

PLACENTAL RETENTION MANAGEMENT IN A TERM PREGNANCY

Rezky Sartika¹, Muh Ardi Munir^{2,3}

¹Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

²Departement of tropical and traumatology, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

³Departemen of Social Health, Biomethics and Medical law, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA, 94118

ABSTRACT

Background : placental retention is a significant cause of maternal mortality and morbidity in all developing countries. This case is a complication in 2 % of all live births with a mortality rate of almost 10 % in rural areas. According to other studies, the incidence of placental retention ranges from 1 – 2 % live births. In the study placental retention appeared more frequently in younger patients with multiparity. The management for placental retention is bimanual placenta.

Case Report : Female patient aged 38 years with bleeding from the birth canal, the placenta has not delivered since the baby was born at 5:30. The patient arrived at Torabelo hospital in a bleeding state. Patients giving birth attendants. In addition, patient complain of dizziness and body weakness, nausea (-), vomiting (-), abdominal pain (+). When patient arrives, it is done manually by the placenta, but part of the placenta is successful, and the residual placenta is still there. The procedure of action is carried out bimanual placenta. Procedure of Action : Do Placental Bimanual

Conclusion : Placental retention is one of the emergency case that require immediate management, at retention of the placenta, as long as the placenta has not been released, it will not cause bleeding. If there is a lot of bleeding or if in the past deliveries there is a history of postpartum hemorrhage, preferably the placenta is immediately removed by hand.

Keyword : Retention of placenta and placental bimanual

ABSTRAK

Latar Belakang Retensio plasenta adalah penyebab signifikan dari kematian maternal dan angka kesakitan di seluruh negara berkembang. Kasus ini merupakan penyulit pada 2 % dari semua kelahiran hidup dengan angka kematian hampir mencapai 10% di daerah pedesaan. Menurut studi lain, insidensi dari retensio plasenta berkisar antara 1-2 % dari kelahiran hidup. Pada studi tersebut retensio plasenta lebih sering muncul pada pasien yang lebih muda dengan multiparitas. Tata laksana untuk retensio plasenta adalah bimanual plasenta.

Laporan Kasus Pasien perempuan usia 38 tahun dengan perdarahan dari jalan lahir, ari-ari belum keluar sejak bayi dilahirkan pada pukul 05.20. Pasien tiba di RSUD Torabelo dalam keadaan perdarahan. Pasien melahirkan di rumah dibantu oleh bidan dan dukun beranak. Selain itu pasien mengeluh pusing dan badan semakin lemas, mual (-), muntah (-), nyeri perut (+). Saat tiba langsung dilakukan manual plasenta namun sebagian plasenta berhasil keluar, namun masih ada sisa plasenta. **Prosedur Tindakan** dilakukan bimanual Plasenta

Kesimpulan Retensio Plasenta merupakan salah satu keadaan emergensi yang memerlukan tatalaksanaan segera. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan-persalinan yang lalu ada riwayat perdarahan postpartum, maka tak boleh menunggu, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan dengan tangan.

Kata Kunci Retensio plasenta dan Bimanual plasenta

PENDAHULUAN

Istilah retensio plasenta dipergunakan jika plasenta belum lahir ½ jam sesudah anak lahir.^{1,2} Biasanya setelah janin lahir, beberapa menit kemudian mulailah proses pelepasan plasenta disertai sedikit perdarahan (kira-kira 100 – 200 cc). Bila plasenta sudah lepas dan turun kebagian

bawah rahim, maka uterus akan berkontraksi (his pengeluaran plasenta) untuk mengeluarkan plasenta. (Prawirohardjo S, 2014)

Kadang-kadang, plasenta tidak segera terlepas. Suatu pertanyaan yang belum mendapat jawaban yang pasti adalah berapa lama waktu berlalu pada keadaan

tanpa perdarahan sebelum plasenta harus dikeluarkan secara manual. Bidang obstetric secara tradisional membuat batas-batas durasi kala tiga secara agak ketat sebagai upaya untuk mendefinisikan retensio plasenta (abnormally retained placenta) sehingga perdarahan akibat terlalulambatnya pemisahan plasenta dapat dikurangi. Combs dan Laros (1991) meneliti 12.275 persalinan pervaginam tunggal dan melaporkan median durasi kalatiga adalah 6 menit, dan 3,3 persen berlangsung lebih dari 30 menit. (Prawirohardjo S, 2014)

Diperkirakan insidensi dari perlengketan abnormalitas sekitar 1 dari 2000 hingga 1 dari 7000 persalinan. Plasenta akreta meliputi 80% dari keseluruhan perlengketan abnormal, plasenta inkreta 15 %, dan plasenta perkreta 5 %. Angka ini meningkat tajam dalam dua dekade terakhir, sejalan dengan angka seksio cesarean. (Rohani et al., 2011)

LAPORAN KASUS

Pasien perempuan usia 38 tahun dengan perdarahan dari jalan lahir, ari-ari belum keluar sejak bayi dilahirkan pada pukul 05.20. Pasien tiba di RSUD Torabelo dalam keadaan perdarahan. Pasien melahirkan di rumah dibantu oleh bidan dan dukun beranak. Selain itu pasien mengeluh pusing dan badan semakin lemas, mual (-), muntah (-), nyeri perut (+). Saat tiba langsung dilakukan manual plasenta namun sebagian plasenta berhasil keluar, namun masih ada sisa plasenta.

RIWAYAT PASIEN

Riwayat Obstetri :

- Hamil pertama : lahirtahun 2003, cukupbulan, lahir di bantubidandandukunberanak, jenis kelamin Laki-laki, BB 3000 gram.
- Hamil kedua : lahirtahun 2005, cukupbulan, bidandandukunberanak, jenis kelamin Laki-laki, BB 2800 gram.
- Hamil ketiga : lahirtahun 2009, cukupbulan, lahir RS Pare-pare, jenis kelamin perempuan, BB 2900 gram. Riwayat di kuretasekarena plasenta tidak lengkap
- Hamil keempat: Hamil sekarang
- Riwayat KB : Tidak pernah melakukan KB
- Riwayat ANC : Pemeriksaan kehamilan di Puskesmas oleh Bidan, teratur setiap bulan
- Riwayat Imunisasi : imunisasi TT 2x di Puskesmas
- Riwayat Penyakit Dahulu : Kejang (-), Hipertensi (-), Penyakit Jantung (-), Diabetes Mellitus (-). Sebelumnya pasien pernah mengalami amihal yang samapadatahun

2009 dandilakukankuretase di
RS. Anutapura

Ekstremitas bawah = akral hangat, edema
(-)

TEMUAN KLINIS

KU : Sedang
Kesadaran : Kompos mentis
Berat Badan : 67 kg
Tinggi Badan : 158 cm
Tanda- Tanda Vital
Tekanan Darah : 100/60
Suhu : 36,5 C
Nadi : 92x/ Menit
Pernafasan : 22x/menit
➤ Kepala – Leher :
Konjungtiva anemis (+/+), skleraikterus
(-/-), edema palpebra (-/-), pembesaran
KGB (-), pembesaran kelenjar tiroid (-).
➤ Thorax :
I : Pergerakan thorakssimetris, sikatrik
(-)
P : Nyeritekan (-), massa tumor (-)
P : Sonorpadakedualapangparu,
pekakpada area jantung, batasjantung
DBN
A : Bunyipernapasanvesikular +/+,
rhonki -/-, wheezing -/-.
Bunyijantung I/II murniregular
➤ Genitalia :
Tampaktalipusat di vulva ± 5 cm yang
telahdiklemdenganforcep, stolssel (+)
PemeriksaanDalam (VT)
:portioteballunak, pembukaan± 9 cm
➤ Ekstremitas :
Ekstremitas atas = akral hangat, edema (-
)

HASIL LABORATORIUM

WBC 4.0-12 x 10³/ μL
RBC 4.0-12 x 10³/ μL
Hb 11-17 g/dL
HCT 35-55%
PLT 150-400 x 10³/μL

PENATALAKSANAAN

- IVFDRL 2 line 60 tpm (oxytocin 2 ampul/kolf)
- Manual plasenta
- Transfusi 2 kolfWhole Blood
- Amoxicilin 500mg 3x1
- Rencanakuretase

Tanggal 19 Desember 2017

PROSEDUR KURETASE

1. Baringkanpasiendalamposisilito tomi
2. Bersihkan vulva dan vagina denganbetadine
3. kateterisasi
4. Memasangspeculumsims, jepitportiodengantenakulumgigi satupadaarah jam 11
5. Lakukansondasekedalamcavum uteri (10cm), kesan uterus anteflexi
6. Dilakukanpengeluaransisajaring ankedalamcavumuteri denganabortus tang.
7. Lanjutkankuretasedengan tang tumpullalu tang tajam
8. Kontrolperdarahan, perdarahan (+) sedikit

9. Kuretaseselesai



Penatalaksanaan Post Kuretase

- IVFDRL 28 tpm
- Amoxicilin 500 mg 3x1
- Asammefenamat 500 mg 3x1
- Drips oxytocin 1 ampuldalam 500cc RL/D5 28 tpm
- Cek HB 6 jam post transfusi,
- Transfusi 1 bag PRC

DISKUSI

Pasien didiagnosis menderita retensio plasenta karena didapatkan tanda dan gejala yang mendukung diagnosa tersebut. Berdasarkan anamnesa keluhan perdarahan pervaginam (post partum). Plasenta belum lahir sejak \pm 2 jam setelah partus pervaginam oleh bidan dan dukun beranak. Nyeri perut (+), pusing (+), lemas (+).dari anamnesis, meliputi pertanyaan tentang periode prenatal, meminta informasi mengenai episode perdarahan postpartum sebelumnya, paritas, serta riwayat multipel fetus dan polihidramnion. Serta riwayat pospartum sekarang dimana plasenta tidak lepas secara spontan atau timbul perdarahan aktif setelah bayi dilahirkan.Tanda dan gejala Plasenta

belum lahir setelah 30 menit, Perdarahan segera, Uterus berkontraksi dan keras.

Pemeriksaan pervaginam

Pada pemeriksaan pervaginam, plasenta tidak ditemukan di dalam kanalis servikalis tetapi secara parsial atau lengkap menempel di dalam uterus. Pada pemeriksaan plasenta yang lahir menunjukkan bahwa ada bagian tidak ada atau tertinggal, dan pada eksplorasi secara manual terdapat kesulitan dalam pelepasan plasentaatau ditemukan sisa plasenta.(Gondo HK, 2010)

Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan-persalinan yang lalu ada riwayat perdarahan postpartum, maka tak boleh menunggu, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan dengan tangan. Juga kalau perdarahan sudah lebih dari 500cc atau satu nierbekken, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan secara manual dan diberikan uterus tonika, meskipun kala III belum lewat setengah jam. Plasenta mungkin pula tidak keluar karena kandung kemih atau rektum penuh, karena itu keduanya harus dikosongkan.(Joseph HK and M. Nugroho S, 2010)

A. Keluarkan plasenta dengan tangan (manual plasenta)

Manual plasenta adalah tindakan invasif dan, kadang memerlukan anestesia.Manula plasenta harus dilakukan sesuai indikasi dan oleh operator

berpengalaman. Indikasi manual plasenta meliputi: retensio plasenta dan perdarahan banyak pada kala III yang tidak dapat dihentikan dengan uterotonika dan masase, suspek ruptur uterus, dan retensi sisa plasenta. (Joseph HK and M. Nugroho S, 2010)

Pelaksanaan :

1. Sebaiknya pelepasan plasenta secara manual dilakukan dalam narkosis, karena relaksasi otot memudahkan pelaksanaannya. Sebaiknya juga dipasang infus garam fisiologik sebelum tindakan dilakukan. Setelah memakai sarung tangan dan disinfeksi tangan dan vulva, termasuk daerah sekitarnya, maka labia dibebaskan dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan dimasukkan secara obstetrik ke dalam vagina.
2. Tangan kiri sekarang menahan fundus untuk mencegah kolpaporeksis. Tangan kanan dengan gerakan memutar-mutar menuju ostium uteri dan terus ke lokasi plasenta; tangan dalam ini menyusuri tali pusat agar tidak terjadi false route.
3. Supaya tali pusat mudah teraba, dapat diregangkan oleh asisten. Setelah tangan dalam sampai ke plasenta maka tangan tersebut pergi ke pinggir plasenta dan mencari bagian plasenta yang

sudah lepas untuk menentukan bidang pelepasan yang tepat. Kemudian dengan sisi tangan sebelah kelingking plasenta dilepaskan pada bidang antara bagian plasenta yang sudah terlepas dan dinding rahim dengan gerakan yang sejajar dengan dinding rahim. Setelah seluruh plasenta terlepas, plasenta dipegang dan dengan perlahan-lahan ditarik ke luar.

4. Periksa cavum uterus untuk memastikan bahwa seluruh plasenta telah dikeluarkan.
5. Lakukan masase untuk memastikan kontraksi tonik uterus.
6. Setelah plasenta dilahirkan dan diperiksa bahwa plasenta lengkap, sementara kontraksi uterus belum baik segera dilakukan kompresi bimanual uterus dan disuntikkan ergometrin 0,2 mg IM atau IV sampai kontraksi uterus baik. Pada retensio plasenta, risiko atonia uteri tinggi oleh karena itu harus segera dilakukan tindakan pencegahan perdarahan postpartum. Apabila kontraksi uterus tetap buruk setelah 15 detik, dilanjutkan dengan tindakan sesuai prosedur tindakan pada atonia uteri.

7. Kesulitan yang mungkin dijumpai pada manual plasenta ialah adanya lingkaran konstriksi, yang hanya dapat dilalui dengan dilatasi oleh tangan dalam secara perlahan-lahan dan dalam narkosis yang dalam. Lokasi plasenta pada dinding depan rahim juga sedikit lebih sukar dilepaskan daripada lokasi pada dinding belakang.

B. Kuretase

Seringkali pelepasan sebagian plasenta dapat dilakukan dengan manual plasenta dan kuretase digunakan untuk mengeluarkan sebanyak mungkin jaringan yang tersisa. Kuretase mungkin diperlukan jika perdarahan berlanjut atau pengeluaran manual tidak lengkap. (Prawirohardjo S, 2014).

KESIMPULAN

Retensio Plasenta merupakan salah satu keadaan emergensi yang memerlukan tatalaksanaan segera, Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Bila terjadi banyak perdarahan atau bila pada persalinan-persalinan yang lalu ada riwayat perdarahan postpartum, maka tak boleh menunggu, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan dengan tangan.

DAFTAR PUSTAKA

- DeCherney AH, Nathan L, Curren, 2003. Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Ninth Edition: Postpartum Hemorrhage & Abnormal Puerperium: Retained Placenta Tissue. The McGraw-Hill Companies, California:
- Gondo HK, 2010. Penanganan Perdarahan Post Partum (Haemorrhagi Post Partum, HPP). Universitas Wijaya Kusuma, Surabaya.
- Joseph HK, M. Nugroho S, 2010. Catatan Kuliah GINEKOLOGI DAN OBSTETRI. Nuha medika, Yogyakarta.
- Prawirohardjo S, 2014. Ilmu Kebidanan Edisi Keempat Cetakan Ketiga. Yayasan Bina Pustaka sarwonoPrawirohardjo, Jakarta.
- Rohani, Sasmita R, Marisah, 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan. ; 2011. SalembaMedika, Jakarta: