

P3A0 DENGAN RETENSIO PLASENTA**Naufal Ikbar Rian Adnan^{1*}, Freddy Dinata²**Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara Jakarta¹Spesialis Kebidanan dan Kandungan RSUD Ciawi²

*Corresponding Author : naufalikbar434@gmail.com

ABSTRAK

Retensio plasenta merupakan salah satu penyebab utama perdarahan postpartum yang dapat berujung pada syok hipovolemik dan kematian maternal apabila tidak segera ditangani secara tepat. Kami melaporkan kasus seorang wanita berusia 36 tahun, P3A0, yang dirujuk ke Instalasi Gawat Darurat RSUD Ciawi dari praktik bidan. Pasien menjalani persalinan spontan pada usia kehamilan 41 minggu di fasilitas bidan, namun dua jam pascapersalinan mengalami perdarahan hebat dengan plasenta yang belum lahir. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva anemis, tekanan darah 100/70 mmHg, dan frekuensi nadi 100 kali per menit. Pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar hemoglobin sebesar 8,5 g/dL serta hasil ultrasonografi yang mengidentifikasi adanya sisa plasenta dalam kavum uterus. Pasien tidak memiliki riwayat operasi sesar sebelumnya. Tindakan segera dilakukan untuk menghentikan perdarahan dan mengevakuasi jaringan plasenta yang tersisa. Kasus ini menekankan pentingnya deteksi dini dan penanganan cepat pada retensio plasenta guna mencegah komplikasi lanjut yang berpotensi fatal.

Kata kunci: retensio plasenta, plasenta akreta**ABSTRACT**

Retained placenta is one of the leading causes of postpartum hemorrhage, which can result in hypovolemic shock and maternal death if not managed promptly and appropriately. We report a case of a 36-year-old woman, P3A0, who was referred to the Emergency Department of RSUD Ciawi from a midwife's clinic. The patient underwent spontaneous vaginal delivery at 41 weeks of gestation at the midwife's facility, but experienced heavy bleeding two hours postpartum with the placenta still retained. Physical examination revealed pale conjunctivae, blood pressure of 100/70 mmHg, and a pulse rate of 100 beats per minute. Supporting investigations showed a hemoglobin level of 8.5 g/dL and ultrasonographic findings confirming retained placental tissue within the uterine cavity. The patient had no history of cesarean section. Immediate intervention was performed to control the bleeding and evacuate the remaining placental tissue. This case highlights the importance of early detection and rapid management of retained placenta to prevent potentially fatal complications.

Keywords: Placental retention, placenta accreta**PENDAHULUAN**

Retensio plasenta adalah kondisi di mana plasenta masih tertahan di dalam uterus selama lebih dari 30–60 menit setelah persalinan, karena tidak dapat terlepas secara alami atau dengan intervensi aktif kala III persalinan (Prihatanti, dkk, 2024). Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama perdarahan postpartum primer dan dapat menyebabkan syok hipovolemik hingga kematian maternal jika tidak ditangani segera (Prihatanti, dkk, 2024).

Faktor predisposisi terjadinya retensio plasenta meliputi usia ibu (< 20 atau > 35 tahun), paritas tinggi (> 3), riwayat anemia, jarak kehamilan yang pendek, riwayat operasi sesar, dan manajemen kala III yang tidak optimal (misalnya kala III yang tidak aktif atau tidak lengkap) (Okta Vitriani, dkk, 2020; Prihatanti, dkk, 2024). Penelitian di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2017 menunjukkan bahwa manajemen kala III yang tidak aktif signifikan terkait kejadian retensio plasenta, begitu pula dengan faktor usia, paritas, dan riwayat anemia (Okta Vitriani, dkk, 2020).

Tingkat kejadian retensio plasenta di Indonesia bervariasi. Studi menunjukkan prevalensi sekitar 2–3% pada persalinan pervaginam di Mataram (Yadul, dkk, 2020); sementara data dari Surabaya mencatat kejadian retensio plasenta meningkat dari 2,8%–4,2% pada tahun 2019–2020 (Intiyaswati & Pramesti, 2021). Angka yang tinggi ini menegaskan perlunya peningkatan kualitas manajemen persalinan, terutama intervensi kala III dan upaya edukasi kepada petugas kesehatan dan ibu.

