nyeri.⁷ Faktor risiko plasenta akreta menurut Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) tahun 2018 antara

lain adalah riwayat plasenta akreta, riwayat seksio sesarea atau operasi uterus lainnya, dan kuretase endometrium. Risiko terjadinya plasenta akreta akan meningkat seiring dengan banyaknya riwayat seksio sesarea yang dijalani sebelumnya.⁹

Hasil pemeriksaan fisik dan obstetri didapatkan, keadaan umum dan tanda-tanda vital pasien dalam keadaan baik dengan kesan janin letak lintang. Hasil USG pasien didapatkan kesan janin hidup tunggal, letak lintang, biparietal diameter (BPD) usia 38 minggu 3 hari, dengan plasenta di anterior menutupi seluruh OUI, terdapat lakuna plasenta patologi, hipervaskularisasi, dan *bridging vessel*. Pemeriksaan ultrasonografi (USG) merupakan modalitas diagnosis prenatal plasenta akreta. Sensitivitas USG mencapai 80%-90% dan memiliki spesifisitas hampir 98%.⁸ Gambaran USG kehamilan trimester kedua dan ketiga pada plasenta akreta menunjukkan hilangnya kontinuitas dinding rahim, vaskularisasi lakuna multipel pada plasenta, *swiss cheese appearance*, berkurangnya *hypoechoic border* antara plasenta dan miometrium, penonjolan situs plasenta/miometrium ke arah vesika urinaria, dan meningkatnya vaskularisasi pada dopler sonografi. Gambaran yang sering ditemukan adalah *turbulent flow* dan adanya lakuna.^{3,8}

Penghitungan indeks plasenta akreta (IPA) didapatkan dari penjumlahan skor pada masing-masing parameter IPA dan didapatkan skor 4,5. Angka tersebut mengindikasikan bahwa diprediksi pasien memiliki probabilitas invasi sebesar 51% dengan sensitivitas 72% dan spesifisitas 85%. Nilai prediksi positif pasien sebesar 70% dan nilai prediksi negatif sebesar 86%. Berdasarkan hal tersebut, pasien memiliki dugaan plasenta akreta yang cukup tinggi. Skor IPA dapat membantu menentukan konseling, kemungkinan dilakukan rujukan ke rumah sakit dengan fasilitas lengkap, dan rencana preoperatif.¹⁰

Pada pasien ini direncanakan laparotomi dan histerektomi total atas indikasi plasenta akreta dan letak lintang dengan persetujuan pasien dan keluarga. Hasil operasi didapatkan tampak jaringan plasenta menembus serosa dan varises di plica vesicouterina. Hasil pemeriksaan patologi anatomi menunjukkan struktur

plasenta melekat langsung pada miometrium tanpa desidua tidak meluas diantara otot. Plasenta akreta merupakan suatu keadaan dimana terdapat invasi trofoblas abnormal sebagian atau seluruh bagian plasenta ke miometrium uterus. Sedangkan spektrum plasenta akreta merupakan suatu keadaan yang mengacu pada kisaran perlekatan patologis plasenta yang didalamnya termasuk inkreta yaitu invasi trofoblas ke miometrium, pankreta yaitu invasi miometrium, serosa dan struktur disekitarnya, dan akreta yaitu perlekatan plasenta ke miometrium namun tidak menginvasi miometrium.⁸

Menurut RCOG 2018, diagnosis dan manajemen plasenta akreta membutuhkan tim multidisiplin yang kompeten dan terminasi kehamilan dilakukan di rumah sakit yang memiliki akses ke bank darah, ICU dan NICU.⁹ Pemilihan waktu terminasi memiliki dampak pada luaran ibu dan janin serta dilakukan secara seksio sesarea terjadwal dan persiapan yang adekuat.³ Waktu ideal terminasi dilakukan di minggu ke-35 hingga ke-36 dengan mempertimbangkan maturitas janin dan risiko onset partus yang tak terduga. Adapun komplikasi pasca operasi yang dapat terjadi antara lain perdarahan masif postpartum yang membutuhkan transfusi darah dan risiko trauma saluran kemih bagian bawah.⁹

Simpulan

Pasien G4P2A1 hamil 38 minggu belum inpartu dengan HAP e.c plasenta akreta dengan riwayat seksio sesarea satu kali, janin tunggal hidup, letak lintang. Faktor risiko yang terjadi pada pasien ini adalah riwayat seksio sesarea dan kuretase. Penegakan diagnosis pada pasien dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan penunjang, dan pemeriksaan penunjang menggunakan USG. Penatalaksanaan pada pasien ini adalah terminasi kehamilan dengan operasi seksio sesarea dan histerektomi total.

Daftar Pustaka

1. Nadi, Meriem. Placenta accreta: Case report presenting obstetric emergency, *Gynecology Obstetrics* 2020, World Congress on Gynecology and Obstetrics. 2020;October 19- 20.

2. Elkarkri, Chourouk, Safaa A, Anas N, Amina L, Najia Z, Aziz B. 2020. Placenta accreta in an unscarred uterus: a case report. *PAMJ Clinical Medicine* 3(69).
3. Garmi G, Salim R. Epidemiology, Etiology, Diagnosis, And Management Of Placenta Accreta. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012:873929.
4. I Polite, Onwuhafua MD. 2012. Transverse lie in labor: a study from kaduna, northern nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol*, 29 (1).
5. Sultana S, Rather S, Anam S, Mufti S, Qureshi A, Wani I, Wani RA. 2018. Management of Term Singleton Transverse Lie: A Prospective Study. *Int J Sci Stud*;6(4):53-56.
6. Dystocia abnormal labour in Cunningham FG, Lereno 8 maternal death KJ, Bloom SL, Hanth JC, Gilstrap III, Wenstrom KD editors. 2015. New York, Mc Graw Hill:495-524.
7. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. [Updated 2021 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
8. Silver RM, Barbour KD. Placenta Accreta Spectrum: Accreta, Increta, And Percreta. *Obstet Gynecol Clin.* 2015; 42(2015): 381- 402.
9. Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJCollins SL, et al. Placenta Praevia And Placenta Accreta: Diagnosis And Management Green-top Guideline No. 27a. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists. 2018; 126: e2-e48.
10. F Martha, Dashe JS, et al. Ultrasound Predictors of Placental Invasion: The Placenta Accreta Index. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2015: 343.e1- 343.e7.