

Laporan Kasus Post Histerektomi Subtotal atas Indikasi Plasenta Akreta

Andika Adi,¹ Husnul Khatimah Mursen¹

¹ Laboratorium Ilmu Obstetri Ginekologi, Program Studi Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman, Samarinda Kalimantan Timur

DOI: <https://doi.org/10.29303/jk.v14i1.5055>

Article Info

Received : September 2, 2024

Revised : January 25, 2025

Accepted : January 25, 2025

Abstract: Placenta accreta is an abnormal implantation of the placenta into the uterine wall. Women at the highest risk of developing placenta accreta are those with a history of uterine damage, often resulting from previous cesarean deliveries complicated by placenta previa. Most patients with placenta accreta are asymptomatic. This condition is predominantly observed in cases of placenta previa, which is the strongest risk factor for placenta accreta. A 45-year-old woman presented with complaints of vaginal bleeding for three days prior to hospital admission. The bleeding consisted of fresh red blood. Her medical history included two cesarean deliveries for her second and third pregnancies, both indicated by total placenta previa. The patient was diagnosed with gravida 3, para 3, abortion 0 (G3P3A0) and postpartum hemorrhage due to placenta accreta complicated by ureter rupture, anemia secondary to postpartum hemorrhage, hypoalbuminemia, and hyponatremia. Management included monitoring maternal vital signs, blood transfusion, and subtotal hysterectomy. Prompt and accurate diagnosis in cases of postpartum hemorrhage is crucial to prevent complications.

Keywords: Postpartum hemorrhage, Placenta accreta, Hysterectomy

Citation: Adi, A. & Mursen, H. K. (2025). Laporan Kasus Post Histerektomi Subtotal Atas Indikasi Plasenta Akreta. *Jurnal Kedokteran Unram*, 14(1):1-4. DOI: <https://doi.org/10.29303/jk.v14i1.5055>

Pendahuluan

Pada kehamilan normal, plasenta menempel pada endometrium yang mengalami desidualisasi. Invasi abnormal trofoblas plasenta ke dalam miometrium uterus disebut sebagai plasenta akreta (Silver & Barbour, 2015).

Plasenta akreta merupakan suatu kesatuan dari terminologi yang luas, *Placenta Accreta Spectrum (PAS)* atau juga disebut *Abnormal Invasion of Placenta (AIP)* yang didefinisikan sebagai suatu kondisi abnormal perlekatan plasenta pada miometrium uteri. Terminologi ini menjabarkan tingkat invasi plasenta yang berbeda yaitu akreta, inkreta, dan perkreta (Bartels *et al.*, 2018). Plasenta akreta adalah implantasi abnormal vili korion secara langsung pada kurang dari 50% miometrium, sementara plasenta inkreta menginvasi lapisan endometrium lebih dari 50%. Plasenta perkreta

meninvasi hingga lapisan serosa dan atau organ-organ pelvis lainnya (Pinas & Chandharan, 2019).

Gangguan spektrum plasenta akreta (PAS) berhubungan dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas ibu. Oleh karena itu, pasien ini harus dirawat oleh tim interprofessional (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018). Angka kejadian PAS meningkat di berbagai belahan dunia. PAS mempengaruhi sekitar 3 dari 1.000 kehamilan dan peningkatan kejadiannya sebesar 5 kali lipat selama 3 dekade terakhir (Belfort *et al.*, 2018). Peningkatan angka kelahiran seksio sesarea juga terjadi di Asia, termasuk Indonesia. Studi yang dilakukan di Asia menemukan bahwa kejadian PAS adalah 1 per 1.000 kehamilan. Sejak tahun 2016, angka kejadian PAS di Indonesia sudah menyentuh angka 2% dan masih terus meningkat hingga saat ini (Jauniaux, 2018).

Risiko plasenta akreta lebih besar jika sebelumnya mempunyai riwayat kerusakan miometrium akibat seksio sesarea, plasenta previa terletak anterior ataupun posterior pada luka bekas operasi. Risiko plasenta akreta pada plasenta previa adalah 3%, 11%, 40%, 61%, dan 67% pada kelahiran pertama, kedua, ketiga, keempat, dan kelima dari seksio sesarea berulang. Usia maternal >35 tahun dan multiparitas juga tercatat sebagai faktor risiko; juga kondisi- kondisi lain yang menyebabkan kerusakan miometrium diikuti perbaikan sekunder kolagen seperti riwayat miomektomi, defek endometrium karena kuretase terlalu kasar menimbulkan sindrom Asherman, leiomioma submukosa, ablasi termal, dan embolisasi arteri uterus (Berkley, 2013).

Kebanyakan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Gejala yang berhubungan dengan plasenta akreta mungkin perdarahan vaginal dan kram yang sebagian besar terlihat pada kasus plasenta previa, yang merupakan faktor risiko terkuat untuk plasenta akreta. Meskipun jarang, kasus nyeri akut abdomen dan hipotensi karena syok hipovolemik dari ruptur uteri sekunder bisa karena plasenta perkreta; skenario kritis ini dapat terjadi setiap saat selama kehamilan (Berkley, 2013). Identifikasi faktor risiko placenta accreta, seperti jumlah kelahiran sebelumnya dan riwayat operasi pada rahim, sangat penting saat kunjungan ke dokter kandungan pertama. Dalam beberapa kasus yang jarang terjadi, pasien mungkin mengalami gejala yang berkaitan dengan urinasi dan pencernaan ketika placenta percreta melibatkan organ-organ tersebut. Secara umum, diagnosis biasanya ditegakkan berdasarkan hasil pemindaian medis (Alexa *et al.*, 2022).

Diagnosis plasenta akreta dibuat berdasarkan spesimen patologis yang diperoleh setelah histerektomi. Diagnosis definitif ini tergantung pada visualisasi vili khorionik yang tertanam dalam miometrium tanpa lapisan desidua di antaranya. Diagnosis plasenta akreta juga dapat berdasarkan USG (ultrasonography) dan MRI (magnetic resonance imaging). Sonografi 2-dimensi konvensional adalah alat skrining yang baik untuk mendeteksi plasenta akreta (Berkley, 2013).

Plasenta akreta paling baik ditangani bila telah didiagnosis pada masa antenatal. Banyak langkah yang dapat dilakukan untuk meminimalkan risiko. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan persalinan antara usia kehamilan 34-35 minggu melalui histerektomi sesar untuk mengoptimalkan maturitas neonatal dan meminimalkan risiko perdarahan ibu (ACOG, 2018).

Prognosis yang lebih baik terjadi pada pasien yang mengalami placenta accreta tanpa placenta previa. Sementara itu, placenta accreta yang juga melibatkan placenta previa memiliki risiko perdarahan yang lebih tinggi dan cenderung memerlukan histerektomi, dua

kondisi ini berkontribusi pada tingkat penyakit yang lebih tinggi (Mulla *et al.*, 2019). Pasien yang mengalami placenta percreta menghadapi risiko komplikasi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan kasus placenta accreta dan increta. Mereka memiliki tingkat cedera pada saluran ginjal, masuk ke unit perawatan intensif (ICU), dan kebutuhan tambahan produk darah yang secara statistik signifikan lebih tinggi (Grace *et al.*, 2013).

Laporan Kasus

Ny. N usia 45 tahun datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda membawa rujukan dari RSUD Parikesit Tenggarong dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir sejak 3 hari yang lalu berwarna merah segar. Sebelumnya pasien diketahui menjalani operasi seksio sesarea emergency dan pengangkatan rahim dengan indikasi plasenta yang menutupi jalan lahir dan plasenta yang menempel di otot rahim. Setelah dilakukan operasi seksio sesarea di RSUD Parikesit Tenggarong, pasien mengalami perdarahan dan dimasukkan ke ICU selama 3 hari dan di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie untuk penanganan lebih lanjut.



Dilakukan pemeriksaan fisik dan didapatkan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, tanda vital: Tekanan darah: 109/63mmHg; Nadi:81x/menit; Napas: 20x/menit; suhu 36,6 C. dari pemeriksaan kepala dan leher didapatkan kongjungtiva anemis, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak anemis. Pemeriksaan jantung thoraks normal, suara jantung tunggal regular, suara paru vesicular kiri dan kanan, tidak ada suara jantung dan paru tambahan. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan bekas operasi, tidak ada pelebaran vena, perkusi timpani, Bising usus (+) dan nyeri tekan (+) pada regio umbilikus dan inguinal dextra. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil yang ditampilkan pada Tabel 1.

Diagnosa kerja pada pasien ini adalah P3A0 + Post SC a/i plasenta previa + Post Histerektomi Partial a/i plasenta akreta + Anemia ec HPP + Hipoalbumin + Hiponatremia dan diberikan penatalaksanaan dengan perbaikan Keadaan umum dengan transfuse PRC 3 kantong lalu dilakukan histerektomi subtotal dan observasi KU dan Tanda-tanda vital.

Diskusi

Angka kejadian plasenta akreta semakin meningkat di berbagai belahan dunia. Plasenta akreta mempengaruhi sekitar 3 dari 1.000 kehamilan dan kejadiannya telah meningkat 5 kali lipat selama 3 dekade terakhir (Belfort *et al.*, 2018). Peningkatan angka kelahiran SC juga terjadi di Asia, termasuk Indonesia. Studi yang dilakukan di Asia menemukan bahwa kejadian PAS adalah 1 per 1.000 kehamilan. Sejak tahun 2016, angka kejadian plasenta akreta di Indonesia mencapai 2% dan masih terus meningkat hingga saat ini (Jauniaux, 2018).

Tabel 1. Hasil Pemeriksaan

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi		
Leukosit	12,2	4,80 – 10,80 × 10 ³ /μL
Eritrosit	4,58	4,20 – 5,40 × 10 ⁶ /μL
Hemoglobin	6,0	12,0 – 16,0 g/dL
Hematokrit	40,1	37,0 – 54,0%
PLT	163	150 – 450 × 10 ³ /μL
Kimia Klinik		
Glukosa Sewaktu	70	<200 mg/dL
Albumin	2,0	3,5 – 5,9 g/dL
Natrium	130	135 – 155
Kalium	3,8	3,4 – 5,3
Chloride	105	96 – 106
Imunoserologi		
Ab-HIV	Non-reaktif	Non-reaktif
HBsAg	Non-reaktif	<0,90 COI

Risiko terjadinya plasenta akreta lebih besar bila sebelumnya terdapat riwayat kerusakan miometrium akibat operasi sesar dan plasenta previa. Risiko terjadinya plasenta akreta pada plasenta previa sebesar 3%, 11%, 40%, 61%, dan 67% pada kelahiran pertama, kedua, ketiga, keempat, dan kelima. Usia ibu >35 tahun dan multiparitas juga tercatat sebagai faktor risiko. (Berkley, 2013). Insidensi terjadinya plasenta akreta pada wanita dengan postSC 1 kali adalah 25% dan 40% pada kasus dengan dua kali operasi caesar sebelumnya (Takeda *et al.*, 2020).

Kebanyakan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Gejala yang berhubungan dengan plasenta akreta mungkin berupa pendarahan dan kram

(Berkley, 2013). Diagnosis plasenta akreta juga dapat ditegakkan dengan USG (ultrasonografi) dan MRI (magnetic resonance imaging). USG 2 dimensi konvensional merupakan alat skrining yang baik untuk mendeteksi plasenta akreta (Berkley, 2013).

Plasenta akreta paling baik diobati jika sudah didiagnosis pada masa antenatal. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) merekomendasikan untuk melakukan persalinan melalui histerektomi sesar untuk mengoptimalkan maturitas neonatal dan meminimalkan risiko perdarahan ibu (ACOG, 2018). Prognosis yang lebih baik terjadi pada pasien yang mengalami plasenta akreta tanpa plasenta previa. Sedangkan plasenta akreta yang juga melibatkan plasenta previa memiliki risiko perdarahan lebih tinggi (Mulla *et al.*, 2019).

Berdasarkan anamnesis, faktor risiko yang dimiliki pasien ini adalah riwayat operasi SC 1 kali, riwayat plasenta previa 2 kali, multiparitas dan usia >35 tahun. Keluhan yang dialami adalah perdarahan pervaginam.

Pada pasien ini terjadi rupture ureter sinistra setelah dilakukan Tindakan histerektomi, berdasarkan teori yang ada ada wanita hamil dengan plasenta akreta memiliki risiko yang tinggi untuk terjadinya cedera pada saluran kemih khususnya ureter, insiden cedera ureter dalam kasus seperti ini adalah sebesar 4.7%. Ureter bagian distal (bagian bawah) adalah yang paling sering mengalami cedera saat melakukan histerektomi (Alanwar *et al.*, 2017).

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan anemia, leukositosis, hipoalbumin, dan hyponatremia. Berdasarkan teori yang ada, plasenta akreta dapat menyebabkan perdarahan vagina yang dapat mengancam jiwa. Hal ini dapat membuat pasien anemia sehingga memerlukan transfusi darah (Gembala & Mahdy, 2022). Leukositosis pada pasien postpartum adalah fenomena fisiologis tidak memerlukan pemeriksaan lebih lanjut (Arbib *et al.*, 2016). Hipoalbumin dapat terjadi apabila albumin keluar dari intravascular ke luar dari pembuluh darah yang mana pada kondisi ini terjadi perdarahan pada pasien sehingga menyebabkan pasien mengalami kehilangan darah. Hiponatremia yang dialami pasien dapat dihubungkan dengan adanya hipoalbumin yang dapat mempengaruhi kadar natrium (da Cunha *et al.*, 2000). Diagnosis plasenta akreta pada pasien ini ditegakkan pada saat antenatal care (ANC) melalui USG dan tatalaksana yang diberikan adalah persalinan SC dengan histerektomi. Berdasarkan dari kasus yang didapatkan dan teori yang ada, kasus pada pasien ini sejalan dengan teori yang ada.

Kesimpulan

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 subtotal dikarenakan terjadi perdarahan intraoperasi

Referensi

- Alanwar A., Al-Sayed H.M., Ibrahim A.M., Elkotb A.M., Abdelshafy A., Abdelhadi R. Urinary tract injuries during cesarean section in patients with morbid placental adherence: retrospective cohort study. *J. Matern.-Fetal Neonatal Med.* 2017;32(9):1461-1467
- American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol.* 2018 Dec;132(6):e259-e275. [PubMed] [Reference list]
- Arbib N, Aviram A, Gabbay Ben-Ziv R, Sneh O, Yogeve Y, Hadar E. The effect of labor and delivery on white blood cell count. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016 Sep;29(18):2904-8. doi: 10.3109/14767058.2015.1110572. Epub 2015 Nov 23. PMID: 26493469.
- Bartels HC, Postle JD, Downey P, Brennan DJ. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology, Molecular Biology, and Biomarkers. *Dis Markers* [Internet]. 2018 Jul 3;2018:1-11. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/dm/2018/1507674/>
- Belfort MA, Shamshirsaz AA, Fox KA. The diagnosis and management of morbidly adherent placenta. *Semin Perinatol.* 2018;42(1):49.
- da Cunha DF, Barbosa AA, Manfrin A, Tiveron FS, da Cunha SF. Sodium serum levels in hypoalbuminemic adults at general medical wards. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 1999 Mar-Apr;54(2):39-42. doi: 10.1590/s0041-87811999000200002. PMID: 10513064.
- Berkley EM, Abuhamad AZ. Prenatal diagnosis of placenta accreta; Is sonography all we need? *J Ultrasound Med.* 2013; 32:1345-50.
- Silver RM, Barbour KD. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015 Jun;42(2):381-402.
- Piñas Carrillo A, Chandraharen E. Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 15:1745506519878081. A available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31578123>
- Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(1):75-87.
- Mulla BM, Weatherford R, Redhunt AM, Modest AM, Hacker MR, Hecht JL, Spiel MH, Shainker SA. Hemorrhagic morbidity in placenta accreta spectrum with and without placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Dec;300(6):1601-1606.
- Gembala AM, Mahdy H. Placenta Accreta (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563288/>) . [Diperbarui 2021 Oktober 1]. Di: StatPearls [Internet]. Pulau Harta Karun (FL): Penerbitan StatPearls; 2022 Januari-.
- Shepherd AM, Mahdy H. Placenta Accreta. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563288/>
- Takeda S, Takeda J, Makino S. Cesarean Section for Placenta Previa and Placenta Previa Accreta Spectrum. *Surg J (N Y).* 2020 Mar 9;6(Suppl 2):S110-S121. doi: 10.1055/s-0039-3402036. PMID: 32760794; PMCID: PMC7396465.
- Grace Tan SE, Jobling TW, Wallace EM, McNeilage LJ, Manolitsas T, Hodges RJ. Surgical management of placenta accreta: a 10-year experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 Apr;92(4):445-50.