



## G2P1A0 Berusia 41 Tahun dengan Plasenta Akreta

Dina Rianti Fitri, Hanna Mutiara  
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Plasenta akreta merupakan implantasi abnormal plasenta pada dinding uterus. Perempuan yang paling berisiko mengalami plasenta akreta adalah mereka yang telah mempunyai kerusakan miometrium yang disebabkan oleh operasi sesar sebelumnya dengan plasenta previa anterior atau posterior yang melintasi parut uterus. Rata-rata pasien dengan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Temuan ini sebagian besar terlihat pada kasus dengan plasenta previa, yang merupakan faktor risiko terkuat untuk plasenta akreta. Perempuan 41 tahun, usia kehamilan 35 minggu datang dengan keluhan perdarahan pada jalan lahir sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Darah berwarna merah segar. Riwayat keluhan serupa diakui pada usia kehamilan 24 minggu. Riwayat trauma atau terjatuh sebelumnya disangkal, dan terdapat riwayat operasi sesar sebelumnya. Pada pemeriksaan abdomen, tinggi fundus uteri 28 cm, bagian atas teraba presentasi bokong, teraba punggung di bagian sebelah kiri uterus, bagian bawah teraba presentasi kepala, divergent. Dari pemeriksaan ultrasonografi didapatkan janin letak memanjang, plasenta previa totalis, plasenta di posterior. Pasien didiagnosis G2P1A0 dengan perdarahan antepartum et causa plasenta previa totalis dengan janin tunggal hidup letak memanjang. Pasien ditatalaksana dengan pemantauan tanda-tanda vital ibu, denyut jantung janin, dan terminasi kehamilan dengan operasi sesar, lalu didiagnosis G2P1A0 Berusia 41 Tahun dengan Plasenta Akreta. Diagnosis yang cepat dan tepat pada kasus perdarahan antepartum sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi. Penegakkan diagnosis tepat dapat ditunjang dengan pemeriksaan kehamilan teratur dan pemeriksaan penunjang ultrasonografi yang tepat pada trimester kedua atau ketiga.

**Kata kunci:** diagnosis, perdarahan antepartum, plasenta akreta

## G2P1A0 41 Years Age with Placenta Accreta

### Abstract

Placenta accreta is an abnormal placental implantation in the uterine wall. Women who are most at risk of placenta accreta are those who have had the myometrium damage caused by a previous cesarean operation with either anterior or posterior placenta previa that crosses the uterine scar. Most patients with placenta accreta are asymptomatic. This finding is largely seen in cases with placenta previa, which is the strongest risk factors for placenta accreta. Woman 41 years old, 35 weeks of gestation presents with bleeding of the birth canal since one day before entering the hospital. Fresh red blood. At 24 weeks gestation, similar complaints experienced by the patient. Previous history of trauma or falls is denied, and there is a history of previous cesarean section. On abdominal examination, fundus 28 cm height, the top of the breech presentation palpable, palpable back on the left side of the uterus, the bottom of palpable presentation of the head, divergent. Obtained from fetal ultrasound examination elongated layout, placenta previa totalis, posterior placenta in patients diagnosed with bleeding G2P1A0 et causa antepartum fetal placenta previa totalis live single elongated layout. Patients treated by monitoring vital signs mother, fetal heart rate, and termination of pregnancy with Caesaria section, and then diagnosed G2P1A0 Age 41 Years With placenta accreta. A prompt diagnosis and appropriate in cases of antepartum haemorrhage is very important to prevent complications. ppropriate diagnosis can be supplemented with orderly prenatal care and ultrasound appropriate investigation at the the second or third trimester.

**Keywords:** antepartum haemorrhage, diagnosis, placenta accreta,

Korespondensi : Dina Rianti Fitri, S.Ked., alamat Jln. Pangeran Tirtayasa gg. Satria No. 43, Sukabumi, Bandar Lampung, HP 082180082077, e-mail dinariantif@gmail.com

### Pendahuluan

Plasenta akreta merupakan implantasi abnormal plasenta pada dinding uterus atau yang disebut dengan istilah plasenta *adherent*, dan berkomplikasi sekitar 0,9% pada semua kehamilan.<sup>1</sup> Sekitar 75% dari plasenta *adherent* adalah plasenta akreta, 18% inkreta, dan 7% adalah plasenta perkreta.<sup>2</sup> Plasenta akreta adalah keadaan vili plasenta yang menginvasi langsung ke miometrium; plasenta inkreta adalah keadaan vili plasenta yang menginvasi ke dalam miometrium; plasenta perkreta adalah keadaan vili plasenta yang

meninvasi lebih dalam dari miometrium hingga ke serosa bahkan sampai ke organ intraabdomen lainnya seperti kandung kemih. Plasenta akreta dapat dibagi lagi menjadi plasenta akreta total, plasenta akreta parsial, dan plasenta akreta fokal berdasarkan jumlah jaringan plasenta yang terlibat dalam invasi ke miometrium.<sup>3,4</sup> Implantasi plasenta yang normal ialah pada dinding depan atau dinding belakang rahim di daerah fundus uteri.<sup>2</sup>

Pada plasenta akreta, bagian dari desidua parietal yang berada di antara miometrium dan plasenta tersebut hilang, dan



terdapat kontak langsung antara sel-sel trofoblas dengan miometrium. Hilangnya desidua ini menyebabkan tidak ada pembatas yang menyebabkan plasenta melekat ke miometrium.<sup>5</sup>

Perempuan yang paling berisiko mengalami plasenta akreta adalah mereka yang telah mempunyai kerusakan miometrium yang disebabkan oleh operasi sesar sebelumnya dengan plasenta previa anterior atau posterior yang melintasi parut uterus.<sup>6</sup> Faktor risiko tambahan meliputi usia ibu dan multiparitas, bedah rahim lain sebelumnya, kuretase uterus sebelumnya, ablasia endometrium, *Asherman syndrome*, leiomyoma, anomali rahim, hipertensi dalam kehamilan, dan merokok.<sup>7</sup>

Insiden plasenta akreta telah meningkat dan tampaknya berbanding lurus dengan meningkatnya kelahiran secara sesar. Telah dilaporkan kejadian plasenta akreta sebesar 1 dari 533 kehamilan untuk periode 1982-2002 di Amerika. Plasenta akreta terjadi pada sekitar 1: 1000 persalinan dengan berbagai pelaporan, dari 0,04% meningkat hingga 0,9%. Angka ini meningkat dari laporan sebelumnya, yang berkisar 1 dari 4.027 kehamilan pada tahun 1970, meningkat menjadi 1 dalam 2.510 kehamilan pada tahun 1980.<sup>3,8</sup>

Rata-rata pasien dengan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Gejala yang berhubungan dengan plasenta akreta mungkin termasuk perdarahan vaginal dan kram. Temuan ini sebagian besar terlihat pada kasus dengan plasenta previa, yang merupakan faktor risiko terkuat untuk plasenta akreta.<sup>7</sup>

Patogenesis yang tepat dari akreta plasenta tidak diketahui. Sebuah hipotesis yang diajukan meliputi gangguan perkembangan dari desidua, invasi trofoblas yang berlebihan, atau kombinasi keduanya.<sup>3</sup> Desidualisasi rusak, kelainan *remodeling* vaskular ibu, invasi trofoblas yang berlebihan, atau kombinasinya yang dianggap berdampak karena instrumentasi sebelumnya.<sup>9</sup> Karena morbiditas tinggi yang terkait dengan kondisi ini, diagnosis preoperatif yang akurat dari plasenta akreta memainkan peranan penting dalam pengelolaan situasi ini. Sonografi antenatal dapat digunakan untuk mendukung diagnosis dan membimbing utama manajemen klinis kemungkinan untuk hasil yang menguntungkan.<sup>10</sup>

Penatalaksanaan wanita dengan plasenta akreta biasanya dengan operasi sesar. Karena ikatan yang abnormal ke miometrium,

plasenta akreta dikaitkan dengan peningkatan risiko perdarahan berat pada saat upaya melahirkan plasenta.<sup>7</sup> Lebih baik untuk melakukan operasi yang sudah direncanakan, kondisi yang terkendali bukan sebagai keadaan tanpa persiapan yang memadai. Selain itu, terlepas dari pilihan tindakan yang akan dilakukan, pencegahan komplikasi idealnya memerlukan pendekatan tim dari berbagai bidang.<sup>11</sup> Komplikasi plasenta akreta banyak dan mencakup kerusakan pada organ-organ lokal, perdarahan pasca operasi, emboli air ketuban, *disseminated intravascular coagulation (DIC)*, transfusi darah, sindrom gangguan pernapasan akut, tromboemboli pasca operasi, morbiditas karena infeksi, kegagalan multisistem organ, dan kematian.<sup>8</sup>

### Kasus

Seorang perempuan G2P1A0 berusia 41 tahun hamil 35 minggu dengan janin tunggal hidup *intrauterine*, presentasi kepala, punggung teraba pada bagian kiri uterus, mengeluh keluar darah pervaginam satu hari yang lalu. Darah berwarna merah segar. Riwayat keluhan serupa diakui pada usia kehamilan 24 minggu. Riwayat trauma atau terjatuh sebelumnya disangkal. Keluhan disertai merasa lemas dan terlihat pucat serta mengeluh batuk berdahak yang membuatnya sulit untuk bernafas. Riwayat pemeriksaan ANC (*Antenatal Care*) tidak rutin. Pada tahun 2010 terdapat riwayat operasi sesar atas indikasi ketuban pecah dini.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran baik dengan tanda-tanda vital tekanan darah 108/70 mmHg, nadi 108x/menit, nafas 20x/menit, suhu 36,8°C. Pada pemeriksaan kepala didapatkan konjungtiva anemis (+/+). Pada pemeriksaan abdomen perut tampak buncit, *striae gravidarum* (+), *linea nigra* (-), luka bekas SC (+). Leopold I TFU 28 cm, bagian atas teraba presentasi bokong, Leopold II teraba punggung di bagian sebelah kiri uterus, Leopold III bagian bawah teraba presentasi kepala, Leopold IV *divergent*. Pada pemeriksaan ultrasonografi didapatkan janin letak memanjang, plasenta previa totalis, plasenta di posterior, dan pada pemeriksaan hematologi didapatkan hemoglobin 6,6 g/dl dan leukosit 22.190 ribu. Pasien didiagnosis G2P1A0 dengan perdarahan antepartum *et causa* plasenta previa totalis janin tunggal hidup letak memanjang.



Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien adalah pemantauan tanda-tanda vital Ibu, denyut jantung janin, his, pemberian transfusi darah, *nifedipine* 4x10 gr/iv, *ranitidine* 2x150 gr/iv, *cefotaxime* 2x1 gr/iv, *metronidazole* 3x500 gr/iv, *gentamicin* 3x80 gr/iv dan terminasi kehamilan dengan operasi sesar.

### Pembahasan

Berdasarkan anamnesis, adanya perdarahan dari jalan lahir, riwayat trauma pada abdomen ataupun terjatuh yang disangkal, dan keluhan seperti ini sudah pernah dirasakan sebelumnya oleh pasien menandakan bahwa pasien sudah mengalami perdarahan berulang tanpa disertai rasa nyeri. Hal tersebut sesuai dengan teori yang mengarah pada keadaan plasenta previa, total ataupun parsial. Plasenta akreta harus dicurigai pada perempuan yang baik memiliki plasenta previa, terutama pada plasenta anterior, dan riwayat operasi rahim sesar atau lainnya.<sup>3</sup> Pada pasien dilakukan ultrasonografi dan hasilnya didapatkan janin letak memanjang dengan plasenta previa totalis, dan plasenta di posterior. Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, dapat ditegakkan diagnosis pada pasien ini adalah, G2P1A0 hamil preterm dengan perdarahan antepartum *et causa* plasenta previa totalis.

Ultrasonografi transvaginal dan transabdominal adalah teknik diagnostik pelengkap dan harus digunakan sesuai kebutuhan. Ultrasonografi transvaginal aman untuk pasien dengan plasenta previa dan memungkinkan lebih lengkap dalam hal pemeriksaan segmen bawah rahim.<sup>3</sup> Secara keseluruhan, ultrasonografi *grayscale* cukup untuk mendiagnosis plasenta akreta, dengan sensitivitas 77-87%, spesifisitas 96-98%, nilai prediksi positif 65-93%, dan nilai prediksi negatif 98%. Penggunaan *Doppler*, *Doppler* warna, atau pencitraan tiga dimensi tidak secara signifikan meningkatkan sensitivitas diagnostik dibandingkan dengan yang dicapai oleh ultrasonografi *grayscale* saja.<sup>6</sup> Diagnosis plasenta akreta dibuat pada spesimen patologis, diperoleh setelah histerektomi, diagnosis definitif ini tergantung pada visualisasi *villi chorionic* yang melekat di antara miometrium dengan tidak adanya lapisan desidua.<sup>8</sup> Hasil pada pemeriksaan penunjang

ultrasonografi untuk antepartum plasenta akreta dapat ditegakkan pada pemeriksaan saat trimester kedua dan ketiga dikarenakan vascular lakuna dalam plasenta telah memiliki korelasi dengan sensitivitas yang tinggi (80% - 90%) dan tingkat positif palsu rendah untuk plasenta akreta. Plasenta lakuna pada trimester kedua tampaknya memiliki sensitivitas dan *positive predictive value* sangat tinggi dibanding marker lain untuk plasenta akreta.<sup>7</sup>

Parameter-parameter USG yang dilihat pada trimester kedua untuk mendeteksi adanya plasenta akreta meliputi lokasi dari plasenta, hilangnya zona retroplasenta, hubungan antara vesika urinaria dan uterus yang tipis dan iregular, mengukur ketebalan dari lapisan miometrium, adanya pulau-pulau lakuna di dalam plasenta, adanya pembuluh darah yang menyeberang dari plasenta ke vesika urinaria yang nampak dengan menggunakan *color Doppler*. Pulau-pulau lakuna dalam plasenta dikelompokkan berdasarkan kriteria *Finberg* dan *Williams*, yaitu: grade 0, tidak ada lakuna-lakuna yang terlihat; grade 1, 1-3 lakuna terlihat dan ukurannya kecil; grade 2, jumlahnya 4-6 dengan ukurannya lebih besar dan bentuknya tidak beraturan; grade 3, banyak (lebih dari 6) dengan ukuran besar dan bentuk yang aneh.<sup>4,12</sup>

Pemeriksaan penunjang lainnya adalah *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) lebih mahal daripada ultrasonografi dan membutuhkan pengalaman serta keahlian dalam evaluasi invasi plasenta abnormal. MRI dianggap sebagai modalitas tambahan untuk melengkapi akurasi diagnostik ultrasonografi. Peran MRI dalam mendiagnosis plasenta akreta masih diperdebatkan. Dua studi banding terakhir telah menampilkan sonografi dan MRI sebanding dalam studi pertama. 15 dari 32 wanita terdiagnosis akreta (sensitivitas 93% dibandingkan 80% dan spesifisitas 71% dibandingkan 65% untuk USG dibandingkan MRI); di studi kedua 12 dari 50 wanita akhirnya memiliki akreta dan MRI dan *Doppler* menunjukkan tidak ada perbedaan dalam hal mendeteksi plasenta akreta ( $P = 0,74$ ), meskipun MRI lebih baik dalam mendeteksi kedalaman infiltrasi di kasus plasenta akreta ( $P < 0,001$ ). Banyak peneliti menganjurkan MRI bagi perempuan yang temuan USG-nya meragukan. Beberapa peneliti melaporkan bahwa tingkat sensitivitas MRI 80%-85%



dengan spesifisitas 65%-100% dalam hal mendiagnosis plasenta akreta.<sup>5</sup>

Penatalaksanaan pasien ini adalah dengan pemantauan tanda-tanda vital Ibu, denyut jantung janin, dan dipersiapkan terminasi kehamilan dengan operasi sesar. Pada saat dilakukan proses kelahiran ditemukan adanya perlengketan dari plasenta ke dinding rahim dan dilakukan histerektomi total dengan persetujuan pasien dan keluarga. Lalu pasien didiagnosa dengan G2P1A0 berusia 41 tahun dengan plasenta akreta.

