
ANALISIS KEJADIAN PLASENTA AKRETA DI RSUP H.ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2016-2019

Savira Dwi Putri, Iman Helmi Effendi, Hemma Yulfi, Edy Ardiansyah

Medical Education, Universitas Sumatera Utara

Email: Iman.obgyn@gmail.com

Abstrak

Plasenta akreta dianggap sebagai kondisi yang mengancam jiwa dan merupakan penyebab kematian ibu. Plasenta akreta menyebabkan 7%-10% dari kasus kematian ibu di dunia. Sectio cesarea sebelumnya dan operasi rahim merupakan faktor risiko yang paling umum untuk plasenta akreta. Plasenta akreta terjadi ketika vili plasenta menginvasi langsung ke miometrium. Kejadian plasenta akreta meningkat seiring meningkatnya kejadian sectio cesarea. Deskriptif dengan pendekatan retrospektif. Tahun 2016-Juli 2019 dijumpai 59 kasus plasenta akreta dengan peningkatan jumlah kasus setiap tahunnya. Faktor risiko riwayat sectio cesarea (94,8%). Jenis tindakan sectio cesarea+histerektomi (59,3%). Tidak dijumpai kematian maternal dari tahun 2016 - 2019 Juli. Angka kejadian plasenta akreta meningkat setiap tahunnya dengan faktor risiko dominan plasenta akreta riwayat sectio cesarea

Kata Kunci: Plasenta Akreta, Sectio Cesarea

Abstract

Placenta accreta is considered a life-threatening condition and is a cause of maternal death. Placenta accreta causes 7% -10% of cases of maternal mortality worldwide. Previous Sectio Cesarea (SC) and uterine surgery are the most common risk factors for placenta accreta. Placenta accreta occurs when villous placenta invades directly into the myometrium. The incidence of placenta accreta increases with increasing incidence of SC. this wa is descriptive with a retrospective study. From 2016 – July 2019 there were 59 cases of placenta accrete with an increase in the number each year. Risk factor for the history of sectio cesarea (94,8%). Sectio cesarea + hysterectomy is a procedure of placenta accreta. There were no maternal mortality from 2016 – 2019 up to July. The annual incidence of placenta accreta increases each years mean risk factors dominant placenta accreta is historysectio cesarea

Keyword: Placcenta Accreta, Sectio Cesarea

Diserahkan: 20-09-2022

Diterima: 05-10-2022

Diterbitkan: 25-10-2022

Pendahuluan

Plasenta akreta merupakan implantasi abnormal plasenta pada dinding uterus atau yang sering disebut dengan istilah plasenta *adherent* (Fitri & Mutiara, 2017). Dibagi menjadi tiga berdasarkan histopatologi: plasenta akreta terjadi ketika vili plasenta menginvasi langsung ke myometrium, Plasenta inkreta ketika vili plasenta yang menginvasi ke dalam miometrium, plasenta perkreta ketika plasenta menginvasi lebih dalam dari miometrium hingga ke serosa uterus (Sentilhes et al., 2013).

Plasenta akreta menyebabkan 7%-10% dari kasus kematian ibu didunia. *Section caesarea* (SC) sebelumnya dan operasi rahim merupakan faktor risiko yang paling umum untuk plasenta akreta maupun perkreta (Sivasankar, 2012). Plasenta akreta dianggap sebagai komplikasi kehamilan yang terkait dengan intrapartum dan berpotensi mengancam jiwa dan perdarahan postpartum (Garmi & Salim, 2012).

Kejadian plasenta akreta meningkat seiring meningkatnya kejadian SC. Terdapat beberapa faktor risiko plasenta akreta, seperti riwayat *sectio caesarea* (SC), plasenta previa, *in vitro fertilization* (IVF), usia ibu > 35 tahun, riwayat kuretase, riwayat miomektomi atau riwayat operasi uterus lainnya selain SC, dan merokok merupakan faktor risiko plasenta akreta (Qatrunnada et al., 2018). Namun faktor risiko yang paling penting untuk terjadinya plasenta akreta adalah riwayat SC sebelumnya (Goh & Zalud, 2016).

Patogenesis plasenta akreta belum jelas, namun ada beberapa teori yang mengatakan vaskularisasi abnormal akibat proses jaringan parut setelah operasi dengan hipoksia lokal sekunder yang mengarah pada rusaknya desidualisasi dan dapat menyebabkan invasi trofoblas berlebihan ke myometrium ini merupakan teori patogenesis yang paling didukung sampai saat ini (Nunes et al., 2014).

Kebanyakan pasien dengan plasenta akreta tidak menunjukkan gejala. Gejala yang berhubungan dengan plasenta akreta adalah termasuk perdarahan pervaginal (Berkley & Abuhamad, 2013).

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan retrospektif (Sugiyono, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kasus plasenta akreta yang tercatat dalam rekam medik dari Januari 2016–Juli 2019 di RSUP H. Adam Malik Medan. Data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan bantuan aplikasi SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Hasil Penelitian

Jumlah plasenta akreta dari tahun 2016 – Juli 2019 sebanyak 59 kasus, setiap tahunnya terjadipeningkatan kasus plasenta akreta di RSUP H. Adam Malik Medan.

Tabel 3.1 Kasus plasenta akreta
pertahun

Tahun	Frekuensi (n)	Persentase (%)
2016	1	1,7
2017	9	15,3
2018	26	44,1
2019 Juli	23	39,0
Total	59	100.0

Tabel 3.2 Karakteristik demografi
plasenta akreta

Karakteristik Demografi	Frekuensi(n)	Persentase (%)
Usia (Tahun)		
< 20	0	0
20 – 34	40	67,8
35	19	32,2
Gravida		
1-2	13	22,0
3-5	46	78,0
>5	0	0
Pendidikan		
Dasar	8	13,6
Menengah	37	62,7
Tinggi	14	23,7
Pekerjaan		
IRT	34	57,6
PNS	10	16,9
Swasta	3	5,1
Wiraswasta	12	20,3
Total (N)	59	100,0

Tabel 3.3 Karakteristik klinis plasenta akreta

Karakteristik Klinis	Frekuensi(n)	Persentase (%)
Hb (gr/dl)		
< 8	8	13,6
8-11	35	59,3
>11	16	27,1
Lama rawat		
< 5	33	55,9
>5	26	44,1
Tipe operasi		
Elektif	32	57,2
Emergens	27	45,8
Total (N)	59	100,0

Tabel 3.4 Faktor risiko plasenta akreta

Faktor risiko	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Riwayat Sectio Ceasarea		
0	3	5,1
1	19	32,2
≥2	37	62,7
Riwayat kuretase		
Ada	23	39,0
Tidak	36	61,0
Riwayat miomektomi	4	6,7
Ada	55	93,2
NA		
Total (N)	59	100,0

Tabel 3.5 Jenis tindakan plasenta akreta

Jenis tindakan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Sectio Ceasarea	24	40,7
Sectio Ceasarea + Histerektomi	35	59,3
Total (N)	59	100.0

Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan 59 kasus plassenta akreta dari Januari 2016 hingga 2019 Juli. Selama 4 tahun terjadi peningkatan setiap tahunnya yang dikarenakan adanya peningkatan kejadian sectio ceasarea setiap tahunnya, yang dimana salah satu faktor risiko dominan plasenta akreta adalah adanya riwayat sectio ceasarea.

Berdasarkan karakteristik demografi usia bahwa kelompok usia yang terbanyak berisiko mengalami plasenta akreta yaitu usia 20-34 tahun sebanyak 40 kasus (67,8%). Usia merupakan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kondisi uterus ibu. Pada usia <20 tahun mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami plasenta aketa dikarenakan endometrium yang belum matang dan pada usia >35 tahun, juga berisiko mengalami plasenta akreta dikarenakan kondisi endometrium sudah mulai mengalami perubahan seperti skerosis pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan penurunan vaskularisasi dan mengakibatkan hipoksia jaringan (Qatrunnada et al., 2018).

Berdasarkan gravida, gravida yang lebih tinggi berisiko terjadinya plasenta akreta. Jumlah gravida yang tinggi berisiko terjadinya plasenta akreta dikarenakan vaskularisasi desidua yang jelek akibat persalinan yang berulang-ulang sehingga menyebabkan endometrium rusak dan aliran darah ke plasenta tidak cukup sehingga vili korialis akan berimplantasi langsung pada miometrium untuk mencari suplai pembuluh darah yang memadai sehingga jumlah gravida yang tinggi dapat menyebabkan plasenta akreta (Sulyastini & Armini, 2020).

Berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Demikian pula semakin tinggi pendidikan akan merangsang seseorang untuk selalu mempelajari hal-hal baru termasuk juga hal-hal yang menyangkut kesehatan dirinya (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan kemampuan ibu dalam mengatur jarak kehamilan, jumlah anak, dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dalam pemeriksaan kehamilan (*antenatal care*) dan proses persalinan (Ima Rahmawati & Supanji Raharja, 2018).

Anemia pada ibu hamil akan mengakibatkan pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur, terjadinya gawat janin dan berat badan bayi yang rendah (BBLR). Perdarahan antepartum disebabkan oleh kelainan plasenta, termasuk didalamnya plasenta previa, solusio plasenta dan vasa previa. Kekurangan Hb dalam darah mengakibatkan kurangnya oksigen yang

dibawa atau ditransfer ke sel tubuh maupun organ yang vital termasuk uterus. Perdarahan antepartum meningkat kejadiannya pada keadaan yang endometriumpunya kurang baik, misalnya pada atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua. Perdarahan postpartum bisa disebabkan karena plasenta belum lahir hingga atau melebihi 30 menit setelah bayi lahir. Hal itu disebabkan plasenta belum lepas dari dinding uterus atau plasenta sudah lepas tetapi belum dilahirkan (Astuti & Ertiana, 2018).

Luka pada SC terjadi pada dinding abdomen (kulit atau otot perut) dan dinding uterus. Adanya luka post SC merupakan salah satu faktor yang memperpanjang penyembuhan dari luka post SC antara lain adalah suplai darah, infeksi dan iritasi. Dengan adanya mobilisasi dini diharapkan akan menyebabkan perbaikan suplai darah sehingga berpengaruh terhadap kecepatan proses penyembuhan luka post SC. Penyembuhan luka secara normal memerlukan nutrisi yang tepat, ibu post SC harus lebih banyak mengkonsumsi makanan kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin A dan C serta mineral yang sangat berperan dalam pembentukan jaringan baru pada proses penyembuhan luka (Yadianto, 2013).

Wanita dengan plasenta akreta lebih baik melakukan operasi dalam kondisi elektif dan terkontrol dari pada keadaan darurat tanpa persiapan. Untuk meminimalisasi terjadinya komplikasi perdarahan maka dilakukan dengan kondisi elektif dan biasanya dijadwalkan SC pada 37 atau 38 minggu kehamilan.

Melahirkan dengan SC adalah melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus, sayatan inilah yang dapat mengakibatkan jaringan parut akan terbentuk, SC yang berulang memungkinkan terjadinya komplikasi, salah satu komplikasi yang potensial adalah plasenta abnormal. Riwayat SC ≥ 2 kali berisiko lebih besar terkena plasenta akreta yang diakibatkan jaringan parut akan terbentuk pada bekas SC dan akan mengakibatkan hipoksia jaringan, sehingga trofoblas akan menginvasi lebih dalam untuk mendapatkan suplai pembuluh darah yang memadai. Faktor kuatnya perlekatan plasenta disebabkan oleh adanya luka parut akibat persalinan yang berulang-ulang (Dewi et al., n.d.). Riwayat SC juga berperan menaikkan tiga kali risiko plasenta akreta yang menyebabkan perdarahan pasca melahirkan, koagulopati konsumtif dan menyebabkan kematian ibu.

Jenis tindakan pada plasenta akreta yaitu dilakukan dengan cesarea dan jika terjadi perdarahan yang pasif pervagina maka akan dilakukan tindakan histerektomi untuk pengangkatan rahim yang merupakan salah satu tindakan penganggulan plasenta akreta.

Kesimpulan

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa meningkatnya kasus plasenta akreta setiap tahunnya di RSUP H. Adam Malik Medan periode Januari 2016 – 2019 Juli sebanyak 59 kasus. Riwayat sectio cesarea merupakan faktor risiko yang dominan mempengaruhi plasenta akreta

BIBLIOGRAFI

- Astuti, R. Y., & Ertiana, D. (2018). *Anemia dalam Kehamilan*. Pustaka Abadi. [Google Scholar](#)
- Berkley, E. M., & Abuhamad, A. Z. (2013). Prenatal diagnosis of placenta accreta: is sonography all we need? *Journal of Ultrasound in Medicine*, 32(8), 1345–1350. [Google Scholar](#)
- Dewi, N. K. D. C., Surya, I. G. N. H. W., & Mahendra, I. N. B. (n.d.). *Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Plasenta Previa Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Tahun 2018-2019*. [Google Scholar](#)
- Fitri, D. R., & Mutiara, H. (2017). G2P1A0 Berusia 41 Tahun dengan Plasenta Akreta. *Medical Journal of Lampung University*, 7(2), 37–41. [Google Scholar](#)
- Garmi, G., & Salim, R. (2012). Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology International*, 2012. [Google Scholar](#)
- Goh, W. A., & Zalud, I. (2016). Placenta accreta: diagnosis, management and the molecular biology of the morbidly adherent placenta. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(11), 1795–1800. [Google Scholar](#)
- Ima Rahmawati, R., & Supanji Raharja, S. O. G. (2018). *Hubungan Tingkat Pendidikan dan Riwayat Antenatal Care (ANC) dengan Tindakan Sectio Caesarea*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. [Google Scholar](#)
- Notoatmodjo, S. (2003). Pendidikan dan Perilaku Kesehatan, Rineka Cipta. Jakarta, Halaman, 114–131. [Google Scholar](#)
- Nunes, C., Carvalho, R. M., Araújo, C., Santo, S., Melo, A., & Graça, L. M. (2014). Diagnosis of placenta accreta by ultrasonography: a “gold standard”? Diagnóstico de placenta accreta por ecografia: “gold standard”? *Acta Obstet Ginecol Port*, 8(2), 136–140. [Google Scholar](#)
- Qatrunnada, A., Antonius, P. A., & Yusrawati, Y. (2018). Faktor Risiko dan Luaran Maternal Plasenta Akreta di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 1(2), 97–102. [Google Scholar](#)
- Sentilhes, L., Goffinet, F., & Kayem, G. (2013). Management of placenta accreta. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1125–1134. [Google Scholar](#)
- Sivasankar, C. (2012). Perioperative management of undiagnosed placenta percreta: case report and management strategies. *International Journal of Women's Health*, 4, 451. [Google Scholar](#)
- Sugiyono, S. (2015). Metode penelitian kombinasi. Bandung: Alfabeta. [Google Scholar](#)
- Sulyastini, N. K., & Armini, L. N. (2020). Bahasa Indonesia Implementasi Kehamilan Beresiko di Desa Patas: implementasi kehamilan beresiko di Desa Patas. *MIDWINERSLION: Jurnal Kesehatan STIKes Buleleng*, 5(2), 390–395. [Google Scholar](#)
- Yadiano, A. (2013). *Hubungan Pengetahuan Gizi Dan Mobilisasi Dini Dengan Penyembuhan Luka Operasi Pada Ibu Post Sectio Caesar Di Rsud Dr. Goeteng Taroenadibrata Purbalinga*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto. [Google](#)

Scholar

First publication right:

[Jurnal Syntax Fusion: Jurnal Nasional Indonesia](#)

This article is licensed under:

