

Gambaran Luaran Pasien Plasenta Akreta Spektrum yang Dilakukan Manajemen Konservatif dan Manajemen Non Konservatif di RSUP Dr. Sardjito

Gita Vania Damayanti¹, Irwan Taufiqur Rachman², Addin Trirahmanto³

^{1,2,3}Departemen Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

Korespondensi: ¹gitta.vania@gmail.com, ²irwantaufiqurrachman@yahoo.co.id, ³addinspog@gmail.com

Submisi: 29 Juli 2027; Revisi: 5 Agustus 2022; Penerimaan: 25 Agustus 2022

ABSTRACT

Background: The incidence of the placenta accreta spectrum increase along with an increasing number of caesarean sections. The main risk associated with placenta accreta spectrum is massive bleeding, leading to secondary complications, including coagulopathy, multi-organ failure, and death. Optimal management involving a multidisciplinary team is necessary to have a good outcome.

Objective: This study aims to determine the outcomes of patients with placenta accreta spectrum treated with conservative management and non-conservative management at Dr. Sardjito General Hospital.

Methods: This is a descriptive study using medical records of patients with placenta accreta spectrum treated at Dr. Sardjito General Hospital in 2018-2020. The research subjects were divided into two groups: conservative management group and non-conservative management group.

Results and Discussion: From 38 subjects, 22 subjects (57,89%) was planned for conservative management and 16 subjects (42,11%) was planned for non conservative management. Of the 22 subjects planned for conservative management, 10 subjects were failed and underwent non conservative management. Main outcome in this study is estimated blood loss. Estimated blood loss in conservative management group was lower than in non conservative management group (mean \pm SD 2179.16 \pm 399,69 ml vs 5173.07 \pm 594.29 ml). Other outcomes in this study are number of transfusions (PRC transfusions 1.062 \pm 187,50ml vs 2.048,07 \pm 198,07 ml; FFP transfusions 512,50 \pm 100,21 ml vs 1.117,30 \pm 100,11 ml; TC transfusions 120,83 \pm 29,80 ml vs 375 \pm 36,92 ml) and mortality rate 16,67% vs 3,85%.

Conclusion: Estimated blood loss and number of transfusions (PRC, FFP and TC) in conservative management group were lower than in the non-conservative management group. The mortality rate in the conservative management group was higher than in the non-conservative management group.

Keywords: Placenta accreta spectrum, conservative management, non-conservative management, outcome

ABSTRAK

Latar Belakang: Angka kejadian plasenta akreta spektrum terus meningkat dari tahun ke tahun seiring dengan meningkatnya angka seksio sesarea. Risiko utama yang berhubungan dengan plasenta akreta spektrum adalah perdarahan banyak yang dapat menyebabkan komplikasi sekunder termasuk koagulopati, kegagalan multi sistem organ dan kematian. Manajemen optimal yang melibatkan tim multidisiplin perlu dilakukan untuk mendapatkan luaran yang baik.

Tujuan: Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran luaran pasien plasenta akreta spektrum yang dilakukan manajemen konservatif dan manajemen non konservatif di RSUP Dr. Sardjito.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan data rekam medis pasien plasenta akreta spektrum yang dilakukan tindakan di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2018-2020. Subjek penelitian terbagi ke dalam dua kelompok yaitu kelompok yang dilakukan manajemen konservatif dan manajemen non konservatif.

Hasil dan Pembahasan: Dari 38 subjek, 22 subjek (57,89) direncanakan untuk dilakukan manajemen konservatif dan 16 subjek (42,11%) dilakukan manajemen non konservatif. Dari 22 subjek yang direncanakan untuk dilakukan manajemen konservatif, 10 subjek gagal sehingga dilakukan manajemen non konservatif. Luaran utama yang dinilai adalah jumlah perdarahan. Rata-rata jumlah perdarahan pada kelompok manajemen konservatif lebih sedikit daripada kelompok manajemen konservatif (2.179,16 \pm 399,69 ml vs 5.173,07 \pm 594,29 ml). Luaran lain yaitu jumlah transfusi (transfusi PRC 1.062 \pm 187,50ml vs 2.048,07 \pm 198,07 ml; transfusi FFP 512,50 \pm 100,21 ml vs 1.117,30 \pm 100,11 ml; transfusi TC 120,83 \pm 29,80 ml vs 375 \pm 36,92 ml) dan kematian 16,67% vs 3,85%.

Kesimpulan: Luaran jumlah perdarahan dan jumlah transfusi (PRC, FFP, TC) lebih sedikit pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif daripada manajemen non konservatif. Angka kematian pada kelompok manajemen konservatif lebih tinggi daripada manajemen non konservatif.

Kata Kunci: Plasenta akreta spektrum, manajemen konservatif, manajemen non konservatif, luaran

PENDAHULUAN

Angka kejadian plasenta akreta spektrum sekarang ini semakin meningkat. Sebuah penelitian tahun 2016 dengan menggunakan data pasien yang dirawat inap, secara keseluruhan angka kejadian plasenta akreta spektrum di Amerika yaitu sebanyak 1 dari 272 kasus.¹ Sebuah penelitian kohort di Italia, kasus plasenta akreta spektrum yang didiagnosis pada saat persalinan selama lebih dari 4 dekade meningkat dari 0.12 % pada tahun 1970 menjadi 0.31% pada tahun 2000. Penelitian terkini dari Hong Kong menemukan bahwa angka kejadian plasenta akreta spektrum meningkat dari 0.17 per 1000 kelahiran pada 1999-2003 menjadi 0.79 per 1000 kelahiran pada 2009-2013.²

Meningkatnya kasus plasenta akreta spektrum sebanding dengan meningkatnya angka seksio sesarea. Selama lebih dari 40 tahun terakhir, angka kejadian seksio sesarea diseluruh dunia telah meningkat dari kurang dari 10% menjadi lebih dari 30% dan secara simultan meningkatkan kejadian plasenta akreta spektrum menjadi 10 kali lipat di negara dengan pendapatan tinggi dan menengah.³

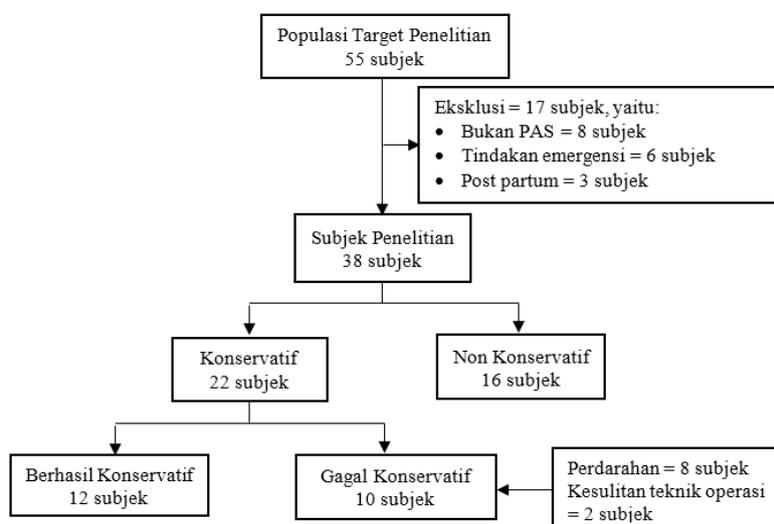
Risiko utama yang berhubungan dengan plasenta akreta spektrum adalah perdarahan masif yang dapat menyebabkan komplikasi sekunder termasuk koagulopati, kegagalan multi sistem organ dan kematian. Rata-rata kehilangan darah pada pasien dengan plasenta akreta spektrum adalah 2-3 liter, dengan rata-rata pemberian transfusi PRC 3.5-5.4 liter. Risiko terjadinya cedera

buli adalah sebesar 7-48%. Sebesar 15-66% pasien memerlukan perawatan di ICU dan angka kematian maternal pada pasien dengan plasenta akreta spektrum adalah sebesar 1-7%.⁴

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif di RSUP Dr. Sardjito. Data penelitian diambil dari rekam medis pasien plasenta akreta spektrum yang melahirkan di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2018-2020. Kriteria inklusi penelitian ini adalah pasien plasenta akreta spektrum dengan usia kehamilan \geq 28 minggu pada saat dilakukan. Kriteria eksklusi adalah pasien plasenta akreta spektrum yang dilakukan tindakan emergensi dan pasien plasenta akreta spektrum yang didiagnosis post seksio saesarea atau post partum.

Subjek terbagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok yang dilakukan manajemen konservatif dan manajemen non konservatif. Manajemen konservatif adalah seluruh tindakan untuk menghindari dilakukannya histerektomi peripartum sedangkan manajemen non konservatif adalah seluruh tindakan histerektomi baik total maupun subtotal. Dari masing-masing kelompok tersebut kemudian dilihat luaran maternalnya yaitu jumlah perdarahan, jumlah transfusi, lama rawat post operasi, cedera buli dan kematian. Penelitian ini telah mendapatkan ijin dari komisi etik FK-KMK UGM dan Direktur RSUP Dr. Sardjito.



Gambar 1. Alur pemilihan subjek penelitian

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Subjek Penelitian

Jumlah subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi adalah 38 subjek, dimana 22 subjek direncanakan untuk dilakukan manajemen konservatif dan 16 subjek direncanakan untuk dilakukan manajemen non konservatif. Dari

22 subjek yang direncanakan untuk dilakukan manajemen konservatif, 12 subjek berhasil dilakukan manajemen konservatif dan 10 subjek gagal dilakukan manajemen konservatif sehingga dilakukan manajemen non konservatif. Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan karakteristik berupa paritas, usia kehamilan saat terminasi, jumlah riwayat SC dan derajat plasenta akreta spektrum.

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	Manajemen				Total	
	Konservatif	%	Non Konservatif	%		
Usia	< 35 tahun	10	83,33	14	53,85	24
	≥ 35 tahun	2	16,67	12	46,15	14
IMT	< 30 kg/m ²	10	83,33	23	88,46	33
	≥ 30 kg/m ²	2	16,67	3	11,54	5
Paritas	1	9	75,00	9	34,62	18
	≥ 2	3	25,00	17	65,38	20
Hb pra operasi	< 11 g/dl	6	50,00	17	65,38	23
	≥ 11 g/dl	6	50,00	9	34,62	15
Usia Kehamilan	< 37 minggu	3	25,00	14	53,85	17
	≥37 minggu	9	75,00	12	46,15	21
Riwayat SC	1 kali	11	91,67	11	42,31	22
	≥ 2 kali	1	8,33	15	57,69	16
Riwayat Kuretase	Ya	3	25,00	10	38,46	13
	Tidak	9	75,00	16	61,54	25
Riwayat PAP	Ya	4	33,33	11	42,31	15
	Tidak	8	66,67	15	57,69	23
Riwayat Hematuria	Ya	1	8,33	1	3,85	2
	Tidak	11	91,67	25	96,15	36
Letak Plasenta	Anterior	11	91,67	24	92,31	35
	Non anterior	1	8,33	2	7,69	3
Derajat PAS	Akreta	6	85,71	6	25,00	12
	Inkreta	1	14,29	15	62,50	16
	Perkreta	0	0	3	12,50	3

B. Analisis Penyebab Gagal Konservatif

Terdapat 10 subjek gagal dilakukan konservatif dan pada akhirnya dilakukan manajemen non konservatif. Setelah dilakukan analisis terhadap 10 subjek yang gagal dilakukan manajemen konservatif, terdapat 2 faktor penyebab kegagalan tersebut yaitu diagnosis yang tidak adekuat dan prosedur tindakan terhadap miometrium dan plasenta.

Seperti yang telah diketahui, diagnosis plasenta akreta spektrum saat pemeriksaan antenatal dapat mengoptimalkan luaran, dimana pasien dapat melakukan persalinan di fasilitas kesehatan yang memadai dengan tim multidisiplin. Modalitas utama diagnosis saat antenatal adalah dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi. Pada sebuah *systematic review* yang melibatkan 23 penelitian dan 3.707 subjek penelitian, didapatkan bahwa rata-rata sensitivitas pemeriksaan ultrasonografi adalah sebesar 90,72% (95% CI 87,2-93,6) dan spesifisitas sebesar 96,94% (95% CI 96,3-97,5).⁵ Selain pemeriksaan ultrasonografi, penilaian adanya faktor risiko seperti riwayat SC dan plasenta previa juga penting untuk menunjang diagnosis plasenta akreta spektrum.

Pada penelitian ini, hampir semua subjek yang gagal dilakukan manajemen konservatif tidak didapatkan adanya keterangan seperti kedalaman invasi, topografi dan mayoritas keterlibatan vaskular pada pemeriksaan ultrasonografi. Kedalaman invasi merupakan salah satu faktor penentu utama dalam memprediksi luaran pasien dengan plasenta akreta spektrum. Kedalaman invasi merupakan derajat infiltrasi jaringan trofoblas ke miometrium dan serosa uterus, dan diklasifikasikan sebagai plasenta akreta, inkreta atau perkreta.

Hanya ada 1 subjek yang didapatkan keterangan mengenai mayoritas keterlibatan vaskularnya yaitu di segmen 2, dimana segmen 2 ini meliputi segmen bawah uterus, serviks, vagina bagian superior dan parametrium. Hasil pemeriksaan ultrasonografi ini sesuai dengan temuan klinis saat dilakukan operasi yaitu plasenta melakukan invasi hingga ke daerah serviks. Jika dari hasil pemeriksaan ultrasonografi plasenta areta bersifat difus dan penjalaran plasenta sampai ke segmen S2 maka kemungkinan dilakukan konservasi uterus menjadi minimal. Berbeda halnya jika hasil ultrasonografi plasenta akreta bersifat fokal dan berada di segmen S1 maka kemungkinan konservasi uterus dapat dilakukan.^{6,7}

Apabila dilihat dari prosedur tindakan terhadap miometrium dan plasenta, dari 10 subjek yang gagal dilakukan manajemen konservatif terdapat 8 subjek yang mengalami perdarahan baik oleh karena perdarahan pada *placental bed* maupun terjadi atonia. Dari 8 subjek tersebut 4 subjek dilakukan manual plasenta sebelum terjadinya perdarahan. Berdasarkan FIGO *guideline* tindakan manual plasenta disebut juga teknik ekstirpasi yaitu suatu tindakan yang bertujuan untuk mencegah adanya retensi jaringan plasenta di kavum uteri. Pada pasien dengan plasenta akreta spektrum, prosedur ini sering menyebabkan terjadinya perdarahan banyak. Sebaliknya apabila tidak dilakukan tindakan tersebut dapat mengurangi risiko perdarahan dan kebutuhan transfusi lebih dari 50%.⁸

C. Luaran Pasien Plasenta Akreta Spektrum yang Dilakukan Manajemen Konservatif dan Manajemen Non Konservatif

Tabel 2. Luaran Jumlah Perdarahan, Jumlah Transfusi dan Lama Rawat Post Operasi

Luaran	Manajemen	n	Mean ± SD
Jumlah Perdarahan (ml)	Konservatif	12	2.179 ± 399,69
	Non Konservatif	26	5.173,07 ± 594,29
Jumlah Transfusi PRC (ml)	Konservatif	12	1.062,50 ± 187,50
	Non Konservatif	26	2.048,07 ± 198,07
Jumlah Transfusi FFP (ml)	Konservatif	12	512,50 ± 100,21
	Non Konservatif	26	1.117,30 ± 100,11
Jumlah Transfusi TC (ml)	Konservatif	12	120,83 ± 29,80
	Non Konservatif	26	375 ± 36,92