Komplikasi *pasca* operasi antara lain termasuk perdarahan hebat postpartum dan infeksi resisten terhadap terapi antimikroba yang mungkin memerlukan laparotomi dan histerektomi, yang berisiko untuk komplikasi *pasca* operasi berhubungan dengan hipotensi intraoperatif, koagulopati menetap dan anemia, dan operasi terlalu lama. Ginjal, jantung, dan disfungsi organ lainnya adalah umum dan harus dipertimbangkan.<sup>3,7</sup> Pada Pasien dengan plasenta previa dan diduga akreta yang persalinannya direncanakan dikaitkan dengan waktu operasi yang lebih singkat dan komplikasi yang lebih sedikit yaitu frekuensi yang lebih rendah untuk transfusi, dan perawatan di ruang intensif.<sup>13</sup>

Fokus perhatian pada perawatan intensif harus tertuju untuk evaluasi yang sering tanda-tanda vital (tekanan darah, jantung dan laju pernapasan). Urin harus diukur melalui kateter urin, masuk ke ruang perawatan intensif, pemantauan vena sentral, dan penilaian oksigenasi perifer oleh oksimetri denyut nadi dapat membantu dalam beberapa kasus. Koreksi terhadap koagulopati dan anemia berat dengan transfuse darah harus dilakukan.<sup>7</sup>

### Simpulan

Penegakan diagnosis pasien ini sudah tepat yaitu plasenta akreta. Faktor risiko terjadinya plasenta akreta adalah mempunyai kerusakan miometrium yang disebabkan oleh operasi sesar, usia ibu dan multiparitas. Penegakan diagnosis yang tepat adalah dengan menggunakan ultrasonografi *grayscale*. Penatalaksanaan pada kasus ini dilakukan tindakan terminasi kehamilan dengan operasi sesar dan histerektomi atas indikasi plasenta previa totalis.

### Daftar Pustaka

1. Dwyer BK. Prenatal diagnosis of placenta accreta: sonography or magnetic resonance imaging?. *J Ultrasound Med.* 2008; 27(9):1275-81.
2. Dola C, Longo S. Diagnosis and safe management of placenta previa. *OBG Manag.* 2006; 18(10):77-95.
3. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int.* 2012; 2012:873929.
4. McGraw H. Obstetrical complications: obstetrics haemorrhage. Dalam: Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. *Williams obstetrics.* Edisi ke-23. Texas; 2010. hlm. 776-80.
5. Comstock CH. General obstetric sonography: prenatal diagnosis of placenta accreta. Dalam: Arthur CF, Eugene CT, Wesley L, Frank AM, Roberto JR. *Sonography in obstetric and gynecology.* Edisi ke-7. Tennessee; 2011. hlm. 187-93.
6. Committee opinion. Placenta accreta. Washington DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
7. Belfort MA, Publication Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(5):430-9.
8. Berkley EM, Abuhamad AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta. *J Ultrasound Med.* 2013; 32(8):1345-50.
9. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta accreta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta.* 2008; 29(7):639-45.
10. Alkazaleh F, Geary M, Kingdom J, Kachura JR, Windrim R. Elective non-removal of the placenta and prophylactic uterine artery embolization postpartum as a diagnostic imaging approach for the management of placenta percreta: a case report. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004; 26(8): 743-6.
11. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(1):65-9.
12. Sivasankar C. Perioperative management of undiagnosed placenta percreta: case report and management strategies. *Int J Womens Health.* 2012; 4: 451-4.



13. Robinson BK, Grobman WA. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstetr Gynecol.* 2010; 116(4):835-42.