

Kehamilan pada Skar Seksio Sesaria

by Abarham Martadiansyah

Submission date: 10-May-2023 03:10PM (UTC+0700)

Submission ID: 2089320219

File name: Kehamilan_pada_Skar_Seksio_Sesaria.pdf (668.5K)

Word count: 3385

Character count: 20838

Tinjauan Pustaka

Kehamilan pada Skar Seksio Sesaria

Nuswil Bernolian,¹ Wim T. Pangemanan,¹ A. Kurdi Syamsuri,¹ M. Hatta Ansyori,¹
Putri Mirani,¹ Peby Maulina Lestari,¹ Abarham Martadiansyah,¹ Cindy Kesty²

¹Divisi Kedokteran Fetomaternal Departemen Obstetri dan Ginekologi, RSUP
dr. Mohammad Hoesin, Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, Palembang, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya Departemen Obstetri dan Ginekologi
RSUP dr. Mohammad Hoesin

Korespondensi: Nuswil Bernolian, Email: nuswilbernoli@gmail.com

Abstrak

Tujuan: Memaparkan klasifikasi, faktor risiko, epidemiologi, cara diagnosis, tatalaksana, dan komplikasi kehamilan pada skar seksio sesarea

Metode: Tinjauan pustaka

Kesimpulan: Kehamilan pada skar SC merupakan kehamilan yang kantung kehamilannya terdapat pada miometrium yang tipis akibat SC sebelumnya. Secara umum, kehamilan pada skar *Caesarean Scar Pregnancy* (CSP) dapat dibedakan menjadi 2 tipe, yaitu tipe 1 (endogenik) dan tipe 2 (eksogenik). Kejadiannya berkisar antara 1 per 8.000 dan 1 per 2.500 SC dengan risiko rekurensi 3,2-5,0% pada wanita dengan riwayat SC 1 kali yang ditatalaksana dengan dilatasi dan kuretase dengan atau tanpa embolisasi arteri uterina. Adapun faktor risiko CSP adalah tebal Segmen Bawah Rahim (SBR) <5 mm, kantong kehamilan menonjol ke plika vesikouterina, SC di rumah sakit umum daerah, dan riwayat perdarahan melalui vagina ireguler dan nyeri abdomen selama CSP sebelumnya. Pengobatan CSP dapat secara konservatif dengan metotreksat (MTX) maupun operatif termasuk eksisi jaringan kehamilan dengan laparoskopi, histerotomi, atau histerektomi. Pilihan pengobatan lain termasuk dilatasi dan kuretase, reseksi transervikal (TCR) dengan histeroskopi, embolisasi arteri uterina (UEA), kemoembolisasi arteri uterina, atau penempatan kateter balon ganda.

Kata kunci: kehamilan pada skar seksio

Caesarean Scar Pregnancy

Abstract

Aim: To explain about classification, risk factors, epidemiology, diagnostic methods, management, and complications of *Caesarean Scar Pregnancy* (CSP).

Method: Literature review

Conclusion: CSP is a pregnancy where the gestational sac is found in the thin myometrium due to previous CS. In general, *Caesarean Scar Pregnancy* (CSP) can be divided into 2 types, namely type 1 (endogenic) and type 2 (exogenic). Its incidence ranges from 1 per 8,000 and 1 per 2,500 SC with a recurrence risk of 3.2-5.0% in women with a history of 1 time CS who are treated with dilatation and curettage with or without uterine artery embolization. The risk factors for CSP are lower uterine segment thickness <5 mm, gestational sac pouches protruding into the vesicouterine fold, CS in regional public hospitals, and a history of irregular vaginal bleeding and abdominal pain during previous CSP. *Caesarean scar pregnancy* treatment can be conservative with methotrexate (MTX) or operatively including excision of pregnancy tissue with laparoscopy, hysterotomy, or hysterectomy. Other treatment options include dilatation and curettage, transcervical resection (TCR) with hysteroscopy, uterine artery embolization (UAE), chemoembolization of the uterine arteries, or placement of a double-balloon catheter.

Key words: caesarean scar pregnancy

Pendahuluan

Kehamilan pada skar SC (*Caesarean Scar Pregnancy/CSP*) merupakan suatu bentuk kehamilan yang sangat langka dan situasi yang mengancam jiwa. Kondisi ini ditandai dengan kantong kehamilan yang terletak pada skar SC sebelumnya. Meskipun pertama kali disebutkan dalam literatur pada tahun 1978, kasus ini telah menjadi masalah penting dan serius selama 10 tahun terakhir, sebagai akibat dari peningkatan persalinan SC di seluruh dunia.¹ Kehamilan pada skar SC berbeda dengan kehamilan ektopik tuba, serviks, dan bentuk lainnya. Kejadiannya berkisar antara 1 per 8.000 dan 1 per 2.500 SC. Penegakkan diagnosis umumnya sulit dan diagnosis negatif palsu dapat menyebabkan komplikasi besar, termasuk histerektomi. Diagnosis biasanya ditegakkan ketika kavum uteri kosong dan serviks terlihat dan dengan menemukan kantung kehamilan pada miometrium yang menipis dari jalur persalinan SC sebelumnya di sebelah vesika urinaria. Jika pasien datang dengan perdarahan hebat atau ruptur uteri, biasanya diperlukan intervensi bedah.¹