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa jumlah perdarahan dan jumlah transfusi baik PRC, FFP maupun TC lebih sedikit pada kelompok manajemen konservatif daripada kelompok manajemen non konservatif. Penelitian yang dilakukan oleh Amsalem *et al* menunjukkan hasil yang serupa dimana jumlah perdarahan subjek yang dilakukan histerektomi dan manajemen konservatif memiliki nilai mean \pm SD 3.625 ± 2.154 ml dan 900 ± 754 ml, $p = < 0,05$. Penelitian lain yang dilakukan oleh Sentilhes *et al* juga didapatkan hasil yang sama. Pada penelitian mereka membagi jumlah perdarahan > 1.500 ml dan > 3.000 ml selama 24 jam dan didapatkan hasil jumlah perdarahan lebih sedikit pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif dibandingkan manajemen non konservatif, baik pada kelompok jumlah perdarahan > 1.500 ml dan > 3.000 ml ($p < 0,0001$, RR 0,19, CI 95% 0,11-0,35 dan $p < 0,0001$, RR 0,15, CI 95% 0,07-0,35).¹⁰

Pada kedua penelitian diatas, manajemen konservatif adalah dengan meninggalkan plasenta *in situ*. Sedangkan pada penelitian ini manajemen konservatif tidak hanya dengan meninggalkan plasenta *in situ* tetapi juga dengan *one step conservative surgery*. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Lubis *et al* juga didapatkan hasil yang serupa dimana jumlah perdarahan pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif lebih sedikit daripada yang dilakukan manajemen non konservatif (nilai *mean* 910 ml dan 1657 ml, $p = 0,096$).¹¹ Manajemen konservatif pada penelitian tersebut adalah dengan *one step conservative surgery*.

Apabila dibandingkan dengan penelitian-penelitian lain, jumlah perdarahan pasien plasenta akreta spektrum di RSUP Dr. Sardjito relatif lebih banyak. Berdasarkan penelitian sebelumnya terdapat beberapa metode untuk mengurangi risiko perdarahan seperti kateter balon oklusi dan ligasi arteri iliaka interna pada tindakan histerektomi atau

penggunaan tourniket serviks atau bagian bawah uterus pada operasi konservatif. Pada penelitian ini, upaya untuk mengurangi risiko perdarahan juga telah dilakukan seperti menggunakan tourniket dengan foley kateter pada daerah uterus bagian bawah, ligasi arteri iliaka bilateral dan juga embolisasi arteri uterina. Berdasarkan data yang didapatkan tidak semua subjek dilakukan upaya tersebut, sebanyak 23,68% subjek dilakukan pemasangan tourniket dan 21,05% dilakukan ligasi arteri iliaka interna bilateral.

Luaran berikutnya adalah jumlah transfusi. Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa rata-rata jumlah transfusi baik PRC, FFP dan TC pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif lebih sedikit daripada manajemen non konservatif. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sentilhes *et al* didapatkan hasil bahwa pada kelompok yang dilakukan manajemen non konservatif (histerektomi) mendapatkan jumlah transfusi PRC dan FFP yang lebih banyak dibandingkan kelompok yang dilakukan manajemen konservatif ($p < 0,0001$ dan $p = 0,05$).¹⁰ Sedangkan transfusi TC justru lebih banyak pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif dibandingkan kelompok yang dilakukan manajemen non konservatif ($p = 0,08$).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Amsalem *et al* didapatkan bahwa rata-rata jumlah transfusi PRC dan FFP lebih banyak pada kelompok yang dilakukan manajemen non konservatif daripada manajemen konservatif meskipun secara statistik tidak signifikan ($p = 0,86$ dan $p = 0,62$).⁹ Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Kutuk *et al* yang membagi menjadi 3 kelompok didapatkan bahwa jumlah transfusi paling banyak pada kelompok histerektomi tanpa pelepasan plasenta diikuti oleh kelompok operasi konservatif dengan melepas plasenta dan paling sedikit pada kelompok dengan meninggalkan plasenta *in situ* baik pada transfusi PRC maupun FFP ($p < 0,001$ dan $p = 0,001$).⁹

Tabel 3. Luaran kematian

	Kematian				Total
	Ya	%	Tidak	%	
Manajemen					
Konservatif	2	16,67	10	83,33	12
Non Konservatif	1	3,85	25	91,15	26

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa angka kematian lebih tinggi pada kelompok yang dilakukan manajemen konservatif. Manajemen konservatif yang dilakukan adalah dengan meninggalkan plasenta *in situ* dan *one step conservative surgery* dengan penyebab kematian adalah sepsis dan perdarahan. Meninggalkan plasenta *in situ* memang memiliki beberapa risiko seperti infeksi intrauterin, abses plasenta, sepsis dan bahkan perdarahan yang tidak dapat diprediksi. Hal tersebut mengakibatkan perlunya monitoring jangka panjang sampai plasenta mengalami resorpsi secara sempurna.⁸ Pada subjek yang dilakukan manajemen non konservatif dengan histerektomi subtotal dan meninggal oleh karena *acute limb injury*.

Kematian maternal pada pasien dengan plasenta akreta spektrum pada umumnya terjadi karena adanya perdarahan masif, koagulopati dan kegagalan multi organ. Angka kematian maternal pada plasenta akreta spektrum dilaporkan sebanyak 7% dan dapat mencapai 30% pada kasus yang tidak dicurigai plasenta akreta spektrum sebelumnya.¹²

KESIMPULAN DAN SARAN

Jumlah perdarahan dan jumlah transfusi baik PRC, FFP maupun TC lebih sedikit pada kelompok manajemen konservatif. Angka kematian lebih besar pada kelompok manajemen konservatif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(8), pp. 1348–1355. doi: 10.1111/1471-0528.13547.
2. Jauniaux, E., Chantraine, Frederic, et al. (2018) 'FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), pp. 265–273. doi: 10.1002/ijgo.12407.
3. Jauniaux, E., Ayres-de-Campos, D., et al. (2018) 'FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), pp. 261–264. doi: 10.1002/ijgo.12406.
4. Allen, L. et al. (2018) 'FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), pp. 281–290. doi: 10.1002/ijgo.12409.
5. Jauniaux, E., Bhide, A., et al. (2018) 'FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), pp. 274–280. doi: 10.1002/ijgo.12408.
6. Burke, W.M., Delboy, A.P., Wright, J.D. (2017) 'Surgical Management of Placenta Accreta' dalam Silver, R.M (Ed) 'Placenta Accreta Syndrome'. London: CRC Press.
7. Sulistyono A. et al. (2019)'Buku Pegangan Pelatihan Kelainan Spektrum Plasenta Akreta: Waktu Pengakhiran dan Kontroversi Penanganan Kelainan Spektrum Plasenta Akreta'. Jakarta: HKFM, pp: 72-73.
8. Sentilhes, L. et al. (2018) 'FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 140(3), pp. 291–298. doi: 10.1002/ijgo.12410.
9. Amsalem, H. et al. (2011) 'Planned Caesarean Hysterectomy Versus "Conserving" Caesarean Section in Patients With Placenta Accreta', *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Elsevier Masson SAS, 33(10), pp. 1005–1010. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35049-6.
10. Sentilhes, L. et al. (2020) 'Conservative Management versus Cesarean Hysterectomy for Placenta Accreta Spectrum; The PACCRETA Prospective Population-Based Study', *American Journal of Obstetric and Gynecology*.
11. Lubis, M. et al. (2020) 'Maternal outcomes of hysterectomy and conservative surgery in placenta accreta', *Current women's Health Review*, Vol.16, No. 0. doi: 10.2174/1573404816666200303123850.
12. Fonseca, A., Campos, D. A. (2020) 'Maternal morbidity and mortality due to placenta accreta disorders', *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier.