HUBUNGAN PARITAS DAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA DENGAN KEJADIAN RETENSIO PLASENTA PADA IBU USIA 20-35 TAHUN

PROPOSAL SKRIPSI



Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

NIKITA ASTAMI DWINANDA

030002200123

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, 1 JULI 2025

Bidang Ilmu: Kedokteran Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN PARITAS DAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA DENGAN KEJADIAN RETENSIO PLASENTA PADA IBU USIA 20-35 TAHUN

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Nikita Astami Dwinanda

NIM: 030002200123

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, 1 JULI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN PARITAS DAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA DENGAN KEJADIAN RETENSIO PLASENTA PADA IBU USIA 20-35 TAHUN

Nikita Astami
Dwinanda
NIM. 030002200123

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Selasa, 1 Juli 2025

Pembimbing

Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG (K)
NIK : 1588/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN PARITAS DAN RIWAYAT SECTIO CAESAREA DENGAN KEJADIAN RETENSIO PLASENTA PADA IBU USIA 20-35 TAHUN

Nama mahasiswa: Nikita Astami Dwinanda

NIM: 030002200123

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Ketua Penguji
Nama :
NIK : ……

Anggota Penguji 1
Nama :
NIK : ……

Anggota Penguji 2
Nama :
NIK : ……

Jakarta, 1 Juli 2025
Dekan
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Nikita Astami Dwinanda
NIM	: 030002200123
Program Studi	: S1 Fakultas Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Komp DDN I Jl. Swadaya A20, RT/RW 002/004 Pondok Labu, Cilandak, Jakarta Selatan, DKI Jakarta
Telepon / mobile	: 081273456189
E-mail	: 030002200123@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan Paritas dan Riwayat Sectio Caesarea dengan Kejadian Retensio Plasenta pada Ibu Usia 20-35 tahun

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan proposal ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 13 Juni 2025

Nikita Astami Dwinanda
NIM 030002200

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
DAFTAR ARTI SINGKATAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 4
1.3 Tujuan 4
1.3.1 Tujuan umum 4
1.3.2 Tujuan khusus 4
1.4 Hipotesis 4
1.5 Manfaat 5
1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan 5
1.5.2 Bagi profesi/institusi 5
1.5.3 Bagi masyarakat 5

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 6
2.1 Retensio plasenta 6
2.1.1 Definisi 6
2.1.2 Epidemiologi 6
2.1.3 Etiologi 7
2.1.4 Klasifikasi 7
2.1.5 Faktor risiko 8
2.1.6 Manifestasi klinis 8
2.1.7 Patofisiologi 9
2.1.8 Diagnosis 9

2.1.9 Komplikasi 10
2.1.10 Tatalaksana 10
2.2 Hubungan paritas dengan retensio plasenta 11
2.3 Hubungan riwayat sectio caesarea dengan retensio plasenta 14
2.4 Ringkasan pustaka 16
2.5 Kerangka teori 19

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 20
3.1 Kerangka konsep 20
3.2. Definisi operasional 21

BAB IV METODE PENELITIAN 23
4.1 Desain 23
4.2 Lokasi dan waktu penelitian 23
4.3 Populasi dan subjek 23
4.3.1 Populasi 23
4.3.2 Populasi target 23
4.3.3 Populasi terjangkau 23
4.3.4 Subjek 24
4.4 Perhitungan jumlah sampel 26
4.5 Bahan dan instrumen 27
4.6 Analisis data 27
4.6.1 *Editing* 27
4.6.2 *Coding* 27
4.6.3 *Data entry* 27
4.6.4 *Cleaning* 28
4.7 Analisis data 28
4.7.1 Analisis univariat 28
4.7.2 Analisis bivariat 28
4.8 Alur kerja penelitian 29
4.9 Etika penelitian 29
4.10 Penjadwalan penelitian 30

DAFTAR PUSTAKA 32
LAMPIRAN.....37

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka 16
Tabel 2. Definisi operasional 21
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 19
Gambar 2. Kerangka konsep 20
Gambar 3. Alur Kerja Penelitian 29

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table* 37

DAFTAR ARTI SINGKATAN

WHO	: *World Health Organization*
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: Sectio Caesarea
ART	: *Assisted Reproductive Technology*
USG	: Ultrasonografi
G	: Gravida
P	: jumlah kelahiran (Paritas)
Ab	: jumlah kejadian Abortus
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Retensio plasenta adalah kondisi terlambatnya kelahiran plasenta melampaui 30 menit pasca persalinan, merupakan masalah signifikan dalam kesehatan ibu postpartum.[1] Perdarahan pascapersalinan menjadi penyebab utama kematian ibu, dan retensio plasenta berkontribusi sebesar 16-17% terhadap kasus perdarahan tersebut.[2] Berdasarkan data WHO tahun 2008, sekitar dua pertiga kasus kematian ibu akibat perdarahan disebabkan oleh retensio plasenta. Secara spesifik, retensio plasenta menyumbang sekitar 15–20% dari total kematian ibu, dengan insiden 0,8-1,2% per kelahiran. Dari data tersebut, retensio plasenta menempati posisi ketiga sebagai penyebab utama perdarahan pascapersalinan, setelah atonia uteri di peringkat pertama (50–60%) dan sisa plasenta di peringkat kedua (23–24%). [1, 3, 4]

Beberapa faktor dapat memengaruhi terjadinya retensio plasenta, di antaranya jarak kehamilan, riwayat manual plasenta, anemia, partus lama, preeklampsia, kehamilan bayi kembar, usia ibu, paritas, dan riwayat sectio caesarea.[1] Jarak kehamilan yang terlalu dekat, terutama kurang dari dua tahun, meningkatkan risiko retensio plasenta karena sistem reproduksi ibu belum pulih sepenuhnya sehingga proses pelepasan plasenta terganggu.[5] Riwayat manual plasenta pada persalinan sebelumnya dapat menyebabkan trauma pada endometrium yang berpotensi menimbulkan kelainan perlekatan plasenta pada kehamilan berikutnya, seperti plasenta akreta.[6] Anemia pada ibu hamil juga berperan penting, karena penurunan suplai oksigen ke miometrium menyebabkan kontraksi rahim menjadi lemah sehingga plasenta sulit terlepas.[7] Selain itu, persalinan yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelelahan otot rahim sehingga kontraksi tidak efektif dalam melepaskan plasenta.[8] Preeklampsia sebagai kondisi hipertensi kehamilan juga dapat mengganggu aliran darah ke plasenta dan memicu kelainan perlekatan yang meningkatkan risiko retensio plasenta.[9] Kehamilan bayi kembar berkontribusi dengan memperbesar ukuran rahim dan plasenta, sehingga kontraksi pascapersalinan menjadi kurang efektif.[10] Usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun)

maupun lanjut usia (>35 tahun) juga berisiko lebih tinggi mengalami retensio plasenta karena faktor kematangan endometrium dan perubahan fisiologis terkait usia.[11] Paritas, yakni jumlah kelahiran hidup yang pernah dialami seorang wanita, dan riwayat sectio caesarea diidentifikasi sebagai faktor risiko terjadinya retensio plasenta.[12] Memiliki paritas tinggi (lebih dari tiga anak) serta jarak kelahiran yang kurang dari dua tahun dapat melemahkan uterus, mengakibatkan kontraksi yang tidak optimal dan meningkatkan kemungkinan terjadinya retensio plasenta.[6] Terakhir, riwayat sectio caesarea dapat menyebabkan trauma endometrium yang memicu perlekatan plasenta abnormal pada kehamilan berikutnya.[13] Dengan demikian, pemahaman terhadap faktor-faktor risiko ini penting dalam upaya pencegahan dan penanganan retensio plasenta.

Beberapa penelitian telah menunjukan adanya hubungan antara paritas dan riwayat sectio caesarea dengan retensio plasenta. Penelitian oleh Handayani et al. menemukan bahwa paritas ≥5 memiliki keterkaitan dengan meningkatnya kejadian retensio plasenta.[14] Penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2022 juga menunjukkan kejadian retensio plasenta terbukti memiliki keterkaitan signifikan dengan riwayat persalinan melalui sectio caesarea dan tingkat paritas, masing-masing dengan p-value 0,012 dan 0,010.[15] Studi lain juga mengungkapkan adanya keterkaitan antara multiparitas dan kejadian retensio plasenta.[14] Wanita dengan paritas tinggi berisiko tiga kali lebih besar mengalami retensio plasenta akibat perubahan pada serat otot rahim yang dapat melemahkan kemampuan kontraksi setelah setiap kehamilan dan persalinan.[6]

Retensio plasenta dapat berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan ekonomi masyarakat. Secara fisik, retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum, infeksi, dan komplikasi lainnya yang mengancam jiwa ibu.[3] Selain itu, tindakan medis seperti manual plasenta atau bahkan histerektomi mungkin diperlukan untuk mengatasi kondisi ini. Secara mental, kondisi ini dapat menyebabkan trauma pada ibu dan keluarga, terutama jika terjadi komplikasi serius. Dari segi ekonomi, penanganan retensio plasenta dapat meningkatkan biaya perawatan kesehatan, termasuk biaya rawat inap, transfusi darah, dan intervensi bedah jika diperlukan.[3] Penyebab retensio plasenta meliputi perlekatan abnormal

plasenta pada dinding rahim dan gangguan kontraksi uterus. Konsekuensinya bisa berupa perdarahan hebat, infeksi, dan komplikasi serius lainnya yang dapat mengancam nyawa ibu.[15]

Meskipun sejumlah penelitian menyatakan bahwa paritas tinggi dan riwayat sectio caesarea merupakan faktor risiko retensio plasenta, namun tidak semua studi menunjukkan hasil yang konsisten. Penelitian yang dilakukan oleh Okta Vitriani et al. di RSUD Arifin Achmad, Pekanbaru, dengan desain case-control retrospektif, menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara paritas (p=0,596) maupun riwayat sectio caesarea (p=0,098) dengan kejadian retensio plasenta.[3] Begitu pula dengan studi observasional analitik cross-sectional oleh Septian Suci Yatiningsih et al. di RSUD Kota Mataram, yang melibatkan 85 responden, juga melaporkan bahwa meskipun usia dan paritas menunjukkan hubungan signifikan (p=0,009 dan p=0,043), namun riwayat sectio caesarea tidak berhubungan signifikan dengan retensio plasenta (p=0,468).[1]

Perbedaan hasil penelitian ini menunjukan bahwa hubungan antara paritas dan riwayat sectio caesarea dengan retensio plasenta masih kompleks dan memerlukan penelitian lebih lanjut. Diperlukan penelitian lanjutan guna mengungkap faktor-faktor lain yang mungkin berkontribusi terhadap terjadinya retensio plasenta, seperti usia ibu, kondisi kesehatan, serta metode atau praktik persalinan. Penelitian lebih lanjut juga diperlukan untuk mengembangkan strategi pencegahan dan penanganan retensio plasenta yang lebih efektif, terutama pada ibu dengan paritas tinggi dan riwayat sectio caesarea.

Penelitian ini memiliki kebaruan dalam beberapa aspek. Pertama, penelitian ini secara khusus menargetkan kelompok usia ibu 20-35 tahun, yang merupakan rentang usia reproduktif dengan risiko sedang terhadap retensio plasenta. Sebagian besar penelitian sebelumnya lebih banyak berfokus pada ibu dengan usia ekstrem (usia remaja atau di atas 35 tahun). Kedua, studi ini memanfaatkan data sekunder dari rekam medis, yang memungkinkan dilakukannya analisis pada tingkat populasi dengan cakupan sampel yang lebih besar dan representatif. Ketiga, studi ini tidak hanya meneliti hubungan antara paritas dan riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta, tetapi juga mempertimbangkan perbedaan hasil dari penelitian

sebelumnya, sehingga dapat memberikan perspektif baru terkait faktor risiko ini. Oleh karena itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmiah yang berguna sebagai landasan dalam perumusan kebijakan pencegahan dan penanganan retensio plasenta.

1.2 Perumusan masalah

1. Apakah terdapat hubungan antara paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu post partum?
2. Apakah terdapat hubungan antara riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta pada ibu post partum?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan pemahaman mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun dengan menentukan hubungan paritas dan riwayat sectio caesarea terhadap kejadian retensio plasenta.

1.3.2 Tujuan khusus

- Untuk menentukan proporsi paritas, riwayat sectio caesarea, dan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun.
- Untuk menentukan hubungan paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun.
- Untuk menentukan hubungan riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun.

1.4 Hipotesis

Paritas dan riwayat sectio caesarea berhubungan dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan bukti ilmiah mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian retensio plasenta, khususnya dalam konteks paritas dan riwayat sectio caesarea pada ibu usia 20-35 tahun.

1.5.2 Bagi profesi/institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi tenaga kesehatan, khususnya bidan dan dokter, dalam upaya pencegahan dan penanganan retensio plasenta, serta sebagai dasar dalam penyusunan kebijakan atau protokol terkait persalinan.

1.5.3 Bagi masyarakat

Penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil mengenai faktor risiko retensio plasenta, sehingga dapat mendorong kesiapan dalam menghadapi persalinan dan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Retensio plasenta

2.1.1 Definisi

Retensio plasenta adalah kondisi obstetri yang serius di mana plasenta, atau sebagian dari plasenta, tidak lahir secara spontan dalam waktu lebih dari 30 menit setelah kelahiran bayi.[16] Kondisi ini mengindikasikan adanya gangguan dalam proses pelepasan dan pengeluaran plasenta dari rahim.[17] Secara fisiologis, setelah bayi dilahirkan, uterus akan berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim, namun dalam kasus retensio plasenta, mekanisme fisiologis ini terganggu, menyebabkan plasenta tertahan di dalam rahim.[16] Retensio plasenta memerlukan evaluasi dan intervensi yang cepat untuk mencegah komplikasi yang mengancam jiwa ibu[17]. Kegagalan dalam penanganan retensio plasenta dapat menyebabkan perdarahan postpartum yang parah, infeksi, dan bahkan kematian ibu.[18]

2.1.2 Epidemiologi

Epidemiologi retensio plasenta menunjukkan bahwa kondisi ini terjadi pada sekitar 2–3,3% dari seluruh persalinan per vaginam di seluruh dunia.[19] Retensio plasenta adalah salah satu faktor utama penyebab perdarahan postpartum primer dan sekunder, yang memberikan kontribusi besar terhadap tingginya angka kematian ibu. Diperkirakan bahwa sekitar 20% dari semua kasus perdarahan postpartum disebabkan oleh retensio plasenta.[20] Angka kejadian retensio plasenta tercatat lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan tinggi, yaitu sebesar 2,7%, dibandingkan dengan 1,5% di negara-negara berpenghasilan rendah.[20]

Di Indonesia, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, proporsi kasus plasenta tertinggal sebagai bagian dari komplikasi persalinan tercatat sebesar 0,8% secara nasional.[21] Namun, angka tersebut berpotensi meningkat seiring dengan bertambahnya persentase kelahiran melalui metode sectio caesarea (SC), yang merupakan salah satu faktor risiko retensio plasenta.[22]

Retensio plasenta juga terkait erat dengan mortalitas maternal. Menurut WHO, kematian ibu akibat perdarahan pasca persalinan mencakup sekitar 25%, dan dari jumlah tersebut, sekitar 16-17% disebabkan oleh retensio plasenta.[23] Tingkat kematian akibat retensio plasenta lebih tinggi di negara-negara berkembang, dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas medis terbatas untuk menangani kondisi ini, diperkirakan mencapai sekitar 1%.[24]

2.1.3 Etiologi

Etiologi retensio plasenta bersifat multifaktorial, melibatkan berbagai faktor predisposisi yang berperan dalam meningkatkan risiko terjadinya kondisi tersebut.[16] Beberapa faktor risiko yang telah diidentifikasi meliputi jarak kehamilan, riwayat manual plasenta, anemia, partus lama, preeklamsia, kehamilan bayi kembar, usia ibu yang ekstrem, dan paritas tinggi.[17] Selain itu, riwayat sectio caesarea atau bekas sectio caesarea juga telah terbukti menjadi faktor risiko penting untuk retensio plasenta.[16] Secara lebih rinci, etiologi retensio plasenta dapat dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu faktor-faktor yang berkaitan dengan perlekatan plasenta yang tidak normal dan faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan kontraksi rahim.[6] Perlekatan abnormal plasenta terjadi ketika plasenta menembus lapisan dinding uterus secara abnormal, sehingga menghambat proses pelepasan plasenta setelah kelahiran bayi.[25] Sementara itu, gangguan kontraksi uterus (atonia uteri) dapat menyebabkan uterus gagal berkontraksi secara efektif untuk melepaskan plasenta, yang juga mengakibatkan retensio plasenta.[17] Pemahaman yang komprehensif tentang etiologi retensio plasenta sangat penting untuk mengidentifikasi ibu-ibu yang berisiko tinggi dan mengembangkan strategi pencegahan yang efektif.[16]

2.1.4 Klasifikasi

Retensio plasenta dapat diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya. Jenis-jenis retensio plasenta meliputi plasenta adhesiva, di mana plasenta melekat erat pada dinding uterus karena kontraksi uterus yang tidak adekuat.[9] Plasenta inkarserata terjadi ketika plasenta telah lepas dari dinding uterus, tetapi tertahan di

dalam kavum uteri karena adanya lingkaran konstriksi pada uterus.[26] Selain itu, plasenta akreta menggambarkan kondisi plasenta yang melekat secara abnormal pada dinding uterus, yang dapat berupa plasenta akreta (melekat pada endometrium), plasenta inkreta (menembus miometrium), dan plasenta perkreta (menembus serosa uterus).[27]

2.1.5 Faktor risiko

Faktor risiko retensio plasenta melibatkan beberapa kondisi yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kondisi ini. Usia ibu, baik yang masih sangat muda (<20 tahun) maupun yang sudah lanjut usia (>35 tahun), termasuk salah satu faktor risiko karena kematangan organ reproduksi dan peningkatan risiko anemia pada usia muda, serta penurunan fungsi reproduksi pada usia lanjut.[23] Paritas tinggi atau multiparitas juga berperan sebagai faktor risiko karena rahim yang sering mengalami peregangan dapat melemahkan kontraksi uterus.[28]

Riwayat operasi uterus seperti sectio caesarea (SC) dan riwayat retensio plasenta sebelumnya juga meningkatkan risiko retensio plasenta.[3] Selain itu, anemia kehamilan merupakan faktor penting karena melemahkan kontraksi miometrium sehingga mempengaruhi pelepasan plasenta.[3] Jarak kelahiran yang pendek juga diidentifikasi sebagai faktor signifikan dalam beberapa penelitian.[28] Faktor lain seperti persalinan prematur dan penggunaan teknologi reproduksi berbantu (ART) juga telah dikaitkan dengan peningkatan risiko retensio plasenta.[29] Oleh karena itu, pemahaman tentang faktor-faktor ini sangat penting untuk pencegahan dan manajemen retensio plasenta.

2.1.6 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis retensio plasenta meliputi kegagalan plasenta keluar lebih dari 30 menit setelah kelahiran bayi, perdarahan vagina yang berlebihan, serta nyeri di daerah perut bagian bawah. Pada kasus perdarahan berat, ibu dapat mengalami tanda-tanda syok hipovolemik. Penanganan retensio plasenta perlu dilakukan secara cepat dan tepat guna menghindari komplikasi yang berpotensi mengancam nyawa ibu.[30]

2.1.7 Patofisiologi

Patofisiologi retensio plasenta melibatkan tiga mekanisme utama yang mengganggu proses pelepasan dan pengeluaran plasenta secara normal dari rahim, yaitu plasentasi invasif, hipoperfusi plasenta, dan kontraktilitas yang tidak memadai.[31] Plasentasi invasif yang abnormal bisa terjadi akibat kerusakan pada endometrium, seperti yang disebabkan oleh prosedur operasi pada rahim, misalnya sectio caesarea, yang mengakibatkan gangguan pada integritas endometrium dan lapisan miometrium.[31] Hal ini memungkinkan sel trofoblas ekstravilosa menembus dinding rahim lebih dalam dari seharusnya, yang berpotensi menyebabkan plasenta akreta hingga perkreta, sehingga pelepasan plasenta menjadi sulit.[9]

Hipoperfusi plasenta, yang sering dikaitkan dengan kondisi seperti preeklampsia, kehamilan preterm, dan pertumbuhan janin terhambat, juga dapat menyebabkan plasentasi abnormal.[32] Hipoksia intermiten pada plasenta meningkatkan stres oksidatif, yang menyebabkan disfungsi sel endotel dan meningkatkan apoptosis, yang merupakan karakteristik dari retensio plasenta.[9] Kontraktilitas inadekuat miometrium retroplasenta merupakan faktor penting dalam keberhasilan mekanisme kala III persalinan.[9] Gangguan pada salah satu fase persalinan kala III, seperti fase laten, kontraksi, pelepasan, atau ekspulsi, dapat mengakibatkan terjadinya retensio plasenta. Pengeluaran plasenta juga bisa terhambat apabila kontraksi terjadi pada segmen bawah rahim dan leher rahim (serviks) sebelum proses pelepasan plasenta berlangsung.[31]

2.1.8 Diagnosis

Diagnosis retensio plasenta ditegakkan ketika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah kelahiran bayi. Kondisi ini seringkali disertai dengan gejala seperti perdarahan hebat melalui vagina, nyeri abdomen, dan kontraksi uterus yang buruk.[33] Pemeriksaan fisik dan anamnesis yang teliti sangat penting untuk membedakan retensio plasenta dari kondisi lain seperti atonia uteri atau laserasi jalan lahir. Selain itu, pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG) dapat

digunakan untuk membedakan antara plasenta trapped dengan plasenta adherens atau akreta.[34]

Retensio plasenta dapat terjadi pada siapa saja, namun faktor risiko seperti riwayat operasi uterus (misalnya sectio caesarea), paritas tinggi, dan penggunaan oxytocin berkepanjangan dapat meningkatkan kemungkinannya.[9] Diagnosis banding penting karena perdarahan postpartum juga bisa disebabkan oleh kondisi lain. Oleh karena itu, evaluasi syok hipovolemik dan status hemodinamik pasien harus dilakukan secara menyeluruh untuk menentukan tindakan lanjutan yang tepat.[35]

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi retensio plasenta dapat sangat beragam dan berpotensi mengancam nyawa. Perdarahan postpartum merupakan komplikasi yang paling umum terjadi, disebabkan oleh pembuluh darah yang tidak tertutup dengan baik setelah plasenta terlepas dari dinding uterus.[9] Jika tidak ditangani dengan cepat, perdarahan ini dapat menyebabkan syok hipovolemik dan bahkan kematian. Selain itu, endometritis postpartum juga sering terjadi sebagai akibat dari prosedur manual plasenta yang meningkatkan risiko infeksi rahim.[36]

Komplikasi lain yang dapat terjadi meliputi perforasi uterus dan subinvolusi uteri, yaitu keadaan di mana rahim gagal kembali ke ukuran semula setelah proses persalinan.[37] Polip plasenta atau tumbuhnya jaringan abnormal pada plasenta juga dapat menjadi komplikasi lanjutan. Oleh karena itu, penanganan retensio plasenta memerlukan perhatian serius untuk mencegah dampak negatif pada ibu pasca melahirkan. Di fasilitas kesehatan dengan sarana yang terbatas, risiko kematian akibat retensio plasenta dapat mencapai sekitar 1%.[9]

2.1.10 Tatalaksana

Tatalaksana retensio plasenta meliputi serangkaian tindakan yang bertujuan untuk mengeluarkan plasenta yang tertahan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.[34] Penatalaksanaan awal yang penting adalah stabilisasi hemodinamik

pasien, terutama jika terjadi perdarahan hebat, dengan melakukan resusitasi cairan dan pemberian oksigen.[38]

Tindakan definitif untuk retensio plasenta adalah manual plasenta, yaitu prosedur mengeluarkan plasenta secara manual dari uterus. Sebelum melakukan manual plasenta, pemasangan infus dan pemberian antibiotik profilaksis dosis tunggal (misalnya, ampisilin 2 g IV dan metronidazol 500 mg IV) perlu dipertimbangkan.[17] Teknik manual plasenta harus dilakukan dengan hati-hati untuk menghindari komplikasi seperti perforasi uterus dan infeksi.[39]

Selain manual plasenta, pemberian obat-obatan seperti oksitosin juga dapat dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus.[17] Jika manual plasenta tidak berhasil, tindakan lain seperti ekstraksi instrumen atau histerektomi dapat dipertimbangkan. Setelah plasenta berhasil dikeluarkan, masase uterus perlu dilakukan untuk memastikan kontraksi uterus yang adekuat.[18]

2.2 Hubungan paritas dengan retensio plasenta

Paritas merujuk pada kondisi seorang wanita yang telah melahirkan anak, baik dalam keadaan hidup maupun meninggal, namun tidak termasuk aborsi; kelahiran kembar dihitung sebagai satu kali paritas.[40] Dalam definisi lain, paritas diartikan sebagai jumlah kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang wanita.[40] Paritas juga dapat didefinisikan sebagai jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu bertahan hidup di luar rahim, yaitu pada usia kehamilan minimal 28 minggu. Jumlah paritas merupakan bagian dari status obstetri yang biasa dinyatakan dalam format G-P-Ab, di mana G adalah jumlah kehamilan (gravida), P adalah jumlah kelahiran (paritas), dan Ab adalah jumlah kejadian abortus.[40]

Paritas, yang mengacu pada banyaknya kelahiran hidup yang dialami seorang wanita, dapat mempengaruhi anatomi dan fisiologi ibu. Paritas tinggi, yaitu lebih dari tiga kelahiran, dapat mengakibatkan gangguan pada organ reproduksi, khususnya alat kandungan, serta kerusakan pada pembuluh darah di rahim.[41] Kehamilan berulang dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah ibu, mengganggu penyaluran nutrisi ke janin, dan meningkatkan risiko bayi berat lahir rendah (BBLR).[40] Selain itu, wanita dengan jumlah kelahiran yang tinggi

cenderung mengalami masalah pada sistem reproduksinya dan penurunan elastisitas pembuluh darah. Paritas yang berisiko (lebih dari 4) meningkatkan risiko terjadinya kelainan pada plasenta.[41] Namun, paritas yang paling aman adalah 2-3 kelahiran, karena paritas 1 dan paritas tinggi memiliki angka kematian maternal yang lebih tinggi. [23, 42] Data dari studi populasi besar menunjukkan bahwa angka kematian maternal paling rendah terdapat pada kelompok paritas 2–3, sedangkan pada paritas pertama (primipara) maupun pada paritas tinggi (≥4), risiko kematian meningkat.[23] Primipara (paritas 1) memiliki risiko maternal mortality yang lebih tinggi dibandingkan wanita dengan paritas 2–3, karena pengalaman pertama melahirkan berisiko komplikasi seperti dystokia dan perdarahan.[43] Grand multipara (paritas ≥4 atau ≥5) menunjukkan peningkatan komplikasi obstetri (seperti preeklamsia, anemia, plasenta previa, dan perdarahan postpartum) serta peningkatan risiko kematian jika dibandingkan dengan paritas rendah.[44] Pada ibu dengan paritas tinggi, uterus cenderung bekerja tidak efisien karena penurunan kemampuan kontraksi setelah terlepasnya plasenta, meningkatkan risiko perdarahan postpartum.[45] Kehamilan yang terjadi berulang kali dapat mengganggu proses penyaluran nutrisi ke janin.[46]

Sejumlah penelitian mengindikasikan adanya keterkaitan yang signifikan antara jumlah paritas dan terjadinya retensio plasenta. Ibu dengan paritas multipara memiliki risiko mengalami retensio plasenta sekitar 1,449 kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang termasuk paritas primipara.[45]Studi lain mengungkapkan bahwa rendahnya tingkat paritas pada ibu berbanding lurus dengan menurunnya angka kejadian retensio plasenta.[12] Wanita yang telah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih cenderung memiliki rahim yang mengalami peregangan berlebihan, sehingga menciptakan ruang kosong yang dapat meningkatkan risiko gangguan pada plasenta.[47] Paritas tinggi (>4) memiliki kemungkinan 5,4 kali lebih besar untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan dengan ibu yang memiliki paritas rendah. Jumlah paritas secara signifikan berperan terhadap terjadinya retensio plasenta, terutama pada ibu dengan paritas tinggi.[47]

Namun, terdapat juga studi yang menunjukkan temuan berbeda. Penelitian yang dilakukan di PMB Sari Surabaya selama periode 2019–2020 melaporkan

bahwa sebagian besar ibu yang melahirkan merupakan primipara, yaitu sebesar 65,5% dari total 58 responden yang diteliti.[48] Hal ini menunjukkan bahwa dalam konteks populasi penelitian tersebut, dominasi ibu dengan paritas rendah menyebabkan hubungan antara multiparitas dan kejadian retensio plasenta menjadi kurang tampak secara signifikan. Temuan ini menjadi penting sebagai pembanding bahwa hubungan antara paritas dan retensio plasenta dapat dipengaruhi oleh distribusi karakteristik responden yang diteliti, khususnya pada kelompok usia dan status obstetri ibu. Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut dengan distribusi paritas yang lebih berimbang diperlukan untuk melihat hubungan yang lebih konsisten antara paritas dan kejadian retensio plasenta.

2.3 Hubungan riwayat sectio caesarea dengan retensio plasenta

Riwayat operasi sectio caesarea (SC) termasuk faktor risiko penting yang berhubungan dengan terjadinya retensio plasenta.[6] Pengalaman menjalani sectio caesarea sebelumnya dapat meningkatkan kemungkinan retensio plasenta pada persalinan selanjutnya.[6]

Beberapa studi mengungkapkan adanya kaitan yang bermakna antara riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta.[3] Wanita dengan riwayat sectio caesarea memiliki bekas luka pada rahim yang dapat meningkatkan risiko komplikasi serius dan kematian selama kehamilan.[14] Riwayat sectio caesarea berisiko mengalami retensio plasenta, akibat adanya perkembangan desidua pada uterus.[6] Studi menunjukkan bahwa riwayat sectio caesarea memang secara signifikan meningkatkan risiko terjadinya retensio plasenta. Beberapa penelitian di Indonesia melaporkan bahwa ibu dengan riwayat sectio caesarea memiliki risiko 2,8 kali lipat hingga lebih tinggi untuk mengalami retensio plasenta dibandingkan ibu tanpa riwayat tersebut. [28] Kondisi ini disebabkan oleh gangguan pembentukan desidua di segmen bawah rahim pada area jaringan parut akibat operasi sesar sebelumnya.[3]

Beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa tidak selalu terdapat hubungan signifikan antara riwayat sectio caesarea (SC) dan kejadian retensio plasenta. Sebagai contoh, studi retrospektif di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2017 yang melibatkan ibu bersalin dengan dan tanpa retensio plasenta menemukan bahwa riwayat persalinan sesar tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap kejadian retensio plasenta (nilai $p=0,098$; $p>0,05$).[3] Hasil ini menunjukkan bahwa meskipun 60% pasien dengan retensio plasenta memiliki riwayat operasi sesar, secara statistik tidak terbukti ada hubungan antara riwayat SC dan retensio plasenta.[3]

Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian di RSUD Kota Mataram. Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional dan menganalisis data 85 ibu post partum.[1] Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara riwayat sesar dengan kejadian retensio plasenta (p-value = 0,468;

p>0,05). Penelitian ini justru menemukan hubungan signifikan pada faktor usia dan paritas, namun tidak pada riwayat sectio caesarea.[1]

Dengan demikian, meskipun riwayat sectio caesarea sering disebut sebagai faktor risiko retensio plasenta, beberapa penelitian di Indonesia tidak menemukan korelasi yang bermakna secara statistik antara kedua variabel tersebut. Hal ini menegaskan pentingnya mempertimbangkan faktor-faktor lain dalam penilaian risiko retensio plasenta.

Perbedaan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara riwayat sectio caesarea dengan retensio plasenta masih memerlukan penelitian lebih lanjut. Faktor-faktor lain seperti jumlah riwayat sectio caesarea, jenis sayatan, dan kondisi ibu hamil juga perlu diperhatikan.[6]

2.4 Ringkasan pustaka

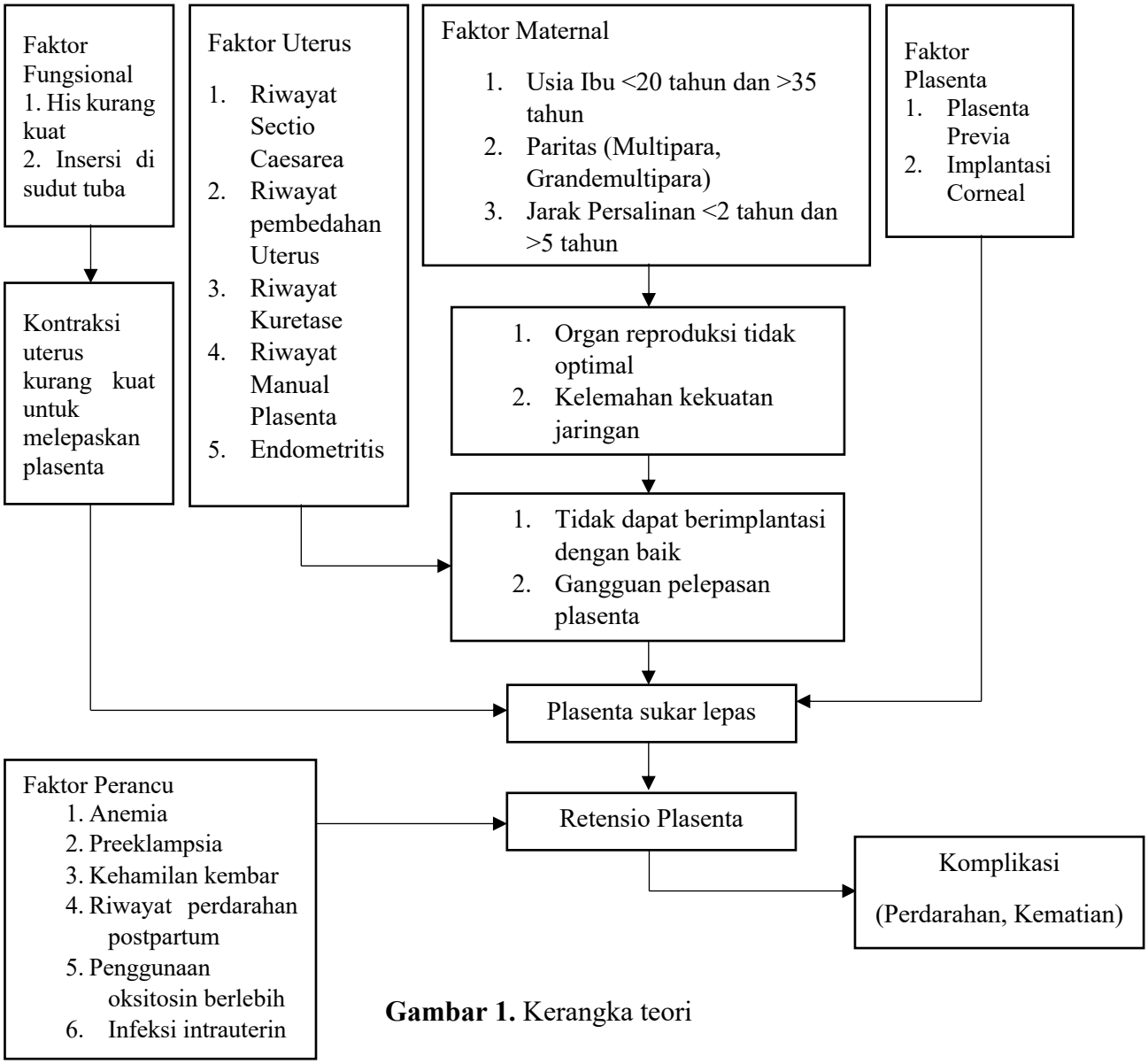
Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Septian Suci Yatiningsih et al.[1]	RSUD Kota Mataram, Nov-Dec 2022	Observasional Analitik Cross Sectional	85 responden, Usia ibu yang diteliti mencakup seluruh rentang usia reproduksi, tetapi fokus utama adalah pada dua kategori risiko tersebut: kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun, serta usia 20-35 tahun sebagai kelompok risiko rendah.	Usia, Paritas, Riwayat Sectio Caesarea	2 bulan	Terdapat hubungan signifikan antara usia (p=0,009) dan paritas (p=0,043) dengan retensio plasenta; tidak ada hubungan signifikan dengan riwayat sectio caesarea (p=0,468).
Gitasari R et al.[49]	RSUD Kota Jogjakarta (2013-2017)	Kuantitatif	3.390 ibu bersalin, usia ibu yang diteliti mencakup berbagai kategori,	Usia, paritas, jarak kehamilan	4 tahun	Ada hubungan signifikan usia, paritas, dan jarak kehamilan dengan kejadian retensio plasenta (P < 0,05).

				termasuk usia risiko tinggi dan usia reproduksi sehat.			Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian retensio plasenta, di mana usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun memiliki risiko tiga kali lebih tinggi dibandingkan kelompok usia 20-35 tahun yang dianggap sebagai usia reproduksi sehat.
Okta Vitriani, et al.[3]		RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, 2017	Case control retrospektif	104 ibu bersalin (26 kasus, 78 kontrol). Usia ibu yang diteliti termasuk kategori 19–24 tahun, dengan persentasenya sebesar 60,13% dari total sampel	Usia, Riwayat Caesarea	Paritas, Sectio	1 tahun	Tidak terdapat hubungan signifikan antara usia (ρ=0.624), paritas (ρ=0.596), dan riwayat sectio caesarea (ρ=0.098) dengan kejadian retensio plasenta.

Pujiyani, H., et al.[50]	Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan, Jan 2019 - Nov 2022	Studi Kasus-Kontrol	3267 ibu yang melahirkan di rumah sakit, mencakup seluruh rentang usia ibu yang melahirkan di RSUD Muntilan selama periode penelitian, tanpa menyebutkan batas usia tertentu	Usia, paritas, riwayat operasi caesar, interval persalinan	Data diambil dari rekam medis	Terdapat hubungan signifikan antara interval persalinan ($p = 0.004$) dengan kejadian retensio plasenta, usia, paritas, dan riwayat caesar tidak signifikan.
Granfors et al. (2020)	Swedia, 2008–2014	Cohort populasi besar	3.921 wanita dengan riwayat persalinan kedua, riwayat cesar dan vagina	Lokasi plasenta, riwayat persalinan, risiko retensi plasenta	Data dikumpulkan selama 6 tahun	Risiko retensi placenta lebih tinggi pada wanita dengan riwayat C-section; tidak dimediasi oleh posisi plasenta anterior

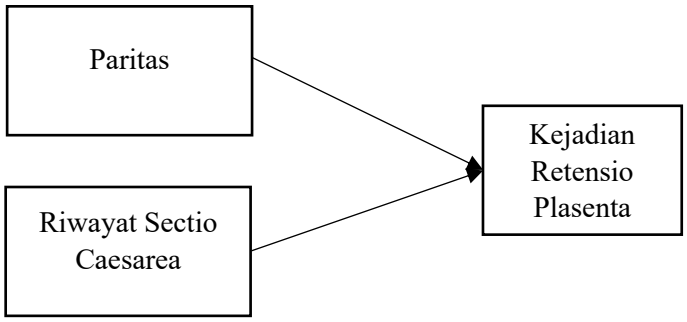
2.5 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.2. Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Paritas	Jumlah kelahiran hidup atau mati setelah usia kehamilan ≥ 20 minggu	Rekam medis	Menghitung jumlah persalinan yang pernah dialami ibu	Primipara (1 kali), Multipara (≥2 kali), Grandemultipara (≥5 kali)	Nominal	Ytterberg et al. [51]
Riwayat Sesar	Riwayat sesar atau sectio caesarea merupakan prosedur persalinan yang dilakukan dengan cara mengeluarkan bayi yang memiliki berat lebih dari 500 gram melalui sayatan pada dinding uterus yang masih utuh.	Rekam medis	Meninjau rekam medis untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi sesar sebelumnya. Dicatat sebagai: - Ada riwayat sesar - Tidak ada riwayat sesar	Pernah (Ya), Tidak Pernah (Tidak)	Nominal	Yatiningsih et al.[1]
Retensio Plasenta	Plasenta yang tidak lahir dalam waktu >30 menit setelah bayi lahir	Rekam medis	Menghitung durasi waktu dari lahirnya bayi sampai keluarnya plasenta	Ada (Ya), Tidak Ada (Tidak)	Nominal	Vitriani et al.[3]

Usia Ibu	Usia kronologis ibu yang dihitung dari tanggal lahir hingga tanggal persalinan.	Data rekam medis	Menghitung usia ibu berdasarkan tanggal lahir yang tercatat pada rekam medis hingga tanggal persalinan.	20-35 tahun	Rasio	Yatiningsih et al.[1]

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Desain

Penelitian ini merupakan studi observasional analitik dengan pendekatan potong lintang atau cross-sectional untuk menilai hubungan antara paritas dan riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta ibu usia 20-35 tahun.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kebayoran Baru dan berlangsung pada bulan September 2025 hingga Oktober 2025.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan pada usia 20-35 tahun di wilayah DKI Jakarta.

4.3.2 Populasi target

Populasi target adalah ibu usia 20-35 tahun yang melahirkan dan memiliki data terkait paritas, riwayat sectio caesarea, serta kejadian retensio plasenta di fasilitas kesehatan yang menjadi lokasi penelitian.

4.3.3 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah ibu usia 20-35 tahun yang melahirkan di lokasi penelitian selama periode penelitian.

4.3.4 Subjek

Subjek penelitian adalah ibu dari populasi serta memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pemilihan subjek dilakukan menggunakan metode purposive sampling sesuai dengan desain penelitian yang digunakan.

Kriteria Inklusi:

1. Ibu yang mengalami persalinan pervaginam (spontan atau dengan induksi), bukan melalui sectio caesarea.
2. Ibu yang mengalami kehamilan tunggal (bukan kehamilan ganda).
3. Rekam medis ibu tersedia dan lengkap, mencakup data tentang usia, paritas, riwayat persalinan, jenis persalinan, serta status kejadian retensio plasenta.

Kriteria Eksklusi:

1. Ibu dengan riwayat gangguan pembekuan darah (koagulopati), seperti:
    - Gangguan koagulasi (hemofilia, Von Willebrand, trombositopati)
    - Riwayat anemia berat (Hb <8 gr/dL) yang dapat memengaruhi kekuatan kontraksi
    - Preeklampsia berat atau eklampsia
2. Ibu dengan komplikasi obstetri berat lain yang dapat menyebabkan retensio plasenta secara langsung, seperti:
    - Plasenta previa totalis
    - Solusio plasenta
    - Inversio uteri
    - Plasenta akreta/inkreta/perkreta (perlekatan plasenta abnormal yang sudah terdiagnosis).
3. Ibu dengan riwayat tindakan operasi uterus selain sectio caesarea, seperti:
    - Miomektomi
    - Kuretase berulang
    - Histeroskopi operatif, kondisi ini dapat menyebabkan trauma endometrium dan perlekatan plasenta abnormal.
4. Ibu dengan kelainan uterus kongenital, seperti uterus bikornis atau septate uterus (Struktur uterus abnormal dapat mengganggu kontraksi dan pelepasan plasenta).

5. Ibu dengan riwayat perdarahan postpartum sebelumnya yang tidak disebabkan oleh retensio plasenta, untuk menghindari bias penyebab.

4.4 Perhitungan jumlah sampel

Besar sampel yang dipakai dalam studi ini telah sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus yang ditetapkan yaitu rumus populasi infinit dan populasi finit. Rumus populasi Infinit:

$$n_0 = \frac{(Za^2) \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96^2) \times 0{,}005 \times 0{,}995}{0{,}0025^2}$$

$$n_0 = 3057{,}9136$$

Keterangan :

$n!$: Besar sampel optimal yang dibutuhkan

$Z"$: Pada tingkat kemaknaan 95%, besarnya kesalahan adalah 1,96

p : Prevalensi pasien retensio plasenta di Jakarta tahun 2023 → 0,005

q : Prevalensi pasien yang tidak retensio plasenta (1-p) → 0,995

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan pengukuran yang ditetapkan adalah, karena prevalensinya di bawah 10%, untuk nilai d= ½p.[52] Maka d= 0,0025

Rumus populasi finit :

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 \ / N)}$$

$$n = \frac{3057{,}9136}{1 + (3057{,}9136/100)}$$

$$n = 96{,}8333522 = 97$$

Keterangan :

n : Besar sampel yang ditentukan untuk populasi finit

N : Jumlah populasi ibu bersalin di RS X

n_0 : Besar populasi infinit

Berdasarkan perhitungan dengan rumus di atas, diperoleh sampel finit sebanyak 97 orang, kemudian ditambahkan dengan jumlah sampel *drop out* sebesar 15% menjadi :

$$97 \times \frac{15}{100} = 14{,}55 = 15$$

Besar sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini bila hasilnya dibulatkan yaitu sebanyak 97 orang + 15 orang menjadi **112 orang**.

4.5 Bahan dan instrumen

Dalam penelitian ini, seluruh data yang digunakan merupakan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis di fasilitas kesehatan tempat penelitian dilakukan.

4.6 Analisis data

Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis dengan program *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), proses tersebut meliputi:

4.6.1 *Editing*

Editing adalah tahap kegiatan memeriksa kembali apakah data sekunder yang diperoleh sudah memadai dan siap untuk diproses.

4.6.2 *Coding*

Tahap ini mengklasifikasikan hasil yang diperoleh secara lebih ringkas menggunakan kode-kode sebelum dimasukan kedalam sistem

4.6.3 *Data entry*

Entry adalah tahap untuk memasukan data yang sebelumnya telah dilakukan tahap *editing* dan *coding* kedalam program SPSS

4.6.4 *Cleaning*

Meneliti kembali data yang telah dimasukan agar mencegah dari kekeliruan proses analisis.

4.7 Analisis data

Dalam proses analisis data dilakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan mendapatkan hasil atas hipotesis yang telah dibuat oleh peneliti.

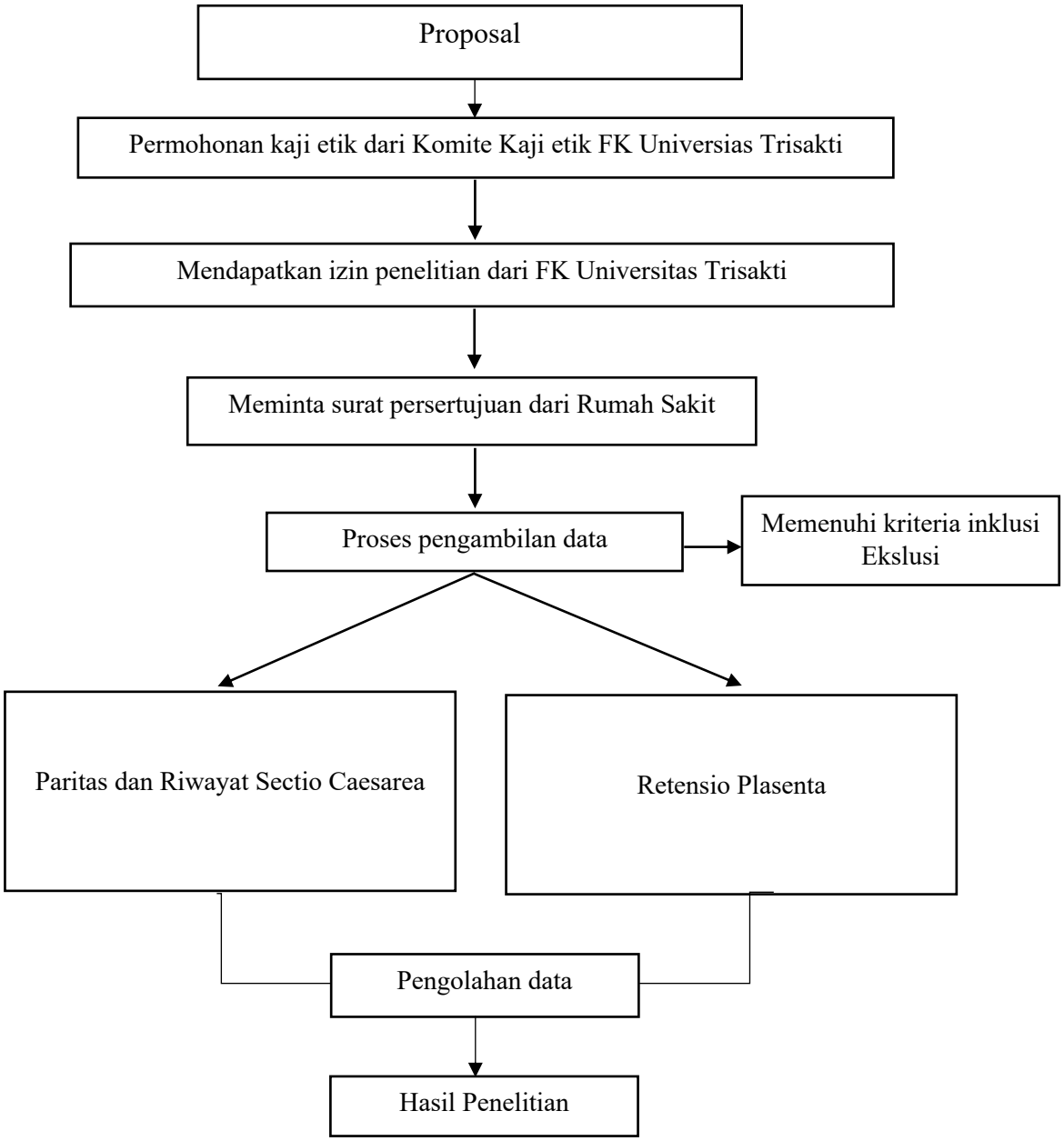
4.7.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik seperti persentase dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, analisis univariat dilakukan pada paritas dan riwayat sectio caesarea dengan skala kategorik berupa persentase yang berhubungan sebagai variabel bebas dan retensio plasenta sebagai variabel tergantung.

4.7.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengidentifikasi ada tidaknya hubungan antara paritas dan riwayat sectio caesarea sebagai variabel bebas dan retensio plasenta sebagai variabel tergantung. Tingkat signifikansi diuji menggunakan *p-value* dengan tingkat kepercayaan 95%, di mana *p-value* < 0,05 menunjukkan adanya hubungan antara kedua variabel. Analisis data dilakukan menggunakan uji *Chi-Square*.

4.8 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur Kerja Penelitian

4.9 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah mendapat persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Data yang digunakan berasal dari rekam medik pasien dan akan dijaga kerahasiaannya

tanpa mencantumkan identitas pribadi. Penelitian ini bersifat retrospektif dan tidak melibatkan intervensi langsung, serta dilaksanakan sesuai prinsip etik penelitian seperti kerahasiaan, keamanan data, dan keadilan.

4.10 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	Bulan									
	February 2025	**Maret 2025**	**April 2025**	**Mei 2025**	**Juni 2025**	**Juli 2025**	**Agustus 2025**	**September 2025**	**Oktober 2025**	**November 2025**
Pemlihan Topik										
Penyusunan Proposal Bab 1										
Penyusunan Proposal Bab 2										
Penyusunan Proposal Bab 3										
Penyusunan Proposal Bab 4										
Konsultasi Bimbingan										
Presentasi										

Proposal										
Perizinan terkair kaji etik										
Pengambilan data ke Rumah Sakit										
Analisis data										

DAFTAR PUSTAKA

1. Yatiningsih SS, Shammakh AA, Mahdaniyati A, Ayu I, Maharani M. Hubungan Usia, Paritas, dan Riwayat Sesar dengan Kejadian Retensio Plasenta pada Ibu Post Partum di RSUD Kota Mataram. 2023 Dec 20;(Vol. 2 No. 1 (2023): Cakrawala Medika: Journal of Health Sciences). Available from: https://publikasi.medikasuherman.ac.id/i

2. Martins RIL, Novais J de SM, Reis ZSN. Postpartum hemorrhage in electronic health records: risk factors at admission and in-hospital occurrence. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. 2024;46.

3. Vitriani O, Nadya Citra Sartono Putri A. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Retensio Plasenta di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2017. Vol. 7, Jurnal Ibu dan Anak. 2019.

4. Lestari AS. Overview of Age and Parity with the Incidence of Placental Retention in Pregnant Women at Dumai City Hospital, Dumai District, Dumai City in 2023. 2023.

5. Ni W, Gao X, Su X, Cai J, Zhang S, Zheng L, et al. Birth spacing and risk of adverse pregnancy and birth outcomes: A systematic review and dose–response meta-analysis. Vol. 102, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. John Wiley and Sons Inc; 2023. p. 1618–33.

6. Liskayani, Ellina, Yulizar, Rahmawati E. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Retensio Plasenta. Jurnal kesehatan dan pembangunan. 2023 Jul;Vol. 13, No. 26.

7. Wang R, Xu S, Hao X, Jin X, Pan D, Xia H, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Vol. 6, Frontiers in Global Women's Health. Frontiers Media SA; 2025.

8. Obeagu EI. Monocytes and parturition: Linking prolonged labor to immune dysregulation. Medicine (United States). 2025 Apr 25;104(17).

9. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: Risk factors and management. Vol. 11, International Journal of Women's Health. Dove Medical Press Ltd; 2019. p. 527–34.

10. Rao MG, Wang K, Khurana S, Band IC, Mills AN, Stone J, et al. Does risk of postpartum hemorrhage increase in twin pregnancies with birthweights greater than 4000g? Am J Obstet Gynecol. 2024 Jan;230(1):S431–2.

11. Rohmah N, Adha N, Norlaila S, Tunggal T, Yuniarti. Pengaruh Faktor Usia Terhadap Kejadian Retensio Plasenta di Indonesia. Malang Journal of Midwifery (MAJORY). 2024;6.

12. Suartini G, Firdaus N, Sabda Nirwana B. Hubungan Antara Paritas Dengan Kejadian Retensio Plasenta Pada Ibu Bersalin Di RSUD Ruteng Kabupaten Manggarai Nusa Tenggara Timur The Relationship Between Parity and the Incidence of Placental Retention in Maternity Women at Ruteng Regional Hospital, Manggarai Regency, East Nusa Tenggara. Jurnal Mahasiswa Kesehatan. 2024 Mar;VOLUME 5 NOMOR 2.

13. Hakim N dwihastuti, Dwi Izzati, Ernawati. Determinant Factors Affecting The Incidence of Placenta Accreta. Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal. 2024 Oct 28;8(4):404–14.

14. Handayani W. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Retensio Plasenta di UPT RSUD Kabupaten Lombok Utara. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Hamzar Lombok Timur. 2023;

15. Imam Subangi R, Sari EP, Anggraini A. Hubungan Riwayat Abortus, Riwayat Seksio Sesarea dan Paritas terhadap Kejadian Retensio Plasenta pada Ibu Bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2022. Multidisciplinary Indonesian Center Journal (MICJO). 2024 Apr 30;1(2):808–17.

16. Airmala U. Literature Review Hubungan Usia dan Paritas Terhadap Kejadian Retensio Plasenta. 2021 Mar.

17. Syalfina AD, Priyanti S, Irawati D, Tinggi S, Kesehatan I, Mojokerto M. Manajemen Kebidanan Pada Ibu Bersalin Dengan Retensio Plasenta Midwifery Management in Maternal Maternity with Placenta Retention.

18. Sahid R, Darmawansyih D. Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny “M” dengan Perdarahan Postpartum pada tanggal 12 September s.d 25 Oktober di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2019. Jurnal Midwifery. 2020 Aug 25;2(2).

19. Patrick HS, Mitra A, Rosen T, Ananth C V., Schuster M. Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mosby Inc.; 2020. p. 447.e1-447.e19.

20. Franke D, Zepf J, Burkhardt T, Stein P, Zimmermann R, Haslinger C. Retained placenta and postpartum hemorrhage: time is not everything. Arch Gynecol Obstet. 2021 Oct 1;304(4):903–11.

21. Laporan Nasional RISKESDAS 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

22. Kependudukan B, Berencana K, Jakarta N, Pusat IB, Jakarta S, Kesehatan IK. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 Provinsi DKI Jakarta [Internet]. 2018. Available from: http://www.DHSprogram.com.

23. Rezeki S, Padilla Siregar E, Kesehatan ST, Medan MH. The Relationship between the Character of the Mother in Labor and the Retention of the Placenta at the

Afisya Clinic, Hamlet III, Melur, Sambirejo East village, Percut Sei Tuan District Deli Serdang Regency 2017 - 2021 [Internet]. Vol. 10, Science Midwifery. 2022. Available from: www.midwifery.iocspublisher.orgJournalhomepage:www.midwifery.iocspublisher.org

24. Tchuinte Lekuikeu LS, Moreland C. Retained Placenta and Postpartum Hemorrhage: A Case Report and Review of Literature. Cureus. 2022 Apr 22;

25. Maulidia C. Hubungan Grandemultipara dengan Kejadian Retensio Plasenta.

26. Li JQ, Zhan YC, Wang XD. Case report: A relatively rare adverse event caused by carbetocin— placenta interception. Front Pharmacol. 2023;14.

27. Morlando M, Collins S. Placenta accreta spectrum disorders: Challenges, risks, and management strategies. Vol. 12, International Journal of Women's Health. Dove Medical Press Ltd; 2020. p. 1033–45.

28. Nur Wanda A, Taufiqy Setyabudi M, Irsam M, Ratnaningrum K, Muhammadiyah Semarang U. Analisis Faktor Risiko Kejadian Retensio Plasenta Risk Factors Analysis of Placenta Retention.

29. Vannuccini S, Ferrata C, Perelli F, Pinzauti S, Severi FM, Reis FM, et al. Peripartum and postpartum outcomes in uncomplicated term pregnancy following ART: A retrospective cohort study from two Italian obstetric units. Hum Reprod Open. 2018;2018(3).

30. Herselowati. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. 2024.

31. Endler M. Characterizing retained placenta: epidemiology and pathophysiology of a critical obstetric disorder. 2016.

32. Bartels HC, Postle JD, Downey P, Brennan DJ. Placenta accreta spectrum: A review of pathology, molecular biology, and biomarkers. Vol. 2018, Disease Markers. Hindawi Limited; 2018.

33. Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, Leron E, Erez O. Underlying mechanisms of retained placenta: Evidence from a population based cohort study. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2017 Sep 1;216:12–7.

34. Weeks A. Official reprint from UpToDate Retained placenta after vaginal birth [Internet]. 2019. Available from: https://www.uptodate.com/contents/retained-placenta-after-vaginal-birth/print?search=%E5%89%A5%E7%A6%BB%E8%83%8E%E7%9B%98&…www.uptodate.com

35. Ayadi AME, Nathan HL, Seed PT, Butrick EA, Hezelgrave NL, Shennan AH, et al. Vital sign prediction of adverse maternal outcomes in women with hypovolemic shock: The role of shock index. PLoS One. 2016 Feb 1;11(2).

36. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2015.

37. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Diseases in the puerperium. Dtsch Arztebl Int. 2021 Jun 25;118(25):436–46.

38. Budiman, Mayasari D. Perdarahan Post Partum Dini e.c Retensio Plasenta. 2017.

39. Sartika R, Munir MA. Placental Retention Management in Aterm Pregnancy. Vol. 3, Jurnal Medical Profession (MedPro). 2021.

40. Nurhidayati U, Yudhi IM. Paritas dan Kecendrungan Terjadinya Komplikasi Ketepatan Posisi IUD Post Plasenta. 2019.

41. Ertiana D, Urrahmah S, Tinggi S, Kesehatan I, Kediri KH, Pare K, et al. Usia dan Paritas Ibu dengan Insidence dan Derajat Bayi Baru Lahir (BBLR). 2020;12(2).

42. Purborini SFA, Rumaropen NS. Hubungan Usia, Paritas, dan Tingkat Pendidikan dengan Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Pasangan Usia Subur di Surabaya. Media Gizi Kesmas. 2023 Jun 28;12(1):207–11.

43. Ludviyah E, Wahyuningsih S, Widayati A, Sunanto. Relationship Between Maternal Parity and Primary Postpartum Hemorrhage. Health and Technology Journal (HTechJ). 2023 Jun 23;1(3):327–34.

44. Al-Shaikh GK, Ibrahim GH, Fayed AA, Al-Mandeel H. Grand multiparity and the possible risk of adverse maternal and neonatal outcomes: A dilemma to be deciphered. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Sep 19;17(1).

45. Istiasih, Aini I, Sari R. HUBUNGAN PARITAS DENGAN KEJADIAN RETENSIO PLASENTA (Di RSI Muhammadiyah Sumberejo Kabupaten Bojonegoro). 2020.

46. Heriani, Camelia R. Hubungan Umur dan Paritas Ibu dengan Kejadian Berat Badan Lahir Rendah. 2022;14(1):116–22. Available from: https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/Kep/article/view/

47. Khotijah T, Anasari A, Khosidah A, Kebidanan Y, Purwokerto P, D3 K. Hubungan Usia dan Paritas dengan Kejadian Retensio Plasenta pada Ibu Bersalin. 2015.

48. Pramesti P. Hubungan umur dan Paritas Ibu dengan Kejadian Retensio Plasenta. 2021.

49. Gitasari RP, Kusumosih TAR, Nugroho DCA, Rahardjo H. Factors Associated with Retained Placenta: A Case-Control at Bethesda Hospital Yogyakarta. Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana. 2022 Aug 16;7(1):12–5.

50. Pujiyani H, Putri NPV, Pujiati E. Risk Factors Analysis of Retained Placenta at Regional Public Hospital of Muntilan. Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia. 2023 Apr 28;3(1):49–58.

51. Ytterberg K, Jacobsson B, Flatley C, Juodakis J, Nilsson S, Solé-Navais P. Exploring the association of parity and its interaction with history of preterm delivery on gestational duration. Ann Epidemiol. 2023 Nov 1;87:60-68.e7.

52. Charan J, Kaur R, Bhardwaj P, Singh K, Ambwani SR, Misra S. Sample Size Calculation in Medical Research: A Primer. Ann Natl Acad Med Sci. 2021 Apr 15;57:74–80.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy Table*

Tabel 4. Distribusi karakteristik responden

Variabel	n=	Presentase (%)
Usia (tahun)		
20-25		
26-30		
31-35		
Paritas		
Primipara		
Multipara		
Grandemultipara		
Riwayat Sectio Caesarea		
Ya		
Tidak		
Kejadian Retensio Plasenta		
Ya		
Tidak		

Keterangan:

- Kolom “p-value” berasal dari uji chi-square atau uji Fisher (jika jumlah sampel kecil).
- Keterangan "Signifikan" jika p-value < 0,05, dan "Tidak Signifikan" jika ≥ 0,05.

Tabel 5. Hubungan antara paritas dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun

Variabel	Kejadian retensio plasenta n=				p
	Retensio		Tidak retensio		
	n (X)	%	n (X)	%	
Paritas					
Primipara					
Multipara					
Grandemultipara					

Keterangan:

**chi-square test*

Tabel 6. Hubungan antara riwayat sectio caesarea dengan kejadian retensio plasenta pada ibu usia 20-35 tahun

Variabel	Kejadian retensio plasenta n=				p
	Retensio		Tidak retensio		
	n (X)	%	n (X)	%	
Riwayat Sectio Caesarea					
Ya					
Tidak					

Keterangan:

**chi-square test*