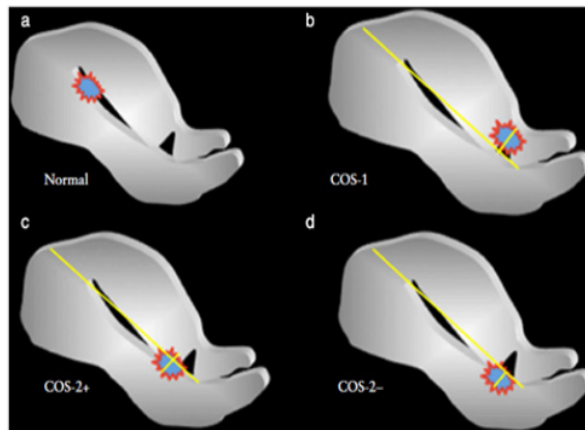
Klasifikasi

Kehamilan pada skar SC dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis berdasarkan pada temuan pencitraan dan perkembangan kehamilan. Tipe 1, atau endogenik, CSP dimana tempat implantasi terjadi pada skar dan kantung kehamilan tumbuh menuju serviko-isthmus atau kavum uteri. Tipe 2, atau eksogenik, CSP terjadi ketika kantung kehamilan tertanam dalam pada skar dan miometrium di sekitarnya dan tumbuh menuju vesika urinaria. Pada tipe eksogenik, lapisan miometrium dapat terlihat di antara kantung kehamilan dan vesika urinaria pada tahap sebelumnya; ini menjadi tipis dan akhirnya menghilang, dengan tonjolan kantung kehamilan melalui celah saat kehamilan berlangsung, sehingga membawa

risiko lebih besar dari ruptur sebelumnya. Pada dua pertiga kasus, ketebalan skar mungkin kurang dari 5 mm.²

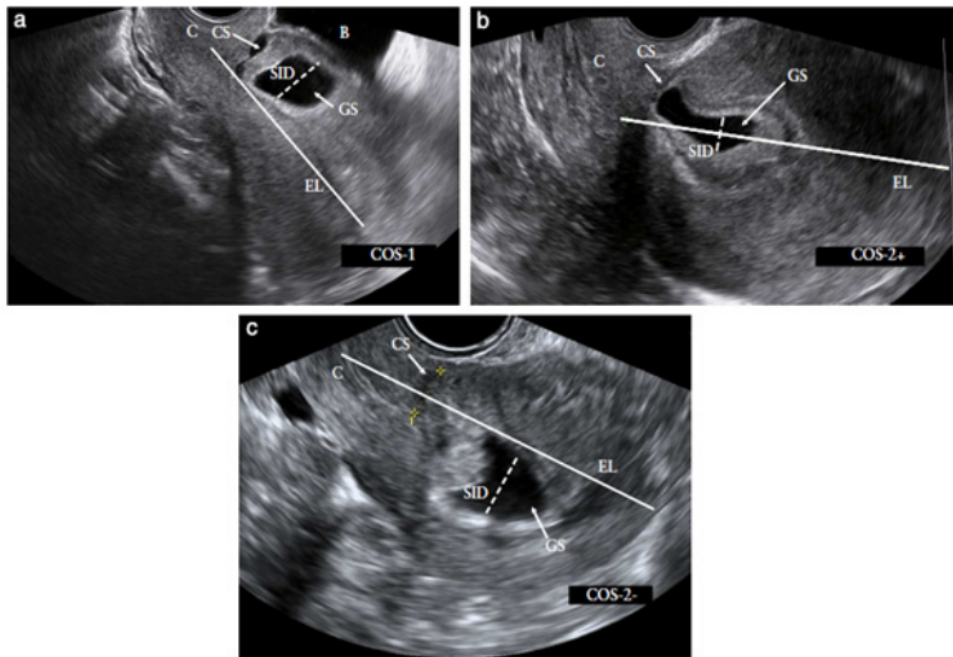
Hwang dkk. juga mengelompokkan CSP menjadi dua jenis, yaitu intramural dan non-intramural. Namun, sulit untuk menarik kesimpulan berdasarkan 22 kasus yang dianalisis. Zhang dkk. mengklasifikasikan CSP menjadi tipe berisiko dan stabil, di mana tipe berisiko dikategorikan lebih lanjut menjadi tipe I (Ia, Ib, Ic), tipe II, dan tipe III berdasarkan lokasi kantong kehamilan dan ketebalan miometrium yang tersisa. Klasifikasi ini terbukti memberikan pilihan perawatan yang lebih baik untuk berbagai jenis CSP.³

Hubungan antara kantung kehamilan CSP, skar SC dan dinding uterus anterior dianalisis untuk menentukan apakah ia dapat memprediksi evolusi CSP. Untuk melakukan ini, Cali G. dkk. menggunakan tanda sonografi baru, COS. Pada pandangan sagital rahim, garis lurus ditarik menghubungkan orifisium uteri internal dan fundus uteri melalui endometrium (garis endometrium) (Gambar 1). Kantung kehamilan diidentifikasi dan diameter superior-inferior (S-I), tegak lurus terhadap garis endometrium, dilacak. Pasien dikategorikan menurut hubungan antara garis endometrium dan diameter S-I dari kantung kehamilan menjadi dua kelompok: (1) COS-1, dimana kantung kehamilan ditanamkan pada skar SC, dan setidaknya dua pertiga dari diameter S-I dari kantung kehamilan berada di atas garis endometrium, menuju dinding rahim anterior (Gambar 1 dan 2); dan (2) COS-2, di mana kantung kehamilan terimplantasi dalam skar SC, dan kurang dari dua pertiga dari diameter S-I kantung kehamilan berada di atas garis endometrium. Kasus-kasus ini kemudian dibagi menjadi dua kategori yang berbeda sesuai dengan ada (COS-2 +) atau tidak adanya (COS-2-) dari persimpangan antara diameter S-I dari kantung kehamilan dan garis endometrium (Gambar 1 dan 2).⁴



Gambar 1 Diagram hubungan antara kantong kehamilan ectopik, bekas luka sesar dan dinding rahim anterior, didefinisikan sebagai *crossover sign* (COS), dalam plasenta yang lengket.

Dikutip dari: Cali G. dkk, 2017. ⁴



Gambar 2 USG *crossover sign* (COS) pada kehamilan dengan plasenta yang tidak lengket: (a) COS-1, (b) COS-2 + dan (c) COS-2-. B, kandung kemih; C, serviks, CS, bekas luka sesar; EL, garis endometrium; GS, kantong kehamilan; SID, diameter superior-inferior.

Dikutip dari: Cali G.dkk, 2017. ⁴

Faktor Risiko

Tidak terdapat hubungan antara risiko CSP dan riwayat SC sebelumnya. Risiko rekurensi 3,2-5,0% pada wanita dengan riwayat SC 1 kali yang ditatalaksana dengan dilatasi dan kuretase dengan atau tanpa embolisasi arteri uterina. Mereka yang berisiko CSP adalah tebal Segmen Bawah Rahim (SBR) <5 mm, kantong kehamilan menonjol ke plika vesikouterina, SC di Rumah Sakit Umum Daerah, dan riwayat perdarahan melalui vagina ireguler dan nyeri abdomen selama CSP sebelumnya. Populasi yang paling berisiko adalah wanita yang di-SC akibat presentasi bokong karena insisi uterus yang lebih tinggi akibat SBR yang belum sempurna terbentuk.²

Efek Skar Uterus

Pada dinding uterus anterior dari serat-serat otot korpus uteri, serat otot dari masing-masing sisi saling silang secara diagonal dengan sisi yang berlawanan tetapi berjalan dalam arah yang sebagian besar melintang. Pada sisi lateral, serat tidak sepenuhnya paralel dan tumpang tindih, sedangkan serat otot berjalan dalam arah anterior dan posterior di atas fundus uteri. Dinding serviks terdiri atas jaringan ikat padat dengan hanya sekitar 10% serat otot polos.⁵

Dampak anatomis utama prosedur bedah uterus seperti SC atau miomektomi berada pada lapisan otot polos miometrium.

Persalinan seksio sesaria “modern” pertama dilakukan menggunakan insisi vertikal untuk pintu masuk abdomen dan uterus. SC transversal pada segmen bawah sekarang merupakan prosedur yang paling umum dilakukan pada persalinan SC di seluruh dunia. Insisi uterus vertikal yang disebut “klasik” lebih merusak miometrium dan berisiko lebih tinggi terjadinya ruptur uterus spontan pada kehamilan berikutnya daripada insisi transversal segmen bawah,

oleh karena itu, hanya digunakan pada kasus langka persalinan prematur sangat dini (23-25 minggu), persalinan janin pada kasus plasenta previa akreta, dan persalinan kembar siam.⁵

Penyembuhan Skar Pasca Operasi

Banyak ahli bedah dari paruh pertama abad ke-20 berspekulasi bahwa pendekatan yang benar dari margin yang dipotong, yaitu desidua ke desidua, miometrium ke miometrium, serosa ke serosa, tidak akan menghasilkan penipisan segmen bawah setelah SC sehingga uterus akan mampu menahan tekanan persalinan di masa depan. Schwarz, misalnya, menyimpulkan bahwa jika permukaan yang dipotong sangat dekat, proliferasi jaringan ikat minimal, dan hubungan normal otot polos dengan jaringan ikat secara bertahap dibangun kembali.

Williams menemukan bahwa pada saat pengulangan SC bagian luar uterus menunjukkan tidak ada jejak insisi sebelumnya dan uterus sembuh dengan regenerasi serat otot dan bukan oleh skar.⁵

Otot pada umumnya, dan miometrium khususnya, sebenarnya tidak sembuh dengan regenerasi serat otot, tetapi dengan membentuk zat “asing” termasuk kolagen. Skar yang dihasilkan lebih lemah, kurang elastis, dan lebih rentan terhadap cedera dan dehisens (pemisahan) otot utuh. Gangguan *myofiber*, edema jaringan, peradangan, dan elastosis semuanya telah diamati dalam penyembuhan luka uterus setelah operasi.

Eksperimen pada tikus juga menunjukkan bahwa perbedaan dalam kemampuan regeneratif diterjemahkan menjadi perbedaan histologis, proliferasi, dan fungsional dalam sifat biomekanik dari miometrium yang terluka setelah SC. Hasil ini dapat menjelaskan variasi individu yang luas yang diamati dalam penyembuhan uterus setelah SC.⁵

Skar Uterus dan Defek

Skar SC sederhana dan multipel dapat diidentifikasi secara akurat dengan transvaginal sonografi (TVS), bertahun-tahun setelah prosedur bedah terakhir. Defek SC (*Caesarean Delivery Defect/CDD*) atau “niche” adalah defek miometrium yang lebih besar dan lebih dalam.

Defek SC dapat berkisar dari defek kecil miometrium superfisial hingga defek yang luas dan dalam dengan hilangnya substansi yang jelas dari kavum endometrium ke serosa uterus.

Pada wanita dengan riwayat SC sebelumnya, defek SC ditemukan berkisar antara 20% dan 65% dari ketebalan dinding pada USG transvagina. Risiko pemisahan parut, yang defeknya melibatkan lapisan miometrium yang dalam, meningkat pada wanita dengan rahim retrofleksi, pada mereka yang telah menjalani beberapa SC, dan setelah SC persalinan lanjut. Besarnya CDD, dapat menjelaskan laporan langka plasenta perkreta yang menyebabkan ruptur uteri pada paruh pertama kehamilan.

Meskipun ini merupakan komplikasi plasentasi yang sangat jarang, mekanisme ruptur uteri akibat plasenta perkreta cenderung mirip dengan ruptur tuba pada plasentasi ektopik. Terdapat potensi untuk pembentukan komunikasi vaskular yang abnormal antara arteri dan vena selama proses penyembuhan bekas luka rahim, dan baru-baru ini telah dikaitkan dengan perkembangan PA. Temuan ini menekankan peran penting dari miometrium superfisial dalam memodulasi plasentasi normal. Implantasi jaringan plasenta ke dalam CDD mungkin dapat lebih sering menyebabkan plasenta perkreta dan ruptur uteri.⁵

Patofisiologi

Sedikit yang diketahui tentang mekanisme dan etiopatologi kehamilan pada skar SC.

Gangguan atau skar endometrium dan miometrium dapat menjadi faktor predisposisi implantasi kehamilan abnormal. Mekanisme yang paling mungkin menjelaskan implantasi skar adalah invasi oleh blastokista implan melalui saluran mikroskopis yang berkembang dari trauma akibat SC sebelumnya. Kehadiran skar SC pada uterus juga dapat menghambat implantasi kantung kehamilan sekunder untuk efek yang lebih global dari operasi sebelumnya pada endometrium, daripada hanya kehadiran fisik skar. Risiko implantasi skar mungkin sebanding dengan ukuran defek dinding rahim anterior, mungkin disebabkan oleh area permukaan yang lebih besar yang disebabkan oleh skar. Namun, karena sebagian besar CSP terjadi setelah hanya satu SC sebelumnya, tidak ada korelasi yang jelas antara risiko CSP dan jumlah SC sebelumnya. Wanita yang memilih untuk SC karena presentasi bokong pada kehamilan sebelumnya tampaknya paling sering berisiko CSP di masa depan. Hal ini mungkin terkait dengan kebutuhan untuk insisi uterus yang lebih tinggi karena segmen bawah yang terbentuk dengan buruk.²

Diagnosis Banding

Beberapa diagnosis banding CSP, yaitu abortus insipien, kantong kehamilan letak rendah, kehamilan servikal, abortus pada fase awal, dan abortus iminens.²

Kriteria Diagnostik Kehamilan Ektopik

Beberapa kriteria diagnostik kehamilan ektopik, di antaranya kantong kehamilan ekstrauterine dengan *yolk sac* atau embrio (dengan atau tanpa DJJ) (sensitivitas: 8–54% dan spesifisitas: 100%), cincin adneksa (sensitivitas: 40–68% dan spesifisitas: 100%), massa adneksa kompleks terpisah dari ovarium (sensitivitas: 89–100% dan spesifisitas: 92–99%), cairan apapun (sensitivitas: 46–75% dan spesifisitas:

Tabel 1 Perbedaan *Pseudogestational Sac* dari Kehamilan Ektopik dan Kehamilan Intrauterin Awal Normal

Tampilan Sonografi Klasik	Kehamilan Intrauterin Awal	<i>Pseudosac</i>
Bentuk	Bulat	Oval
Lokasi terhadap kavum endometrium	Eksentrik	Tengah
Batas	Berbatas tegas	Tidak berbatas tegas
Reaksi desidua	Berbatas tegas	Tidak ada
Kantong tunggal atau ganda	Terlihat gambaran kantong desidua ganda	Lapisan desidua tunggal

Dikutip dari: Callen PW, 2016.⁶

69–83%), cairan bebas dalam jumlah moderat hingga banyak (sensitivitas: 29–63% dan spesifisitas: 21–96%), cairan eksogenik sensitivitas: 56% dan spesifisitas: 96%), kista desidua (sensitivitas: 21% dan spesifisitas: 92%) (Tabel 1).⁶

Kriteria Diagnostik Kehamilan Skar SC

Beberapa kriteria diagnostik kehamilan skar SC, yaitu kavum uteri kosong dan tertutup serta kanalis servikalis kosong, plasenta dan kantong kehamilan tertanam pada skar bekas SC dan dikelilingi oleh miometrium, dan kantong kehamilan berbentuk segitiga atau bulat atau oval yang mengisi *niche* skar.

Adapun kriteria lainnya, yaitu lapisan miometrium tipis atau tidak ada miometrium di antara kantong kehamilan dan vesika urinaria; *yolk sac*, embrio dan aktivitas kardiak dapat ada ataupun tidak; terdapat bukti adanya trofoblastik atau sirkulasi plasenta pada pemeriksaan Doppler warna, dengan ciri kecepatan tinggi dan aliran darah impedans rendah; tanda *sliding organs* negatif; dan aliran Doppler warna peritrofoblastik yang ditandai di sekitar kantong dengan impedans rendah (pulsatilitas < 1), aliran kecepatan tinggi (> 20 cm/detik), indeks resistif < 0,5, dan rasio aliran darah sistolik puncak ke diastolik < 3.

Magnetic Resonance kadang diperlukan ketika diagnosis melalui USG sulit dilakukan misalnya fibroid yang besar atau usia

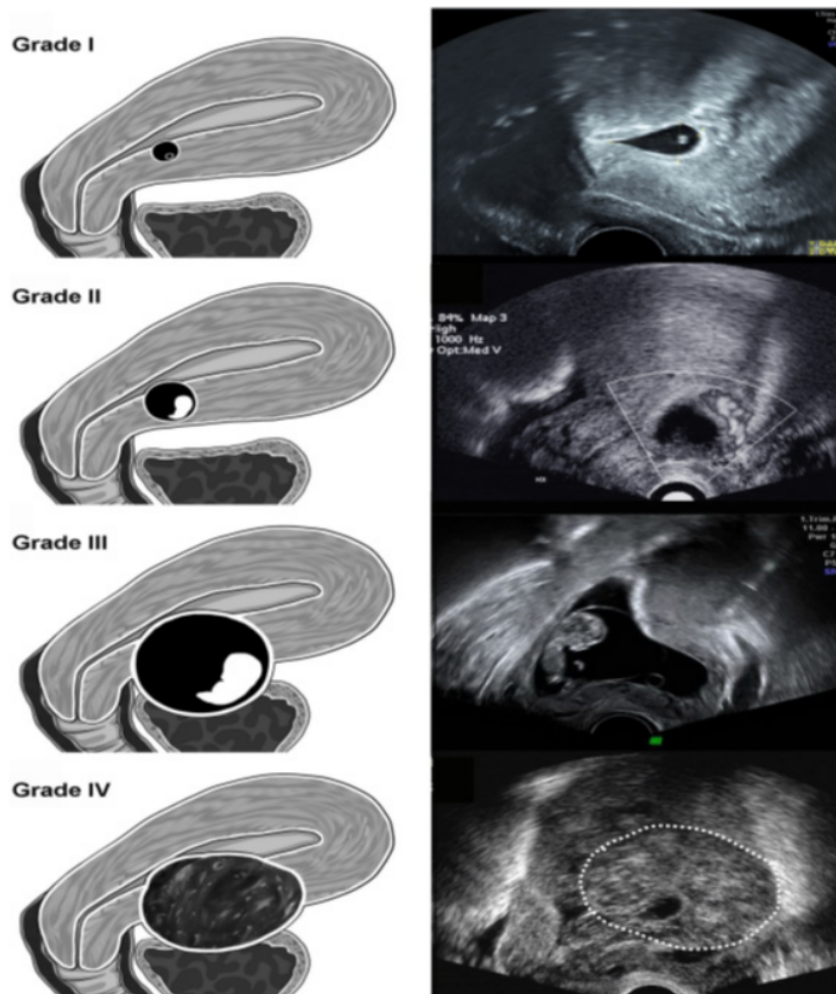
kehamilan lebih lanjut.^{2,7}

Gambaran Ultrasonografi (USG)

Kehamilan pada skar SC dikelompokkan secara retrospektif menjadi empat kelas berdasarkan temuan sonografi oleh JC Shih pada tahun 2017. Mereka mendefinisikan CSP tingkat I ketika kantong kehamilan tertanam dalam ketebalan kurang dari satu setengah dari miometrium.

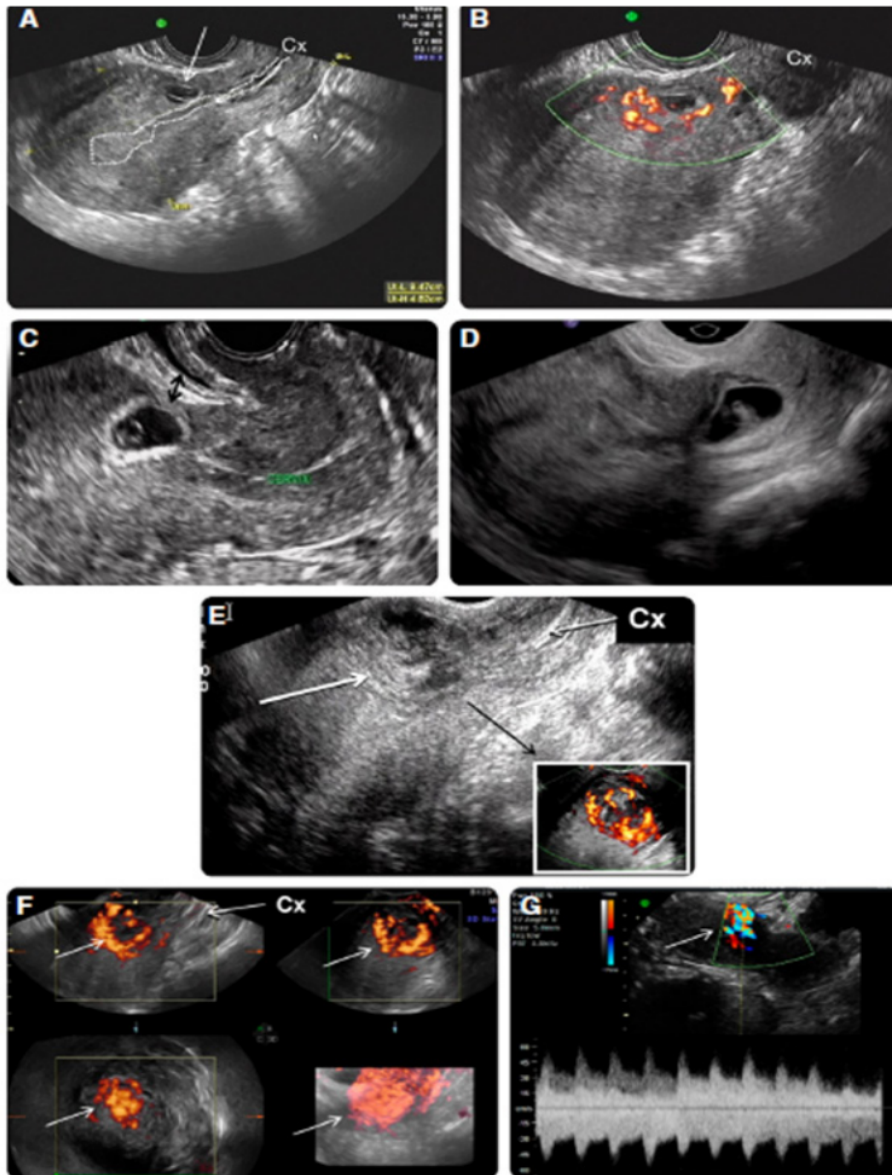
Cesarean Scar Pregnancy tingkat II menyatakan bahwa CSP menempati lebih dari satu setengah kedalaman miometrium yang terimplantasi. Pada CSP tingkat III, kantong kehamilan menonjol keluar dari miometrium dan serosa di atasnya.

Cesarean Scar Pregnancy tingkat IV menunjukkan bahwa GS menjadi tumor amorf dengan vaskularisasi yang kaya di lokasi skar SC sebelumnya (*Gambar 1 dan 2*).^{3,7}



Gambar 1 Deskripsi Sistem Penilaian USG untuk CSP. CSP Tingkat I Mewakili Kedalaman CSP yang Tertanam dalam Ketebalan Kurang dari Setengah dari Korpus Anterior Bawah. CSP Tingkat II Menunjukkan CSP Menempati Lebih dari Setengah Ketebalan Korpus Anterior Bawah. Pada CSP tingkat III, Kantong Kehamilan Menggembungkan Miometrium dan Serosa Uterus di atasnya. Pada CSP tingkat IV, Kantong Kehamilan Menjadi Tumor Amorf dengan Vaskularisasi Yang Kaya Pada Skar SC.³

Dikutip dari: Lin SY dkk, 2018.³



Gambar 2 Kriteria USG Transvagina Untuk Diagnosis CSP.⁷

Dikutip dari: Timor-Tritsch IE dkk, 2012.

Manajemen

Sebagian besar pilihan manajemen untuk CSP didasarkan pada satu kasus atau seri kasus. Umumnya, terminasi kehamilan pada trimester pertama sangat dianjurkan. Pengobatan konservatif dengan metotreksat (MTX) yang diberikan secara lokal atau sistemik memiliki risiko perdarahan hebat. Perawatan bedah termasuk eksisi jaringan kehamilan dengan laparoskopi, histerotomi, atau histerektomi. Pilihan pengobatan lain termasuk dilatasi dan kuretase, reseksi transervikal (TCR) dengan histeroskopi, embolisasi arteri uterina (UEA), kemoembolisasi arteri uterina, atau, baru-baru ini, penempatan kateter balon ganda. Para peneliti telah mengusulkan berbagai rencana manajemen berdasarkan usia kehamilan, viabilitas embrio, bukti defisiensi miometrium, dan gejala klinis saat presentasi.³ Secara umum, manajemen kehamilan pada skar SC terdiri atas manajemen ekspektatif, manajemen medis,

injeksi lokal dan embolisasi, manajemen operatif, dan manajemen sekuensial atau kombinasi (Tabel 2).²

Penggunaan MTX menyediakan pilihan pengobatan pada pasien stabil yang ingin mempertahankan kemampuan reproduksinya. Deb dkk. menyarankan bahwa perawatan medis MTX dapat dipertimbangkan untuk CSP dengan usia kehamilan sebelum 7 minggu, tingkat β -HCG <5.000 IU / L, diameter massa < 25 mm, tidak ada gerakan jantung embrio, dan adanya miometrium antara kantong kehamilan dan dinding vesika urinaria. Dalam seri ini, tingkat keberhasilan hanya 61%. Penelitian Lin SY dkk. (2018) hanya mengungkapkan ukuran kantong kehamilan yang berbeda antara kelompok yang berhasil dan gagal ($p = 0,040$) dalam penelitian ini. Tidak ada perbedaan signifikan yang dicatat antara kelompok berhasil dan gagal mengenai usia kehamilan, β -HCG awal, aktivitas jantung positif, jarak ke miometrium dan penggunaan MTX sistemik dalam penelitian ini. Komplikasi pendarahan

Tabel 2 Manajemen Kehamilan pada Skar SC

Manajemen	Keterangan
Manajemen ekspektatif	Sangat jarang digunakan pada kasus tertentu
Manajemen medis	Metotreksat sistemik
Injeksi lokal dan embolisasi	Injeksi lokal dengan metotreksat serta aspirasi kantong Injeksi lokal dengan embriosida lainnya Kemoembolisasi arteri uterina
Manajemen operatif	Evakuasi operatif dan dilatasi Reseksi histeroskopik Eksisi vagina dan <i>resuturing</i> Eksisi terbuka dan <i>resuturing</i> Kombinasi prosedur laparoskopi dan histeroskopi Kombinasi operasi per vaginam dan laparoskopi Histerektomi
Manajemen sekuensial atau kombinasi	Embolisasi arteri uterina/kemoembolisasi diikuti dilatasi dan evakuasi/reseksi operatif dalam 24-48 jam Metotreksat diikuti dengan reseksi atau evakuasi operatif setelah interval waktu tertentu

Dikutip dari: Jayaram PM dkk, 2017.²

terjadi pada sekitar setengah dari pasien (48%) mungkin karena definisi komplikasi yang berbeda. Hasil menunjukkan tidak ada perbedaan antara penilaian awal dan lanjutan dalam hal pengobatan yang sukses, komplikasi, prosedur hemostatik tambahan dan transfusi darah. Secara bersamaan, meskipun MTX dapat dianggap sebagai pengobatan utama CSP sehubungan dengan mempertahankan fertilitas, risiko dan komplikasi yang terkait dengan MTX harus dikonselingkan dengan tepat kepada pasien.³

Faktor yang Mempengaruhi Pilihan Terapi pada CSP

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pilihan terapi pada CSP, yaitu faktor pasien (gejala, fertilitas, akseptabilitas terhadap *follow up* prolong, lesi yang berhubungan, faktor risiko operatif, dan respon terhadap terapi awal), faktor kehamilan CSP (usia kehamilan, kadar hCG, ukuran massa CSP, tipe CSP, tebal miometrium, dan viabilitas), dan fasilitas (intervensi radiologi, fasilitas atau ekspertise operatif, dan fasilitas monitoring).²

Peđraszewski P, dkk. (2018) menemukan dua kasus CSP yang didiagnosis pada usia kehamilan 6 dan 16 minggu di Departemen Ginekologi Rumah Sakit Poliklinik Regional di Płock, Polandia. Berbeda dengan deteksi CSP pada usia kehamilan 6 dan 16 minggu, diagnosis dini patologi ini (sekitar minggu ke-6 kehamilan) memungkinkan perawatan non-bedah, menghasilkan rawat inap jangka pendek, dan menjaga fertilitas pasien.⁹

Komplikasi

Beberapa komplikasi CSP dapat terjadi, yaitu ruptur uteri (yang dapat terjadi pada usia kehamilan di atas 14 minggu), persalinan preterm, perdarahan masif, dan gangguan koagulasi.⁹

Jika tidak diobati, CSP dapat berkembang

menjadi plasenta invasif abnormal, yang dapat menyebabkan ruptur uteri dan perdarahan yang mengancam jiwa.³

Simpulan, Diagnosis dan tatalaksana CSP membutuhkan keahlian yang cukup dan pendekatan multidisiplin untuk mencegah komplikasi. Peningkatan tingkat CS menyiratkan bahwa dokter akan menghadapi CSP dari waktu ke waktu. Strategi pencegahan utama adalah fokus pada pengurangan jumlah CS primer yang dilakukan tanpa indikasi medis. Risiko komplikasi jangka panjang seperti CSP dan plasenta akreta harus secara khusus ditekankan ketika melakukan konseling wanita yang meminta SC untuk alasan nonmedis. Diagnosis CSP yang cepat dan akurat serta perawatan individual dan tindak lanjut diperlukan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas.

Daftar Pustaka

1. Uysal F, Uysal A, Adam G. Cesarean scar pregnancy: Diagnosis, management, and follow-up. *J Ultrasound Med.* 2013;32(7):1295–1300.
2. Jayaram PM, Okunoye GO, Konje J. Cesarean scar ectopic pregnancy: Diagnostic challenges and management options. *Obstet Gynaecol.* 2017;19(1):13–20.
3. Lin SY, Hsieh CJ, Tu YA, Li YP, Lee CN, Hsu WW, et al. New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: An observational cohort study. *PLoS One.* 2018;13(8):1–14.
4. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D'Antonio F. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: The crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(1):100-4.
5. Silver Robert M. *Placenta Accreta Syndrome.* Boca Raton: CRC Press; 2017.

6. Callen PW. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2016.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(1):44.e1-44.e13.
8. Wang S, Beejadhursing R, Ma X, Li Y. Management of Caesarean scar pregnancy with or without methotrexate before curettage: Human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):4–9.
9. Pędraszewski P, Wlazlak E, Panek W, Surkont G. Cesarean scar pregnancy – a new challenge for obstetricians. *J Ultrason.* 2018;18(72):56–62.
10. Deepika, Gupta T, Wahi S. A rare case report of caesarean scar ectopic pregnancy. *J Clin Diagnostic Res.* 2017;11(8):10–11.

Kehamilan pada Skar Seksio Sesar

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

7%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.iklangratiz.com Internet Source	2%
2	aogd.org Internet Source	1%
3	jurnal.unw.ac.id Internet Source	1%
4	Shin-Yu Lin, Chia-Jung Hsieh, Yi-An Tu, Yi-Ping Li, Chien-Nan Lee, Wen-Wei Hsu, Jin-Chung Shih. "New ultrasound grading system for cesarean scar pregnancy and its implications for management strategies: An observational cohort study", PLOS ONE, 2018 Publication	1%
5	mts.intechopen.com Internet Source	1%
6	Abarham Martadiansyah, Wim T. Pangemanan, A. Kurdi Syamsuri, M. Hatta Ansyori et al. "Cephalothoracopagus janiceps disymmetros: A comparison between antenatal and postnatal findings",	1%

International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2020

Publication

7	obgynia.com Internet Source	<1 %
8	karya.brin.go.id Internet Source	<1 %
9	www.alomedika.com Internet Source	<1 %
10	www.dovepress.com Internet Source	<1 %
11	robingui-mis.blogspot.com Internet Source	<1 %
12	Gulnaz Shafqat, Kumail Khandwala, Hina Iqbal, Shaista Afzal. "Cesarean Scar Pregnancy: An Experience of Three Cases with Review of Literature", Cureus, 2018 Publication	<1 %
13	core.ac.uk Internet Source	<1 %
14	e-journal.unair.ac.id Internet Source	<1 %
15	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
16	stutzartists.org Internet Source	<1 %

<1 %

17

Aya Y. Michaels, Erin E. Washburn, Katherine D. Pocius, Carol B. Benson, Peter M. Doubilet, Daniela A. Carusi. "Outcome of Cesarean Scar Pregnancies Diagnosed Sonographically in the First Trimester", Journal of Ultrasound in Medicine, 2015

Publication

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 2 words

Exclude bibliography On

Kehamilan pada Skar Seksio Sesar

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11