

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Sindrom plasenta akreta (PAS) adalah kondisi dimana terdapat implantasi plasenta yang tidak normal akibat dari adanya defisiensi atau tidak adanya desidua basalis yang memisahkan vili plasenta dan miometrium.¹ Normalnya, pemisahan plasenta terjadi akibat kontraksi miometrium terhadap plasenta yang stasioner yang mengakibatkan terjadinya aksi pemotongan pada bidang dari sel desidua.² Pada PAS, defisiensi desidua mencegah pemisahan normal plasenta saat melahirkan. The International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), mengklasifikasikan plasenta akreta berdasarkan kriteria klinis dan histologik menjadi *abnormally adherent placenta* (akreta) dan *abnormally invasive placenta* (inkreta dan perkreta).³

Plasenta akreta merupakan isu obstetri yang semakin meningkat prevalensinya, hal ini terjadi karena peningkatan operasi sesar, usia maternal, dan teknologi reproduksi berbantuan yang terobservasi secara global.⁴ Penelitian yang dilakukan oleh Baldwin dkk. menemukan selama periode 2003-2012 terjadi peningkatan kasus plasenta akreta yang signifikan dari 20,6 menjadi 26,9 per 10.000 kelahiran di Australia.⁵ Pada penelitian yang dilakukan oleh Guleria dkk. juga ditemukan peningkatan kasus plasenta akreta di India pada periode 2001-2010 dari 0,031% menjadi 0,083%.⁶ Zeng dkk. juga menemukan peningkatan dari 0,1% pada periode 2007-2008 menjadi 2,1% pada tahun 2015-2016 di China.⁷

Plasenta akreta diasosiasikan dengan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin yang cukup besar.⁴ Jika tidak dicurigai, pada saat persalinan ekstraksi plasenta secara manual akan menyebabkan perdarahan obstetrik mayor, sehingga sering dibutuhkan histerektomi darurat. Perdarahan tersebut juga bisa menyebabkan koagulasi intravaskuler diseminata, serta *multiple-organ failure*,

tromboemboli, dan bahkan kematian.⁴ Infeksi juga dapat terjadi pada luka, abdomen, atau *vaginal cuff*.⁸

Mortalitas dan morbiditas ibu berkurang ketika wanita dengan gangguan PAS, khususnya bentuk invasif, plasenta increta atau percreta, terdiagnosis saat prenatal.³ Diagnosis prenatal dan manajemen yang tepat oleh tim multidisiplin telah terbukti secara signifikan mengurangi morbiditas dan mortalitas pada Ibu. Pedoman saat ini merekomendasikan bahwa persalinan terencana harus dilakukan oleh tim multidisiplin dengan keahlian di bidang radiologi, pembedahan, dan transfusi masif.⁹ Maka dari itu sangat penting mengidentifikasi faktor risiko plasenta akreta saat pemeriksaan prenatal. PAS yang terdiagnosis saat prenatal akan membantu kita merencanakan manajemen yang tepat, sehingga akan menghasilkan prognosis yang jauh lebih baik dibandingkan dengan kasus yang tidak terdiagnosis sebelum persalinan.⁶

Faktor risiko terbesar PAS adalah implantasi pada segmen uterus bagian bawah yang sering disebut plasenta previa atau bekas luka operasi caesar sebelumnya. Semakin banyak operasi sesar sebelumnya pada pasien dengan plasenta previa meningkatkan risiko, sehingga dengan satu kali operasi sesar dan previa sebelumnya, risikonya adalah 11%, dua kali operasi sesar sebelumnya sebesar 40%, dan meningkat menjadi 61% setelah tiga kali operasi sesar sebelumnya.¹⁰ Faktor risiko lain untuk PAS termasuk prosedur uterus sebelumnya, termasuk dilatasi dan kuretase, aborsi, pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim, miomektomi, embolisasi arteri uterina, ablasi endometrium, lisis adhesi histeroskopi, pengangkatan plasenta secara manual, teknologi reproduksi buatan yang termasuk fertilisasi in vitro, endometritis sebelumnya, kemoterapi, radiasi, adenomiosis, leiomyomata submukosa, anomali uterus, multiparitas, dan usia ibu lanjut.¹¹

Kriteria diagnostik yang tepat untuk PAS merupakan prasyarat penting untuk diagnosis klinis standar, pengobatan, serta penelitian lanjutan. Diagnosis patologis adalah diagnosis yang paling objektif dan akurat, dan kriteria

penilaian patologis PAS terus diperbarui dan diverifikasi.^{12,13} Disarankan agar kasus dengan histerektomi dan retensi plasenta in situ harus diperiksa dan dianalisis secara cermat berdasarkan manifestasi makroskopis maupun mikroskopisnya. Namun, dengan pengembangan penatalaksanaan klinis PAS, jumlah histerektomi relatif berkurang. Pada tahun 2019, pedoman yang relevan dikeluarkan oleh FIGO yang baru untuk mendefinisikan kriteria penilaian klinis intraoperatif. Saat ini, diagnosis intraoperatif dan diagnosis patologis dapat digunakan sebagai kriteria diagnostik untuk PAS. PAS invasif mengacu pada kasus yang diberi tingkat 2 atau lebih, dan non-invasif mengacu pada kasus yang diberi tingkat 1.³

Studi menemukan bahwa dalam proses penyembuhan insisi pasien operasi caesar, lebih dari setengahnya mengalami wedge shaped healing defect.¹⁴ Endometrium juga menjadi rusak pada insisi, dan otot menjadi lemah setelah operasi caesar. Yang menyebabkan saat implantasi vili, desidua tidak terbentuk dengan baik, dan sel trofoblas dapat langsung menyerang miometrium. Vili menempel pada miometrium, berimplantasi dan bisa menembus dinding uterus. Bekas operasi tersebut juga dapat menyebabkan plasenta previa, sehingga gangguan ini bisa muncul bersamaan.^{15,16} PAS invasif dapat terjadi akibat pecahnya sebagian atau seluruh bekas luka uterus, sehingga menyebabkan infiltrasi sel trofoblas vili lebih dalam.¹⁷ Oleh karena itu operasi caesar juga merupakan faktor penting dalam tingkat keparahan implantasi plasenta.

Penelitian yang dilakukan oleh Jing L dkk. menemukan bahwa terdapat peningkatan risiko luaran yang buruk dan perdarahan postpartum pada pasien dengan plasenta previa, ketika plasenta terletak di dinding anterior.¹⁸ Morgan EA dkk. menemukan bahwa PAS dengan lokasi plasenta posterior dikaitkan dengan keterlambatan diagnosis, komplikasi bedah, teknologi reproduksi berbantuan, dan jumlah kelahiran sesar sebelumnya yang lebih rendah dibandingkan dengan lokasi anterior.¹⁹ Kemudian, Penelitian yang dilakukan

oleh Hong Liu dkk. menemukan bahwa plasenta anterior dan plasenta nonsentral merupakan faktor risiko independen untuk PAS invasif pada pasien dengan plasenta previa.¹⁵ Oleh karena itu, plasenta previa beserta lokasi implantasi plasenta berpengaruh besar pada prognosis maternal.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi tempat perlekatan plasenta pada plasenta previa, antara lain graviditas, paritas, riwayat operasi cesar, operasi uterus lainnya, serta aborsi. Faktor tersebut berkaitan dengan peningkatan risiko implantasi plasenta ke dinding anterior.¹⁸ Lokasi plasenta previa secara signifikan mempengaruhi hasil kehamilan; Perlekatan plasenta pada dinding anterior dikaitkan dengan usia kehamilan yang lebih pendek, berat badan lahir rendah, skor Apgar yang lebih rendah, angka perdarahan prenatal yang lebih tinggi, peningkatan perdarahan postpartum, durasi rawat inap yang lebih lama, dan angka transfusi darah dan histerektomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan kasus dengan perlekatan plasenta ke dinding anterior. dinding posterior, dan perbedaan antara kedua kelompok signifikan.¹⁸

Penelitian tentang pengaruh lokasi plasenta terhadap luaran maternal pada pasien plasenta previa suspek akreta masih merupakan area yang belum sepenuhnya dipahami. Hanya sedikit studi yang mengeksplorasi hubungan antara lokasi plasenta dengan luaran maternal pada pasien plasenta previa suspek akreta. Penelitian sebelumnya sering kali memberikan hasil yang bervariasi atau bahkan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan antara lokasi plasenta dengan luaran maternal. belum ditemukan hubungan yang konsisten diantara penelitian-penelitian sebelumnya.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai ada atau tidaknya hubungan antara lokasi plasenta dengan luaran maternal pada pasien dengan plasenta previa suspek akreta.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh lokasi plasenta terhadap luaran maternal pada pasien dengan plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh lokasi implantasi plasenta terhadap luaran ibu dengan plasenta previa suspek akreta di RSUP dr M. Djamil Padang periode 2023

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi statistik dan karakteristik pasien plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.
2. Mengetahui hubungan lokasi plasenta dengan jumlah *Estimated Blood Loss* Intraoperatif pada pasien plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.
3. Mengetahui hubungan lokasi plasenta dengan lama rawat pada pasien plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.
4. Mengetahui hubungan lokasi plasenta dengan tindakan histerektomi pada pasien plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.
5. Mengetahui hubungan lokasi plasenta dengan kematian maternal pada pasien plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.

4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

1. Memberikan informasi tentang insiden plasenta previa suspek akreta di RSUP dr. M. Djamil Padang periode 2023.

2. Membantu memprediksi prognosis pada pasien plasenta previa suspek akreta.

1.4.2 Bagi Ilmu Pengetahuan

1. Sebagai informasi dan menambah ilmu pengetahuan mengenai bagaimana lokasi implantasi plasenta mempengaruhi luaran maternal.
2. Penelitian dapat digunakan sebagai bahan untuk kegiatan penelitian selanjutnya.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharap dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam tentang hubungan antara lokasi plasenta pada kasus plasenta previa suspek akreta terhadap luaran maternal. Serta dapat memberi wawasan terkait pentingnya pemeriksaan antenatal agar dapat membantu tim medis untuk merencanakan perawatan yang lebih efektif dan meminimalkan risiko komplikasi.

1.4.4 Bagi Peneliti

1. Mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari di perkuliahan.
2. Meningkatkan keterampilan dalam melakukan penelitian ilmiah.
3. Menambah wawasan dan pengetahuan tentang spektrum plasenta akreta.