Kondisi retensio plasenta menjadi penyumbang signifikan morbiditas dan mortalitas maternal di Indonesia. Penanganan yang tepat dan cepat menjadi sangat krusial untuk menurunkan risiko perdarahan, infeksi, histerektomi darurat, dan kematian ibu. Oleh karena itu, peningkatan deteksi risiko melalui skrining antenatal, pemantauan proses persalinan tahap III, serta kesiapsiagaan klinik untuk tindakan manajemen dini sangat diperlukan guna menurunkan dampak buruk dari kondisi-kondisi ini pada ibu dan bayi.

Retensio plasenta tidak hanya menjadi penyebab perdarahan postpartum primer, tetapi juga dapat menimbulkan komplikasi jangka panjang seperti endometritis, infertilitas sekunder, dan perlengketan intrauterin (Asherman syndrome) bila tidak ditangani secara tepat (Perlman & Carusi, 2019). Oleh karena itu, pencegahan dan tata laksana yang cepat dan tepat menjadi prioritas dalam sistem pelayanan obstetri, khususnya di daerah dengan keterbatasan sumber daya.

Beberapa penelitian menegaskan bahwa penanganan aktif kala III persalinan, termasuk pemberian oksitosin dalam satu menit setelah bayi lahir dan penarikan tali pusat dengan pengawasan (controlled cord traction), dapat menurunkan risiko retensio plasenta secara signifikan (Titisari, Lathifatuzzahro, & Wijanti, 2020). Namun, masih terdapat kesenjangan pelaksanaan manajemen aktif di berbagai fasilitas kesehatan, terutama di layanan primer dan daerah terpencil.

Selain faktor ibu, faktor janin dan plasenta juga dapat memengaruhi kejadian retensio. Misalnya, ukuran plasenta yang besar, implantasi abnormal seperti plasenta akreta, atau kematian janin intrauterin dapat menyebabkan plasenta sulit terlepas dari dinding uterus (Pujiyani, Putri, & Pujiati, 2023). Oleh karena itu, deteksi dini pada kehamilan risiko tinggi menjadi sangat penting untuk mencegah kejadian ini.

Pentingnya edukasi bagi tenaga kesehatan tentang manajemen kala III aktif juga ditegaskan dalam studi oleh Intiyaswati & Pramesti (2021), yang menunjukkan bahwa intervensi pelatihan dapat meningkatkan keterampilan dan kepatuhan bidan dalam melakukan prosedur sesuai standar, serta menurunkan angka kejadian retensio plasenta di rumah sakit rujukan.

Selain itu, skrining antenatal terhadap faktor risiko seperti anemia dan jarak kehamilan yang terlalu dekat perlu ditingkatkan. Hal ini didukung oleh temuan Yadul et al. (2020) yang menyatakan bahwa ibu dengan anemia berat pada kehamilan memiliki risiko dua kali lipat mengalami gangguan pelepasan plasenta dibandingkan ibu dengan kadar hemoglobin normal. Dalam upaya menurunkan angka kejadian retensio plasenta dan komplikasi yang ditimbukannya, penting untuk mengintegrasikan pendekatan promotif, preventif, dan kuratif secara menyeluruh. Peningkatan kualitas pelayanan antenatal, pemantauan ketat selama proses persalinan, serta kesiapan tenaga medis dalam melakukan tindakan manual plasenta atau rujukan tepat waktu menjadi langkah strategis yang harus terus diperkuat (Pujiyani et al., 2023; Titisari et al., 2020).

LAPORAN KASUS

Seorang wanita berusia 36 tahun, P3A0, datang ke Instalasi Gawat Darurat RSUD Ciawi dengan keluhan perdarahan hebat dua jam setelah melahirkan secara spontan di praktik bidan. Pasien diketahui menjalani persalinan spontan pada usia kehamilan 41 minggu, namun hingga dua jam pascapersalinan, plasenta belum lahir. Oleh karena itu, pasien dirujuk ke rumah sakit

untuk penanganan lebih lanjut. Riwayat kehamilan sebelumnya tidak disertai tindakan operasi seperti seksio sesarea. Pemeriksaan fisik menunjukkan tanda vital dengan tekanan darah 100/70 mmHg, denyut nadi 100 kali per menit, laju napas 20 kali per menit, suhu tubuh 36,7°C dan konjungtiva tampak anemis. Status generalis menunjukkan kepala, telinga, hidung, mulut, paru-paru, jantung, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal. Pada pemeriksaan genitalia, inspeksi terhadap vulva dan vagina menunjukkan adanya darah segar berwarna merah, dan tampak tali pusat yang sudah dijepit klem.

Pemeriksaan penunjang berupa darah rutin menunjukkan kadar hemoglobin sebesar 8,5 g/dL. Pemeriksaan ultrasonografi mengidentifikasi adanya sisa jaringan plasenta di dalam kavum uterus.

Tabel 1. Hasil Kimia Klinik

	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	8.5	g/dL	11.7 – 15.3
Hematokrit	24.8	%	35 – 47
Lekosit	14.2	$10^3/\mu\text{L}$	3.6 – 11
Trombosit	154	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440



Gambar 1. Hasil USG pasien di RSUD Ciawi

Diagnosis kerja yang ditegakkan adalah P3A0 *postpartum hemorrhage* dengan retensi plasenta dan anemia. Tatalaksana awal yang diberikan meliputi pemasangan infus *ringer lactate* 500 ml dengan kecepatan 30 tetes per menit, pemberian antibiotik *cefotaxim* 1 gram intravena 2 kali sehari, *paracetamol* 500 mg per oral 3 kali sehari, dan *sulfate ferrous* (SF) 2 kali sehari per oral untuk mengatasi anemia. Pasien selanjutnya menjalani tindakan manual plasenta, dengan hasil plasenta lahir namun tidak lengkap. Oleh karena itu, dilanjutkan dengan kuretase atas indikasi retensi sisa plasenta pada pasien P3A0 postpartum spontan.

PEMBAHASAN

Retensi plasenta adalah kondisi kegagalan pelepasan atau pengeluaran plasenta dalam waktu ≥ 30 menit setelah bayi lahir, meskipun telah dilakukan manajemen aktif kala III.

Retensio ini bisa disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak efektif atau perlekatan abnormal plasenta pada dinding uterus. Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama perdarahan postpartum dan memerlukan penanganan segera untuk mencegah komplikasi serius (Perlman & Carusi, 2019; Ramadan, dkk, 2025). Secara patofisiologi, retensio plasenta terjadi karena kegagalan kontraksi miometrium pada tempat implantasi plasenta. Ketika kontraksi tidak efektif, *detachment* plasenta tidak terjadi sebagaimana mestinya, sehingga pembuluh darah di tempat implantasi tetap terbuka dan menyebabkan perdarahan. Selain itu, adanya kelainan pelekatan seperti plasenta akreta juga berkontribusi pada terjadinya retensio plasenta (Greenbaum, dkk, 2017; Perlman & Carusi, 2019).

Retensio plasenta terbagi menjadi dua jenis utama: primer dan sekunder. Retensio primer terjadi ketika plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena kontraksi yang tidak adekuat. Sebaliknya, retensio sekunder terjadi ketika plasenta sudah terlepas namun tertahan di dalam rahim karena hambatan mekanis, seperti serviks yang tertutup atau hematoma yang menghalangi jalan lahir (Greenbaum, dkk, 2017). Beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan retensio plasenta antara lain usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, multiparitas, riwayat kuretase atau operasi sesar, plasenta previa atau akreta, serta persalinan preterm. Faktor lain yang turut berperan adalah manajemen persalinan yang tidak aktif dan riwayat retensio pada kehamilan sebelumnya (Okta Vitriani, dkk, 2020; Perlman & Carusi, 2019).

Secara global, retensio plasenta terjadi pada 0,5% hingga 4,8% dari seluruh persalinan pervaginam. Kejadian ini meningkat pada persalinan preterm, dengan insidensi hingga 9%. Angka ini lebih tinggi di rumah sakit rujukan atau fasilitas dengan pasien risiko tinggi (Ramadan, dkk, 2025). Di Indonesia, data menunjukkan angka kejadian retensio plasenta bervariasi tergantung lokasi dan fasilitas kesehatan. Di Mataram, prevalensi dilaporkan sekitar 2–3%, sementara di Surabaya angkanya berkisar antara 2,8% hingga 4,2%. Beberapa rumah sakit daerah seperti RSUD Kalianda dan RSUD Jeneponto mencatat insidensi yang lebih tinggi, mencapai 16–19% (Yadul, dkk, 2020; Intiyaswati & Pramesti, 2021).

Secara klinis, pasien dengan retensio plasenta dapat menunjukkan beberapa gejala khas yang muncul setelah proses persalinan. Gejala utama adalah perdarahan pervaginam yang berlangsung terus-menerus setelah kelahiran bayi, yang bisa ringan namun juga bisa masif dan mengancam jiwa. Selain itu, pasien sering mengeluhkan rasa tidak nyaman atau nyeri pada perut bagian bawah akibat uterus yang tidak berkontraksi dengan baik. Pada pemeriksaan pervaginam, tali pusat bisa tampak menggantung tanpa adanya tanda pelepasan plasenta. Dalam kasus lanjut, pasien dapat menunjukkan tanda-tanda anemia akut seperti lemas, pucat, sesak napas, hingga kehilangan kesadaran jika terjadi perdarahan berat yang tidak segera ditangani (Perlman & Carusi, 2019; Ramadan, dkk, 2025).

Diagnosis ditegakkan apabila plasenta belum lahir dalam waktu ≥ 30 menit setelah bayi lahir, terutama jika disertai dengan tanda-tanda perdarahan dan kontraksi uterus yang lemah. Diagnosis juga dapat dipertimbangkan bila ada riwayat pelepasan plasenta yang sulit pada kehamilan sebelumnya atau ditemukan indikasi klinis seperti uterus membesar dan lunak (Ramadan, dkk, 2025). Pemeriksaan fisik pada pasien dengan retensio plasenta menunjukkan uterus yang masih besar dan lunak, serta perdarahan yang terus berlanjut. Jika perdarahan masif terjadi, tanda-tanda syok hipovolemik seperti nadi cepat, tekanan darah menurun, dan konjungtiva pucat akan tampak. Pemeriksaan ini penting untuk segera menentukan intervensi. Pemeriksaan penunjang yang dapat digunakan termasuk ultrasonografi transabdominal atau transvaginal untuk memastikan adanya sisa plasenta di dalam kavum uteri. Pemeriksaan laboratorium seperti kadar hemoglobin, hematokrit, dan tes koagulasi juga penting untuk menilai derajat kehilangan darah dan kesiapan untuk tindakan lebih lanjut (Ramadan, dkk, 2025; Prihatanti, dkk, 2024).

Tatalaksana utama atau gold standard untuk retensio plasenta adalah tindakan *manual removal of placenta* (MROP), yaitu prosedur pengeluaran plasenta secara manual melalui tangan yang dimasukkan ke dalam rahim. Prosedur ini harus dilakukan secara aseptik, di bawah pengawasan tenaga medis terlatih, dan sebaiknya dalam kondisi anestesi yang memadai (Ramadan, dkk, 2025). MROP dilakukan segera setelah diagnosis ditegakkan dan tidak boleh ditunda lebih dari 30 menit pascapersalinan, terutama jika disertai perdarahan. Prosedur ini sangat bergantung pada keterampilan operator dan harus dilakukan dengan persiapan resusitasi serta transfusi darah jika diperlukan (Perlman & Carusi, 2019). Meski efektif, MROP memiliki risiko seperti infeksi, trauma uterus, dan perdarahan masif. Oleh karena itu, antibiotik profilaksis disarankan pascatindakan. Jika setelah MROP masih ditemukan jaringan sisa, maka intervensi lanjutan seperti kuretase harus segera dilakukan (Janson, dkk, 2023).

Kuretase uterus dilakukan untuk membersihkan jaringan plasenta yang tertinggal, yang berisiko menimbulkan perdarahan lanjutan dan infeksi endometrium. Kuretase harus dilakukan oleh operator terlatih, sering kali dengan panduan ultrasonografi untuk memastikan seluruh jaringan berhasil dievakuasi (Okta Vitriani, dkk, 2020; Greenbaum, dkk, 2017).

Selain pengobatan, skrining antepartum sangat penting untuk mendeteksi kondisi yang berisiko tinggi menyebabkan retensio plasenta. Pemeriksaan ultrasonografi rutin selama kehamilan dapat mengidentifikasi plasenta previa atau akreta, sehingga dapat direncanakan tempat dan metode persalinan yang sesuai (Ramadan, dkk, 2025). Retensio plasenta yang tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius. Komplikasi tersebut meliputi perdarahan postpartum masif, syok hipovolemik, anemia berat, endometritis, infertilitas, dan dalam kasus ekstrem dapat berujung pada histerektomi atau kematian ibu (Janson, dkk, 2023; Ramadan, dkk, 2025).

