

Kesenjangan Manajemen Anestesi pada Seksio Sesarea dengan Placenta Akreta di RS Dr. Saiful Anwar Malang: Sebuah Pembelajaran

Dian Prima, Isngadi

Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya–RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Abstrak

Plasenta akreta (plasenta yang melekat secara abnormal) adalah salah satu dari dua penyebab perdarahan peripartum yang paling umum dengan jumlah perdarahan yang banyak, sehingga menjadi penyebab untuk dilakukan histerektomi peripartum. Perdarahan saat persalinan dengan seksio sesarea pada maternal dengan plasenta akreta di RS Dr Saiful Anwar Malang rata-rata adalah: 3000–4000cc lebih banyak daripada maternal bukan plasenta akreta. Keadaan tersebut sering menjadi penyebab perubahan manajemen anestesi; yang semula direncanakan dengan regional anestesi harus dikonversi ke anestesi umum, begitu juga tatalaksana pembedahannya sering mengalami perubahan dan harus konsul disiplin ilmu lain durante operasi. Oleh karena itu, maternal dengan plasenta akreta yang telah terdiagnosis perlu pendekatan multidisiplin agar luaran pasca persalinan menjadi lebih baik. Akan tetapi sering terjadi kesenjangan manajemen anestesi pada pasien plasenta akreta yang dilakukan seksio sesarea. Kasus: wanita berusia 35 tahun dengan plasenta akreta, berat badan 73 kg, G3P2A0, menjalani seksio sesarea elektif. Anestesi *Combined Spinal Epidural* (CSE) dilakukan dan setelah bayi lahir, pasien mengalami perdarahan aktif 5000–15.000cc dalam waktu 30 menit pertama. Manejemen anestesi dirubah ke anestesi umum dan histerektomi dilakukan. Selama operasi, ditemukan plasenta yang mengalami infiltrasi hingga vena iliaka. Pasien akhirnya dinyatakan meninggal dunia akibat perdarahan masif selama operasi. Mayoritas pasien dengan plasenta akreta dilakukan histerektomi. Karena USG tidak dapat menegakkan diagnosis secara pasti, diagnosis hanya dapat ditentukan selama pembedahan. Dalam kasus ini, sulitnya diagnosis dan adanya komplikasi anatomis membuat pembedahan menjadi sulit dan akhirnya menyebabkan kematian pada pasien.

Kata kunci: Manajemen anestesi, kesulitan diagnosis, plasenta akreta

Anaesthetic Management Gap of Cesarean Section with Accreta Placenta in Dr. Saiful Anwar Hospital Malang: A Lesson Learned

Abstract

Placenta accreta (abnormally adherent placenta) is one of the two most common causes of peripartum hemorrhage with significant blood loss, making it a reason for performing a peripartum hysterectomy. The average blood loss during cesarean delivery in mothers with placenta accreta at Dr. Saiful Anwar Hospital in Malang is 3000–4000cc more than in mothers without placenta accreta. This condition often necessitates changes in anesthetic management; what was initially planned as regional anesthesia must be converted to general anesthesia. Additionally, surgical management often changes, requiring consultation with other medical disciplines during the operation. Therefore, a multidisciplinary approach is needed for mothers diagnosed with placenta accreta to improve postpartum outcomes. However, there is often a gap in anesthetic management for placenta accreta patients undergoing cesarean sections. Case: A 35-year-old woman with placenta accreta, weighing 73 kg, G3P2A0, underwent an elective cesarean section. Combined Spinal Epidural (CSE) anesthesia was administered, and after the baby was born, the patient experienced active bleeding of 5000–15,000 cc within the first 30 minutes. Anesthetic management was changed to general anesthesia, and a hysterectomy was performed. During the operation, the placenta was found to have infiltrated into the iliac veins. The patient ultimately died due to massive hemorrhage during the surgery. The majority of patients with placenta accreta undergo a hysterectomy. Because ultrasound cannot definitively diagnose this condition, diagnosis can only be confirmed during surgery. In this case, the difficulty of diagnosis and anatomical complications made the surgery challenging, ultimately resulting in the patient's death.

Keywords: Anesthesia management, placenta accreta, diagnosis difficulty

1. Pendahuluan

Di Amerika Serikat perdarahan pada seksio sesarea merupakan salah satu penyebab kematian ibu yang dapat dicegah. Di Indonesia sejak tahun 2016 tercatat 2% ibu hamil dengan gangguan placenta mengalami *placenta accreta*, dan angka ini masih terus meningkat tiap tahunnya.¹ Dengan demikian, deteksi dini *placenta accreta* sangat penting. Cara yang dapat dilakukan adalah dengan penghitungan *Placenta Accreta Index (PAI) Score*/indeks placenta akreta (IPA) untuk menentukan nilai pada masing-masing parameter sonografi yang digunakan untuk menilai probabilitas sejauh mana plasenta menginvasi dinding rahim.² Setelah dilakukan pemeriksaan ini, *Placenta Accreta Spectrum (PAS)* dapat dibentuk yaitu dengan 3 tahapan: sebelum, saat dan setelah melahirkan.³ Plasenta akreta adalah salah satu dari dua penyebab utama perdarahan peripartum dan alasan paling umum untuk histerektomi peripartum. Plasenta akreta menjadi perhatian saat ini, karena merupakan penyakit uterus yang menonjol pada abad ke-21 dan terutama disebabkan oleh faktor iatrogenik yang diakibatkan oleh intervensi medis sebelumnya. Plasenta akreta adalah perlekatan plasenta yang menyimpang ke dinding rahim tanpa adanya lapisan desidua. Seiring dengan meningkatnya invasi plasenta, begitu pula risiko kematian ibu dan bayi.^{4,5}

Ultrasonografi (USG) dapat mendeteksi plasenta akreta sedini periode prenatal. Secara klinis, plasenta akreta menjadi masalah jika plasenta tidak sepenuhnya terlepas dari rahim selama persalinan. Kondisi ini dapat mengakibatkan komplikasi perdarahan yang signifikan, yang dapat menyebabkan *Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)*, histerektomi, dan kerusakan jaringan pada ureter, vesika urinaria, struktur neovaskular, usus, dan ginjal. Dua puluh persen kematian ibu disebabkan oleh plasenta akreta, sedangkan angka kematian perinatal rata-rata adalah 30%. Plasenta akreta bertanggung jawab atas 7–10% dari semua kematian ibu di seluruh dunia.⁶ Pendekatan multidisipliner diperlukan untuk menangani plasenta akreta, dimulai dengan perencanaan pembedahan dan antisipasi

potensi komplikasi. Penanganan bedah plasenta akreta terdiri dari manajemen konservatif dan histerektomi, berdasarkan kondisi klinis dan kedalaman invasi plasenta. Selain itu, pilihan manajemen anestesi didasarkan pada kondisi hemodinamik pasien dan kedalaman serta luasnya invasi plasenta. Kemungkinan memburuknya kondisi pasien dengan cepat selama dan setelah persalinan memerlukan komunikasi yang sangat baik dan berkesinambungan antara para profesional kesehatan dan persiapan yang menyeluruh untuk manajemen hemodinamik.⁶⁻⁸ Laporan kasus ini akan membahas manajemen anestesi pada pasien plasenta akreta yang mengalami kematian karena persiapan yang kurang sempurna.

II. Kasus

Riwayat Penyakit

Seorang wanita gravida aterm G3P2A0 dengan riwayat operasi seksio sesarea 2 kali, *body mass indexs* (BMI) 30,4 kg/m². Tidak ada riwayat konsumsi obat-obatan, asma dan penyakit jantung disangkal, akan menjalani operasi seksio sesarea dan histerektomi.

Pemeriksaan Fisik

Pasien sadar penuh dan terjadwal operasi elektif dengan tanda vital: tekanan darah 121/82mmHg, nadi 100x/m, reguler, kuat angkat, bunyi jantung I dan II tunggal, reguler, murmur (-), gallops (-). Berat badan 73kg, tinggi badan 155cm. *Airway paten*, napas spontan, buka mulut 3 jari, skor Mallampati 2, gigi palsu (-), jarak tyromental (TM) 6 cm, laju napas 16x/m, SpO₂ 96% udara kamar, suara paru vesiculer +/+, rhonki -/-, *wheezing* -/-, gerak leher flexi (+), ekstensi (+)..

Pengelolaan Anestesi

Pasien diberikan obat premedikasi ranitidine 50mg dan metoclopramid 10mg serta antibiotik profilaksis cefazoline 2gr intravena. Dilakukan pemasangan *arterial line* pada arteri radialis kanan, dilanjutkan manajemen anestesi *combined spinal epidural* dengan pemasangan kanul epidural insersi di L3-L4 ujung tip T9, dan *subarachnoid block* dengan spinocain no. 27 setinggi L4-L5 dengan regimen: *bupivacaine*

Tipe Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi Rutin			
Hb	10,5	10,8 – 14,00	g/dL
Eritrosit	3,51	4,11 – 5,55	10 ⁶ /uL
Hematocrit	31,5	34 – 45,10	%
MCV	89,7	71,8 – 92,00	fL
MCH	29,90	22,60 – 31,01	Pg/cell
MCHC	33,30	30,8 – 35,20	g/dL
RDW	17,90	11,30 – 14,60	%
Leukosit	9,530	4,790 – 11,340	/uL
Diff count			
Eosinofil	2,1	0 – 3	%
Basofil	0,20	0 – 2	%
Netrofil Batang	7,17	3 – 5	%
Netrofil Segmen	75,20	50 – 70	%
Limfosit	16,3	18 – 42	%
Monosit	6,2	2 – 11	%
Thrombosit	277.000	150.000 – 450.000	/uL
LED	22	0-25	mm/jam
Fungsi Hemostasis			
APTT			
Pasien	9,60	9,4 – 11,3	Detik
Kontrol	10,9		
Golongan Darah	A		
Golongan Darah Rhesus	Positif		
Swab PCR Covid-19	Negatif		

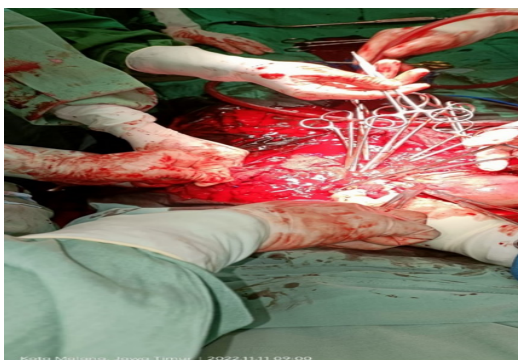
heavy 0,5% 20mg + morphine 0,15mg. *Induction-delivery* (ID) time 10 menit, *uterine incision delivery* (UD) time 1 menit, lahir bayi perempuan dengan BB 2200gr Apgar skor 1 menit 7, Apgar skor 5 menit 9. Setelah bayi lahir diberikan uterotonica oxytocin 2 ampul. Setelah bayi dilahirkan terjadi perdarahan kurang lebih 5000cc dalam waktu 10mnt, dan diputuskan untuk dilakukan general anestesi intubasi pada pasien dengan pemberian ketamin 70mg dan rocuronium 50mg intravena serta pemasangan *catheter vena central* di vena jugularis interna kanan. Ditemukan adanya perlekatan placenta pada adnexa sinistra, dilakukan ligasi arteri hypogastrica D/S. perdarahan tetap aktif hingga mencapai 15.000 liter pada 30mnt pertama operasi.



Gambar 1. Total Perdarahan pada Suction Bag durante Operasi

Tabel 2. Monitoring Intraoperative

Jam	TDS	TDD	MAP	Nadi	SpO ₂
Prainduk	128	97	107	100	98
5 menit setelah Subarachnoid block	110	55	73	90	98
10 menit	112	60	77	92	98
20 menit	149	80	103	113	98
35 menit (post intubasi)	100	55	70	92	100
60 menit	95	50	65	129	100
90 menit	90	60	70	101	100
100 menit RJP	--	--	--	24	--
110 menit ROSC	80	45	56	60	86
140 menit RJP	--	--	--	30	--
150 menit ROSC	70	40	50	54	72
170 menit RJP	--	--	--	32	--
190 menit pasien meninggal dunia	--	--	--	--	--

**Gambar 2. Total Cairan yg diberikan****Gambar 3. Tindakan Operatif untuk Histerektomi**

Setelah dilakukan kontrol perdarahan dengan *total abdominal hysterectomy* dan *salphingo oophorectomy* sinistra, perdarahan tetap mengalir, diputuskan untuk konsultasi durante operasi ke bagian Urologi dan Bedah Toraks Kardiovaskular karena ditemukannya infiltrasi placenta ke buli dan arteri iliaca. Perdarahan tetap tidak dapat

dihentikan, kondisi pasien terus menurun dan mengalami syok berkelanjutan sampai kondisi henti jantung pada menit ke 100. Total diberikan cairan koloid gelatin 5500cc, RL 3500cc, NaCl 0,9% 3000cc, dan produk darah berupa 2500cc *pack red cell* (PRC), 1400 *whole blood* (WB), 700cc *fresh frozen plasma* (FFP), 700cc *thrombosit concentrat* (TC). Pasien tidak dapat diselamatkan dengan total perdarahan durante operasi 24.000cc dan dinyatakan meninggal dunia pada menit ke 190 setelah terintubasi.

III. Pembahasan

Mayoritas pasien dengan plasenta akreta membutuhkan histerektomi. Hanya setelah pembedahan, diagnosis dapat ditentukan karena ultrasonografi tidak dapat memberikan jawaban yang pasti. Ketika plasenta akreta ditemukan sebelum persalinan, plasenta biasanya dipertahankan pada tempatnya sementara histerektomi dilakukan.⁹ Pada pasien ini, USG tidak cukup untuk menentukan lokasi infiltrasi placenta. Intubasi endotrakeal, ventilasi mekanik dan pemasangan kateter vena sentral harus segera dilakukan jika hemodinamik tidak stabil akibat perdarahan hebat durante operasi yang memerlukan resusitasi cairan secepatnya. Pada pasien ini saat mengalami perdarahan lebih dari 1x *estimated blood volume* dalam 1 jam, segera dilakukan intubasi dan pemasangan kateter vena

sentral. Jumlah darah yang hilang dari plasenta akreta umumnya antara 3.000cc hingga 5.000 cc, dan menurut penelitian tertentu, lebih dari 40% pasien kehilangan lebih dari 5.000cc. Pada pasien ini perdarahan yang terjadi akibat adanya perlengketan placenta pada vena iliaka terjadi perdarahan total 24.000cc.

Satu penelitian retrospektif baru-baru ini yang mengevaluasi kebutuhan transfusi pasien dengan plasenta akreta menemukan bahwa 95% pasien mendapatkan transfusi PRC dan lebih dari 1/3 nya membutuhkan lebih dari 10 unit PRC. Tinjauan retrospektif lainnya membandingkan jumlah darah yang ditransfusikan dan jenis dari plasenta akreta. Sebanyak 71% pasien (plasenta akreta), 82% pasien (plasenta inkreta), dan 82% pasien (plasenta percreta) menerima produk darah. Secara keseluruhan, rata-rata dibutuhkan 4 hingga 6 unit PRC untuk transfusi. Pada pasien ini total diberikan 6 unit PRC, 4 unit WB 1000cc TC dan 1000cc FFP. Klem pembuluh darah (arteri iliaka/arteri hypogastrica) telah terbukti memberikan hasil yg sangat baik untuk mengurangi kehilangan darah pada pasien dengan plasenta akreta dan inkreta saat persalinan. Selain itu, telah dibuktikan bahwa oklusi balon arteri intraoperatif (IABO) dapat secara aman dan efektif mengurangi perdarahan intraoperatif pada seksio sesarea pasien dengan plasenta previa dan / atau plasenta akreta.^{10,11} Pada pasien ini tidak dilakukan IABO, dan tidak dilakukan pemeriksaan MRI sebelumnya untuk mengetahui infiltrasi placenta. Pemeriksaan laboratorium sangat penting untuk penanganan perdarahan obstetri. Jumlah trombosit, waktu protrombin (PT), waktu tromboplastin parsial (PTT), dan kadar fibrinogen, yang sering tinggi pada wanita hamil, harus menjadi tes laboratorium pertama yang dilakukan ketika perdarahan pertama kali terjadi. Meskipun protokol transfusi masif yang sebenarnya tidak bergantung pada penelitian laboratorium, hasil yang cepat dan akurat dapat membantu manajemen *transfuse*. Pedoman penatalaksanaan untuk perdarahan yang tidak terkontrol adalah sama pada semua kasus: tangani kondisi gawat darurat pasien berdasarkan manifestasi klinis tanpa menunggu hasil laboratorium, jaga agar pasien tetap hangat,

lakukan transfusi dengan cepat, dan pastikan untuk mentransfusikan rasio pRBC, FFP, dan trombosit 1:1:1 pada perdarahan masif.^{12,13} Di RS Dr. Saiful Anwar Malang, kami sudah menerapkan PAI score untuk pasien dengan risiko mengalami placenta akreta, namun kami belum memiliki tim *Placenta Accreta Spectrum* (PAS). Tim ini terdiri dari dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi, Anestesi dan Terapi Intensif, Urologi, Bedah Torak dan Vaskular, Radiologi intervensi, serta Neonatologi. Pada kasus ini dengan plasenta akreta yang tidak dilakukan diagnostik menyeluruh sebelum dilakukan tindakan operasi, angka mortalitas menjadi lebih tinggi. Hal inilah yang menjadi salah satu bukti bahwasannya tim multidisiplin harus dibentuk dan melakukan persiapan sebaik mungkin sebelum tindakan operasi dilakukan.¹⁴

Tim PAS harus berkumpul secara berkala untuk mendiskusikan kasus-kasus seperti konferensi medis. Mirip dengan pertemuan dewan tumor multidisiplin dalam onkologi, di mana kasus-kasus yang akan datang direncanakan dan kasus-kasus sebelumnya diperiksa, konferensi ini dapat dibandingkan dengan konferensi onkologi. Konferensi ini mendorong pengembangan sistem dan kualitas yang berkelanjutan, yang meningkatkan perbaikan pada pelayanan. Setiap pasien menerima perawatan yang lebih baik karena kasusnya telah direncanakan, dipersiapkan, dan dijadwalkan dengan sempurna. Hal ini memungkinkan untuk membicarakan masalah medis yang tidak biasa, seperti penyakit komorbiditas atau riwayat operasi yang panjang sebelumnya. Selain itu, situasi sosial khusus (seperti jauh dari rumah sakit atau gangguan sosial) dapat ditangani. Di setiap pusat, kebijakan manajemen yang seragam untuk PAS harus diterapkan. Meskipun tidak ada cukup data berkualitas tinggi untuk mendukung satu standar perawatan berbasis bukti tunggal untuk PAS, pendekatan standar untuk diagnosis, perawatan prenatal, waktu persalinan, anestesi, kesiapan transfusi, dan perawatan bedah sangat penting untuk meminimalkan kesalahan dan mengurangi mortalitas.¹⁴⁻¹⁶ Transfusi darah dan pemberian cairan intravena dilakukan untuk mengatasi perdarahan selama operasi, dan monitoring

terhadap volume darah yang hilang, denyut jantung, produksi urin, dan tekanan darah sistemik harus dilakukan secara intensif.¹³

IV. Simpulan

Pasien gravida dengan plasenta akreta berisiko tinggi mengalami perdarahan masif sampai terjadi kematian selama persalinan. Pendekatan multidisiplin, komunikasi yang baik, dan persiapan awal yang baik menjadi kunci keberhasilan. PAS dan PAI sangat dibutuhkan demi hasil terbaik untuk keselamatan ibu dan janin.

Daftar Pustaka

1. Aryananda, Resurgence of placenta accreta in Indonesia. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Universitas Airlangga, Dr Soetomo Hospital, Surabaya, Indonesia, 2018
2. Lopez-Eraza LJ, Sánchez B, Blanco LF, Nieto-Calvache AJ. Placenta accreta spectrum anaesthetic management with neuraxial technique can be facilitated by multidisciplinary groups. *Indian J Anaesth.* 2021;65(2):153-56. doi: https://doi.org/10.4103/ija.IJA_1216_20
3. Einerson BD, Silver RM. Multidisciplinary teams in the management of placenta accreta spectrum disorders. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2019; 8: 80–85. <https://doi.org/10.1007/s13669-019-00264-x>
4. Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(3):274–81. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328345d8b7>
5. Khokhar RS, Baaj J, Khan MU, Dammas FA, Rashid N. Placenta accreta and anesthesia: A multidisciplinary approach. *Saudi J Anaesth.* 2016;10(3):332-34. doi: <https://doi.org/10.4103/1658-354X.174913>
6. Suprptomo RTH, Allan AH. Anesthesia management in patient with placenta percreta performed intra-aortic ballooning caesarean section. *Solo J Anesth Pain Crit Care.* 2021;1(1):16. DOI: <https://doi.org/10.20961/soja.v1i1.49481>
7. Jauniaux E, Hussein AM, Fox KA, Collins SL. New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accretaspectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet].* 2019;61:75–88. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.04.006>
8. Ihsaniar A, Anggoro P. Epidural anesthesia management in cesarean section with placenta accreta. *J Anaesth Pain.* 2022;3(3):57–60. Doi: <http://dx.doi.org/10.21776/ub.jap.2022.003.03.05>
9. Morlando M, Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: challenges, risks, and management strategies. *Int J Womens Health.* 2020;12:1033–45. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S224191>
10. Liu X, Wang Y, Wu Y, Zeng J, Yuan X, Tong C, et al. What we know about placenta accreta spectrum (PAS). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet].* 2021;259:81–9. Tersedia dari: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.02.001>
11. Binici O, Büyükfirat E. Anesthesia for cesarean section in parturients with abnormal placentation: A retrospective study. *Cureus.* 2019;11(6). Doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.5033>
12. Luo F, Xie L, Xie P, Liu S, Zhu Y. Intraoperative aortic balloon occlusion in patients with placenta previa and/or placenta accreta: a retrospective study. *Taiwan J Obstet Gynecol [Internet].* 2017;56(2):147–52. Tersedia dari: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2016.11.004>

13. Wright JD, Devine P, Shah M, Gaddipati S, Lewin SN, Simpson LL, et al. Morbidity and mortality of peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2010;115(6):1187–193. Doi: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181df94fb>
14. Lopez-Erazo LJ, Sánchez B, Blanco LF, Nieto-Calvache AJ. Placenta accreta spectrum anaesthetic management with neuraxial technique can be facilitated by multidisciplinary groups. *Indian J Anaesth.* 2021;65(2):153–56. Doi: https://doi.org/10.4103/ija.IJA_1216_20
15. Usta IM, Hobeika EM, Musa AAA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: Risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 pt 2):1045–9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.06.037>
16. Wijaya DW. Penggunaan skor indeks plasenta akreta (IPA) sebagai prediktor manajemen perioperatif seksio sesarea pasien dengan plasenta previa totalis suspek plasenta akreta. Departemen/SMF Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran USU-RSUP H. Adam Malik, Medan, Departemen Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat Keperawatan Universitas Gadjah Mada–RSUP Dr. Sardjito, Daerah Istimewa Yogyakarta, 2018.