Dengan tingginya risiko yang ditimbulkan, penting bagi seluruh tenaga kesehatan yang menangani persalinan untuk memahami mekanisme, tanda-tanda, dan tata laksana retensio plasenta. Edukasi kepada ibu hamil, manajemen aktif kala III, serta deteksi dini dan kesiapsiagaan fasilitas layanan kesehatan adalah kunci utama dalam menekan angka morbiditas dan mortalitas akibat kondisi ini.

KESIMPULAN

Retensio plasenta perlu ditangani secara cepat dan tepat untuk mencegah perdarahan postpartum yang berpotensi fatal. Diagnosis ditegakkan melalui evaluasi klinis dan pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi. Tatalaksana utama meliputi manual removal of placenta, yang dapat dilanjutkan dengan kuretase bila terdapat sisa jaringan. Pencegahan melalui manajemen aktif kala III dan deteksi dini faktor risiko sangat penting untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu. Edukasi serta kesiapsiagaan fasilitas kesehatan menjadi kunci keberhasilan dalam penanganan kasus ini.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pembimbing atas arahan, dan ilmunya yang sangat berharga selama penyusunan laporan ini. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada seluruh tim medis dan staf RSUD Ciawi yang telah memberikan dukungan serta fasilitas yang memungkinkan terlaksananya penulisan laporan ini dengan baik. Tidak lupa, penulis juga menghargai kontribusi semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung turut membantu dalam proses penyelesaian karya ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Greenbaum, S., Wainstock, T., Dukler, D., Leron, E., & Erez, O. (2017). Underlying mechanisms of retained placenta: Evidence from a population-based cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.035>
- Intiyaswati, I., & Pramesti, P. (2021). Hubungan umur dan paritas ibu dengan kejadian retensi plasenta. *Jurnal Kebidanan*, 10(1), 52–57. <https://jurnal.stikeswilliambooth.ac.id/index.php/Keb/article/view/283>
- Janson, A., Ignell, C., & Stuart, A. (2023). Manual placenta removal is associated with increased postpartum prescriptions of antibiotics: A retrospective cohort study of data from the Anti-Infection Tool. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 73(1), 15–20. <https://doi.org/10.1007/s13224-022-01696-x>
- Nasser, B. H., Jadaon, J. E., Awad-Khamaisy, N., Lfoul, L. A., & Hendler, I. (2024). Novel risk factors associated with retained placenta after vaginal birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 168(3), 1117–1123. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15978>
- Okta Vitriani, L., Lailiyana, L., & Putri, A. N. C. S. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian retensi plasenta di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Ibu dan Anak (JIA)*, 7(1), 36–45. <https://jurnal.pkr.ac.id/index.php/JIA/article/view/223>
- Perlman, N. C., & Carusi, D. A. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. *International Journal of Women's Health*, 11, 527–534. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S218933>
- Prihatanti, N. R., Rofifah, L. R., & Ramadhani, R. (2024). Pengaruh faktor usia terhadap kejadian retensi plasenta di Indonesia. *Malang Journal of Midwifery (MAJORY)*, 6(1), 46–55. <https://ojs.poltekkes-malang.ac.id/index.php/MAJORY/article/view/4393>
- Ramadan, M. K., El-Zein, N., Jomaa, M., Zeidan, A., El Tal, R., & Badr, D. A. (2025). Retained non-previa placenta in the era of “placenta accreta spectrum”: A report of two cases managed expectantly and a proposed plan for management. *Frontiers in Medicine*, 12, Article 1504491. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1504491>
- Sinta, D. M. (2024). Determinants of retained placenta at Malinau Hospital, North Kalimantan. *Journal for Research in Public Health*, 5(2), 88–96. <https://doi.org/10.30994/jrph.v5i2.70>
- Favilli, A., Tosto, V., Ceccobelli, M., Parazzini, F., Franchi, M., & Bini, V., et al. (2021). Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: A systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 21, Article 268. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03721-9>
- Gitasari, R. P., Kusumosih, T. A. R., Nugroho, D. C. A., & Rahardjo, H. (2022). Factors associated with retained placenta: A case-control at Bethesda Hospital Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 7(1), 11–13. <https://doi.org/10.21460/bikdw.v7i1.356>
- Yadul, U., Annisa, N. H., & Idyawati, S. (2020). Faktor umur dan paritas terhadap kejadian retensi plasenta. *Indonesian Journal of Midwifery*, 4(1). <https://jurnal.unw.ac.id/index.php/ijm/article/view/845>