HUBUNGAN ANTARA PARTUS LAMA DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POSTPARTUM PADA PRIMIGRAVIDA

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Jelita Nadia Putri Rossy
NIM: 030002000059

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JANUARI 2025

Bidang Ilmu: Ilmu Kebidanan dan Kandungan

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA PARTUS LAMA DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POSTPARTUM PADA PRIMIGRAVIDA

Disusun Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Jelita Nadia Putri Rossy
030002000059

PROGRAM STUDI SARJANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN ANTARA PARTUS LAMA DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POSTPARTUM PADA PRIMIGRAVIDA

JELITA NADIA PUTRI ROSSY
030002000059

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

Pada Hari Senin, Tanggal 30 Desember 2024

Pembimbing

Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG Subsp. Obginsos (K)
NIK : 1588/Usakti

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul :

HUBUNGAN ANTARA PARTUS LAMA DENGAN KEJADIAN PERDARAHAN POSTPARTUM PADA PRIMIGRAVIDA

Jelita Nadia Putri Rossy
030002000059

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti
Pada Hari ....., Tanggal .....

Pembimbing

Nama : Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG, Subsp.Obginsos(K)

NIK : 1588/USAKTI

Penguji I

Nama : Dr. dr. Verawati Sudarma, M.Gizi, SpGK

NIK : 3137/USAKTI

Penguji II

Nama : dr. Gupita Nareswari, Sp.Rad,Abd(K)

NIK : 3602/USAKTI

Jakarta, ..., 20...

Dekan FK Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK: 2613/0317127401

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Jelita Nadia Putri Rossy
NIM	: 030002000059
Program Studi	: S1 Fakultas Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jl. Komp Yos Sudarso II No. 17, RT 002/RW 006, Kebon Bawang, Tanjung Priok, Jakarta Utara
Telepon / mobile	: 082111602163
E-mail	: jelita030002000059@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida

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 skripsi 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, 28 Desember 2024

Jelita Nadia Putri Rossy

NIM 030.20.059

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Waramatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kepada Allah SWT berkat rahmat, hidayah, dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S1) pada Program Studi Sarjana Kedokteran.

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, sholawat serta salam saya haturkan kepada junjungan Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat, dan pengikutnya.

Dalam penyusunan dan penulisan proposal skripsi ini, penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Dr. dr. Yenny, Sp.FK selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti beserta jajarannya.
2. Dr. dr. Raditya Wratsangka, Sp.OG Subsp. Obginsos (K) selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya, tenaga, serta pikirannya dalam memberikan arahan dan juga saran kepada penulis selama pembuatan proposal skripsi.
3. Ibunda penulis, yaitu Ibu RR Eny Rosilawati yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa selama proses pembuatan proposal skripsi.
4. Kakak - kakak penulis, Mas Agit dan Kak Nita, yang sudah memberi dukungan dan doa selama penelitian proposal skripsi.
5. Om dan Tante penulis, yang sudah memberi doa selama penelitian proposal skripsi.
6. Sahabat dekat penulis, Naya, Ulfah, Neva, Mawaddah, Aliya, Sesa, Eka, Geva, yang telah memberikan semangat.
7. Sahabat seperjuangan penulis di Fakultas Kedokteran Trisakti, Anna dan Devy yang telah memberikan semangat.
8. Teman hidup saya, Muhammad Daffa Alifiansyah, yang telah menemani dan terus memberi semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal ini.

Semoga Allah SWT memberikan belasan kebaikan atas apa yang telah diberikan kepada penulis.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
PERSETUJUAN PEMBIMBING ..... **ii**
PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **iii**
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN ..... **iv**
KATA PENGANTAR ..... **v**
DAFTAR ISI ..... **vi**
DAFTAR TABEL ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **x**
DAFTAR ARTI SINGKATAN ..... **xi**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**

BAB I PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2.Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3
1.5.1 Bagi ilmu pengetahuan 3
1.5.2 Bagi profesi 3
1.5.3 Bagi masyarakat 3

BAB II TINJAUAN PUSTAKA **4**
2.1 Tinjauan pustaka 4
2.1.1 Perdarahan postpartum 4
2.1.1.1 Definisi 4
2.1.1.2 Epidemiologi 4
2.1.1.3 Etiologi 5
2.1.1.4 Klasifikasi 6
2.1.1.5 Faktor risiko 7

2.1.1.6 Patofisiologi 9
2.1.1.7 Manifestasi klinis 11
2.1.1.8 Diagnosis 12
2.1.1.9 Tatalaksana 13
2.1.1.10 Komplikasi 14
2.1.1.11 Pencegahan..... 14
2.1.2 Partus lama..... 15
2.1.2.1 Definisi 15
2.1.2.2 Etiologi 16
2.1.2.3 Epidemiologi 16
2.1.2.4 Klasifikasi 17
2.1.2.5 Faktor risiko 17
2.1.2.6 Patofisiologi 18
2.1.2.7 Manifestasi klinis 19
2.1.2.8 Tatalaksana 20
2.1.2.9 Komplikasi 22
2.1.2.10 Dampak partus lama terhadap ibu dan janin..... 22
2.1.3 Gravida..... 23
2.1.3.1 Definisi 23
2.1.3.2 Klasifikasi 23
2.1.3.3 Hubungan dengan paritas 24
2.1.4 Hubungan partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum 24
2.2 Ringkasan pustaka 25
2.3 Kerangka teori 27

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 28
3.1 Kerangka konsep..... 28
3.2 Variabel penelitian..... 28
3.2.1 Variabel bebas..... 28
3.2.2 Variabel tergantung..... 28
3.3 Definisi operasional..... 29

BAB IV METODE..... 30
4.1 Desain penelitian..... 30
4.2 Lokasi dan waktu penelitian..... 30
4.3 Populasi dan subjek penelitian..... 30
4.3.1 Populasi..... 30
4.3.1.1 Populasi target..... 30
4.3.1.2 Populasi terjangkau..... 30
4.3.2 Subjek..... 30
4.3.2.1 Kriteria inklusi..... 30
4.3.2.2 Kriteria eksklusi..... 31
4.3.2.3 Besar sampel..... 31
4.3.2.3.1 Populasi infinit..... 31
4.3.2.3.2 Populasi finit..... 32
4.3.2.4 Cara pemilihan sampel..... 33
4.4 Bahan dan instrumen penelitian..... 33
4.5 Analisis data..... 33
4.5.1 Analisis univariat..... 33
4.5.2 Analisis bivariat..... 33
4.6 Alur kerja penelitian..... 34
4.7 Etika penelitian..... 34
4.8 Penjadwalan penelitian..... 35

DAFTAR PUSTAKA..... 36
LAMPIRAN..... 40

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Gambaran klinis perdarahan obstetri..... 12
Tabel 2 Diagnosis perdarahan postpartum..... 12
Tabel 3 Ringkasan pustaka..... 25
Tabel 4 Definisi operasional..... 29
Tabel 5 Jadwal penelitian..... 35
Tabel 6 Distribusi subjek berdasarkan karakteriksik sosiodemografi dan klinis.....40
Tabel 7 Distribusi kejadian perdarahan postpartum berdasarkan kejadian partus lama dan karakteriksik sosiodemografi..... 41
Tabel 8 Hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida..... 42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori..... 27
Gambar 2. Kerangka konsep..... 28
Gambar 3. Alur kerja penelitian..... 34

DAFTAR SINGKATAN

1. AKI : Angka Kematian Ibu
2. CPD : *Cephalopelvic Disproportion*
3. DIC : *Disseminated Intravascular Coagulation*
4. DJJ : Denyut Jantung Janin
5. HIE : *Hypoxic-Ischemic Encephalopathy*
6. ITP : *Idiopathic Thrombocytopenic Purpura*
7. MPDN : *Maternal Perinatal Death Notification*
8. PPP : Perdarahan Post Partum
9. SDKI : Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
10. WHO : *World Health Organization*

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table* analisis univariat..... 40
Lampiran 2. *Dummy table* analisis bivariat..... 42

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Perdarahan postpartum (PPP) menurut *World Health Organization* (WHO) adalah keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml pada 24 jam setelah ibu melahirkan.(1) Penyebab PPP dibagi menjadi 4T: *Tonus* (atonía uteri), *Tissue* (retensio plasenta dan sisa plasenta), *Tears* (trauma seperti laserasi perineum, vagina, serviks, dan uterus), dan *Thrombin* (gangguan pembekuan darah,). Atonia uteri menjadi penyebab utama kematian maternal (menyumbang sekitar 70% kasus), trauma berkonstribusi sebesar 20%, sisa plasenta sebesar 10%, sementara gangguan koagulasi seperti ITP dan hemofilia jarang terjadi, menyumbang sebesar 1%.(2)

Perdarahan postpartum menjadi salah satu penyebab utama kematian ibu di negara berkembang, termasuk Indonesia. Data *Maternal Perinatal Death Notification* (MPDN) pada 26 Januari 2024 mencatat tiga penyebab utama kematian ibu: komplikasi non obstetrik (35,2%), hipertensi selama kehamilan, persalinan, dan nifas (26,1%), dan perdarahan obstetrik (17,6%). Angka Kematian Ibu (AKI) terendah di DKI Jakarta (48/100.000 kelahiran hidup) dan tertinggi di Papua (565/100.000 kelahiran hidup).(3)

Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2023 mencatat 88 kematian ibu, 15,91% disebabkan oleh perdarahan.(4) Faktor yang memengaruhi PPP meliputi partus lama, peregangan uterus berlebihan, paritas, anemia, penggunaan *oxytocin drip*, riwayat persalinan, jarak kehamilan, umur, status gizi ibu, dan persalinan dengan tindakan medis.(5)

Salah satu penyulit dalam persalinan adalah partus lama. yang didefinisikan sebagai persalinan yang berlangsung melebihi 24 jam pada primigravida dan melebihi 18 jam pada multigravida.(6) Persalinan lama meningkatkan risiko PPP karena lemahnya kontraksi uterus setelah bayi lahir, sehingga kontraksi uterus tidak efektif. Penelitian oleh Fitria menunjukkan bahwa primigravida dengan partus lama lebih rentan

mengalami PPP karena kelelahan otot rahim yang menghambat kontraksi uterus yang optimal setelah melahirkan.[7]

Risiko partus lama lebih tinggi pada ibu yang melahirkan pertama kali (primipara) dibandingkan dengan ibu yang sudah pernah melahirkan (multipara). Heriani berpendapat, ini disebabkan panggul dan perineum masih kaku pada primipara, sehingga menyulitkan jalan lahir janin dan memperpanjang proses persalinan.[8] Namun, penelitian Dewi di RSUD H. Hanafie menunjukkan bahwa durasi persalinan tidak memiliki hubungan signifikan dengan PPP. Usia ibu, menjadi faktor risiko, dengan ibu usia <20 tahun dan >30 tahun memiliki risiko 3,30 kali lebih tinggi dibandingkan ibu 20-30 tahun.[9]

Diketahui pada latar belakang di atas, bahwa PPP menyumbang sebagian besar AKI yang disebabkan persalinan yang lama. Namun, hubungan keduanya belum dapat dibuktikan sepenuhnya karena terdapat penelitian yang tidak mendukung pernyataan tersebut. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami hubungan persalinan lama dengan risiko PPP pada primigravida, guna meminimalkan risiko komplikasi selama persalinan serta AKI di Indonesia.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk menurunkan angka kematian ibu dengan mengetahui hubungan antara partus lama dengan kejadian postpartum pada primigravida.

1.3.2 Tujuan khusus

a. Mengetahui angka partus lama pada primigravida

b. Mengetahui angka perdarahan postpartum pada primigravida

c. Mengetahui hubungan antara partus lama dan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi ilmu pengetahuan

Diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu di bidang obstetri, khususnya terkait dengan faktor-faktor yang memengaruhi perdarahan postpartum dan dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya mengenai komplikasi persalinan pada primigravida.

1.5.2 Bagi profesi

Diharapkan dapat memberi masukan bagi tenaga medis, terutama bidan dan dokter kandungan, untuk lebih memahami hubungan antara partus lama dan perdarahan postpartum.

1.5.3 Bagi masyarakat

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kewaspadaan ibu hamil, terutama primigravida, tentang risiko perdarahan postpartum dan pentingnya deteksi dini terhadap partus yang berkepanjangan.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, DAN KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Perdarahan postpartum

2.1.1.1 Definisi

Perdarahan postpartum adalah ketika seorang ibu mengalami perdarahan berlebihan setelah melahirkan, melebihi batas yang dianggap normal secara fisiologis. Dalam kondisi normal, seorang ibu bisa kehilangan hingga 500 ml darah setelah melahirkan tanpa menimbulkan gangguan homeostatis. Volume darah yang hilang ini dapat diukur dengan alat seperti bengkok besar, di mana 1 bengkok setara dengan sekitar 500 ml. Namun, jika perdarahan lebih dari 500 ml, hal ini disebut sebagai perdarahan postpartum. Apabila perdarahan mencapai 1000 ml, yang tampak jelas secara kasat mata, maka kondisi ini memerlukan penanganan medis segera karena berisiko menyebabkan komplikasi serius.[10]

2.1.1.2 Epidemiologi

Menurut data terbaru dari WHO tahun 2023, perdarahan postpartum tetap menjadi penyebab utama kematian ibu secara global. Tiap tahun nya, ada sekitar 14 juta perempuan yang mengalami perdarahan postpartum dan kondisi ini menyumbang sekitar 27% dari total kematian ibu global. Beban terbesar ada di negara-negara dengan pendapatan rendah, terutama di wilayah Afrika sub-Sahara dan Asia Selatan, di mana akses terhadap layanan kesehatan ibu masih sangat terbatas.[11]

Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2020, mayoritas kematian ibu disebabkan karena perdarahan postpartum, dengan jumlah kasus yang mencapai 1.330. Oleh karena itu, untuk mempercepat penurunan AKI, langkah-langkah strategis dilakukan dengan memastikan bahwa ibu hamil mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas selama kehamilan dan persalinan.[12]

2.1.1.3 Etiologi

Penyebab perdarahan postpartum terbagi menjadi empat kelompok utama:

a. *Tone* (Atonia uteri)

Atonia uteri adalah penyebab utama perdarahan postpartum. Normalnya, setelah melahirkan, otot rahim (miometrium) akan berkontraksi untuk menekan pembuluh darah yang terbuka dan menghentikan aliran darah di tempat plasenta melekat. Namun, pada kasus atonia uteri, rahim gagal berkontraksi dengan baik sehingga menyebabkan perdarahan terus berlangsung. Untuk mencegah kondisi ini, manajemen aktif kala III dilakukan, termasuk pemberian misoprostol oral (400 - 600 mcg) setelah bayi lahir untuk membantu merangsang kontraksi rahim.

b. Trauma dan laserasi

Robekan atau trauma pada jalan lahir selama persalinan, baik secara normal maupun melalui tindakan medis seperti episiotomi, dapat menyebabkan perdarahan yang signifikan. Oleh karena itu, inspeksi perlu dilakukan setelah persalinan untuk menemukan sumber perdarahan dan segera menghentikannya.

Robekan dapat terjadi di berbagai lokasi seperti vulva, vagina, serviks, hingga uterus.

c. *Tissue* (Retensio plasenta)

Ketika sebagian atau seluruh plasenta tertinggal di dalam rahim, hal ini akan mengganggu kontraksi rahim dan menyebabkan perdarahan karena pembuluh darah tetap terbuka. Bagian plasenta yang tidak terlepas sepenuhnya menghalangi rahim untuk berkontraksi dengan baik, menyebabkan perdarahan berlanjut hingga sisa plasenta dikeluarkan.

d. *Thrombophilia* (Kelainan perdarahan)

Gangguan pembekuan darah, seperti afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia, dapat menyebabkan perdarahan yang sulit dihentikan. Kondisi ini sering terjadi setelah komplikasi seperti solusio plasenta, retensi janin yang meninggal di rahim, atau emboli cairan ketuban. Dalam kondisi ini, tubuh gagal membentuk bekuan darah yang cukup untuk menghentikan perdarahan.

Keempat faktor ini menunjukkan bahwa penanganan cepat dan tepat sangat penting untuk mencegah komplikasi serius pada perdarahan postpartum.[13]

2.1.1.4 Klasifikasi

Perdarahan postpartum diklasifikasikan menjadi dua, berdasarkan waktu nya:

a. Perdarahan postpartum primer/dini

Perdarahan postpartum primer adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Penyebab utamanya termasuk rahim yang gagal

berkontraksi dengan baik (atonia uteri), bagian plasenta yang tertinggal (retensio plasenta), sisa plasenta yang tidak keluar sempurna, robekan pada jalan lahir, dan kondisi serius di mana rahim berbalik ke arah luar (inversio uteri).

b. Perdarahan postpartum sekunder/lanjut

Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama pasca-melahirkan. Dapat disebabkan karena infeksi, penyusutan rahim yang kurang optimal (subinvolusi uteri), ataupun terdapat sisa plasenta yang tertinggal dalam rahim, yang dimana semuanya memerlukan perhatian medis segera.[14]

2.1.1.5 Faktor risiko

Beberapa faktor yang bisa memengaruhi terjadinya perdarahan postpartum meliputi durasi persalinan (partus lama), jumlah kelahiran sebelumnya (paritas), peregangan berlebihan pada uterus, penggunaan *oksitosin drip*, dan kondisi anemia.[15] Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perdarahan postpartum.

a. Partus lama

Partus lama merujuk pada persalinan yang berlangsung >24 jam pada primigravida dan >18 jam pada multigravida. Kondisi ini dapat menyebabkan inersia uteri, di mana kontraksi rahim menjadi lemah atau tidak cukup kuat untuk membuka mulut rahim. Akibatnya, otot-otot rahim menjadi lelah, sehingga kontraksi setelah melahirkan menjadi tidak efektif.

b. Paritas

Paritas yang ideal untuk mengurangi risiko perdarahan postpartum adalah antara dua hingga tiga kelahiran. Ibu dengan paritas satu atau lebih dari tiga memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami perdarahan. Pada paritas satu, ketidaksiapan ibu dalam menghadapi persalinan pertamanya dapat mengganggu kemampuannya untuk mengatasi komplikasi. Sementara itu, pada paritas lebih dari tiga, penurunan fungsi reproduksi dapat menjadi faktor penyebab.

c. Peregangan uterus

Peregangan berlebihan pada uterus dapat disebabkan oleh kehamilan ganda, polihidramnion, dan janin besar (makrosomia). Hal ini mengakibatkan rahim tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah plasenta lahir, yang sering menyebabkan perdarahan postpartum.

d. *Oksitosin drip*

Pemberian oksitosin dosis tinggi dalam bentuk infus dapat memicu tetania uteri (his yang terlalu kuat), yang berisiko menyebabkan trauma pada jalan lahir ibu dan meningkatkan kemungkinan perdarahan serta inversi rahim.

e. Anemia

Kadar hemoglobin di bawah 11 gr/dl dapat memperburuk kondisi saat terjadi kehilangan darah. Anemia dapat menyebabkan kelemahan yang menjadi faktor langsung pemicu perdarahan postpartum.

f. Usia

Ibu hamil yang berusia <20 tahun atau >35 tahun memiliki risiko lebih tinggi mengalami perdarahan

postpartum. Usia < 20 tahun berisiko karena rahim dan panggul belum sepenuhnya siap untuk proses reproduksi, sedangkan usia >35 tahun dapat menghadapi berbagai komplikasi seperti perdarahan, hipertensi, obesitas, diabetes, dan mioma rahim.

g. Jarak kehamilan

Idealnya, jarak antar kehamilan adalah lebih dari dua tahun. Mengatur jarak kehamilan bertujuan untuk pasangan lebih siap dalam menerima dan merawat anak. Jarak yang terlalu pendek atau kehamilan yang terlalu sering (lebih dari tiga anak) harus dihindari, karena dapat meningkatkan risiko komplikasi. Organ reproduksi memerlukan waktu untuk kembali ke kondisi semula, dan meskipun masa nifas berlangsung selama 40 hari, organ-organ tersebut biasanya memerlukan waktu minimal tiga bulan untuk pulih sepenuhnya.[16]

2.1.1.6 Patofisiologi

Terdapat empat mekanisme utama yang berkontribusi terhadap terjadinya perdarahan postpartum dikenal dengan istilah 4T: *Tone* (atonia uteri 70% penyebab perdarahan postpartum), *Tissue* (retensi plasenta atau produk konsepsi), *Trauma* (robekan jalan lahir atau uterus), dan *Thrombin* (gangguan koagulasi)

a. Atonia uteri (*Tone*)

Setelah kelahiran, kontraksi uterus yang adekuat diperlukan untuk menghentikan perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Pada saat plasenta terlepas dari dinding rahim, terjadi perdarahan dari pembuluh darah yang sebelumnya mengalirkan darah ke plasenta.

Kontraksi otot uterus (miometrium) berfungsi untuk menekan pembuluh darah tersebut, sehingga mengurangi atau menghentikan aliran darah.

Pada atonia uteri, otot-otot miometrium gagal berkontraksi secara adekuat, yang mengakibatkan pembuluh darah tetap terbuka dan terus terjadi perdarahan. Faktor risiko terjadinya atonia uteri antara lain:

- Overdistensi uterus (kehamilan ganda, polihidramnion, bayi makrosomia)
- Persalinan lama atau sangat cepat
- Penggunaan oksitosin berlebihan selama persalinan
- Riwayat atonia uteri sebelumnya

b. Retensi plasenta atau jaringan (*Tissue*)

Retensi jaringan plasenta atau produk konsepsi juga berkontribusi terhadap perdarahan postpartum. Sisa jaringan plasenta yang tertinggal dalam rahim dapat mengganggu kontraksi uterus yang adekuat, sehingga memicu perdarahan. Plasenta yang abnormal (misalnya, plasenta akreta, di mana plasenta menempel terlalu dalam pada dinding rahim) juga dapat menghambat pelepasan plasenta secara normal dan menyebabkan perdarahan.

c. Trauma pada jalan lahir atau uterus (*Trauma*)

Robekan pada jalan lahir atau uterus dapat terjadi selama persalinan, terutama pada persalinan yang melibatkan instrumen (misalnya, forsep atau vakum) atau persalinan dengan bayi besar. Robekan perineum yang tidak dijahit dengan baik juga dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Trauma pada

uterus, seperti ruptur uteri, dapat terjadi pada wanita dengan riwayat operasi sesar sebelumnya atau intervensi bedah uterus lainnya, yang menyebabkan perdarahan hebat.

d. Gangguan koagulasi (*Thrombin*)

Gangguan pembekuan darah, meskipun lebih jarang, juga dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Pada kondisi ini, tubuh gagal membentuk trombus atau gumpalan darah yang memadai untuk menghentikan perdarahan. Penyebabnya termasuk koagulopati yang sudah ada sebelumnya (misalnya, hemofilia, penyakit von Willebrand) atau yang didapat selama kehamilan (misalnya, DIC atau *disseminated intravascular coagulation*, yang bisa dipicu oleh solusio plasenta, preeklampsia berat, atau sepsis).[15]

2.1.1.7 Manifestasi klinis

Dampak dari perdarahan postpartum sangat dipengaruhi oleh volume darah ibu sebelum hamil, tingkat hipervolemia yang disebabkan oleh kehamilan, dan tingkat anemia yang dialami saat persalinan. Salah satu hal yang seringkali menyesatkan adalah bahwa nadi dan tekanan darah mungkin tidak menunjukkan perubahan signifikan meskipun telah terjadi kehilangan darah yang cukup banyak. Ketika kehilangan darah mencapai tingkat yang serius, gejala syok mulai muncul, seperti kulit yang pucat, tekanan darah yang rendah, denyut nadi yang cepat namun lemah, serta ekstremitas yang dingin.[17]

Tabel 1. Gambaran klinis perdarahan obstetri

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 mL (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 mL (20-25%)	80-100 mmHg	Bradikardi (<100 kali/menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 mL (25-35%)	70-80 mmHg	Takikardi (100-120 kali/menit) Oliguria Gelisah	Sedang
2000-3000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	Takikardi (>120 kali/menit) Anuria	Berat

Sumber: Nurhayati.[17]

2.1.1.8 Diagnosis

Tabel 2. Diagnosis perdarahan postpartum

No.	Gejala dan tanda yang selalu ada	Gejala dan tanda yang kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	- Uterus tidak berkontraksi dan lembek - Perdarahan segera setelah anak lahir (Perdarahan Pasca persalinan Primer atau P3)	- Syok	- Atonia Uteri
2.	- Perdarahan segera (P3) - Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P3) - Uterus kontraksi baik - Plasenta lengkap	- Pucat - Lemah - Menggigil	- Robekan jalan lahir
3.	- Plasenta belum lahir setelah 30 menit - Perdarahan segera (P3) - Uterus kontraksi baik	- Tali pusat putus akibat traksi berlebihan - Inversio uteri akibat tarikan - Perdarahan lanjutan	- Retensio Plasenta

4.	- Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap - Perdarahan segera (P3)	- Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	- Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	- Uterus tidak teraba - Lumen vagina terisi massa - Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) - Perdarahan segera (P3) - Nyeri sedikit atau berat	- Syok neurogenik - Pucat dan limbung	- Inversio uteri
6.	- Sub-involusi uterus - Nyeri tekan perut bawah - Perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P2S. - Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)	- Anemia - Demam	- Perdarahan terlambat - Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi atau tidak)
7.	- Perdarahan segera (P3) (Perdarahan intraabdominal dan atau vaginum) - Nyeri perut berat	- Syok - Nyeri tekan perut - Denyut nadi ibu cepat	- Robekan dinding uterus (ruptura uteri)

Sumber: Saifuddin.[18]

2.1.1.9 Tatalaksana

Penggunaan uterotonika, terutama oksitosin sebagai pilihan utama, sangat penting dalam pengelolaan perdarahan postpartum. Setelah diagnosis ditegakkan, pijat rahim disarankan segera dilakukan, disertai resusitasi cairan menggunakan kristaloid isotonik. Pada kasus perdarahan yang sulit dihentikan atau yang disebabkan oleh trauma, pemberian asam traneksamat direkomendasikan. Jika sumber perdarahan diketahui dan

perdarahan terus berlanjut, harus dipertimbangkan untuk melakukan embolisasi arteri uterus.

Pada kala III yang berlangsung >30 menit, dilakukan traksi tali pusat terkendali serta pemberian oksitosin (10 IU) secara intravena atau intramuskular untuk mengatasi retensio plasenta. Apabila perdarahan tidak teratasi meskipun telah diberikan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya, tindakan bedah harus segera dilakukan tanpa penundaan.

2.1.1.10Komplikasi

Meskipun mortalitas maternal menjadi perhatian utama, morbiditas akibat perdarahan postpartum juga memiliki dampak serius, termasuk kecacatan permanen seperti kehilangan uterus akibat prosedur histerektomi. Dampak lain yang dapat muncul meliputi anemia, kelelahan, depresi, serta kebutuhan untuk menerima transfusi darah. Kehilangan uterus pada usia reproduktif dapat mengakibatkan hilangnya kemampuan untuk memiliki anak, yang berpotensi memengaruhi kondisi sosial dan psikologis pasien. Selain itu, perdarahan postpartum yang berat dapat menyebabkan nekrosis pada lobus anterior hipofisis, yang berujung pada terjadinya *Sindroma Sheehan*.[(2)]

2.1.1.11 Pencegahan

Klasifikasi kehamilan menjadi risiko rendah dan risiko tinggi sangat membantu dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, terutama dalam merencanakan strategi untuk perawatan antenatal dan saat melahirkan. Namun, perlu diingat bahwa selama proses persalinan, semua

kehamilan memiliki risiko munculnya komplikasi, termasuk perdarahan postpartum (PPP).[19]

Manajemen aktif kala III sangat dianjurkan untuk mencegah perdarahan postpartum. Pendekatan ini mencakup pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, traksi tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta secara aktif. Setiap elemen dari manajemen ini memiliki berkontribusi dalam menurunkan risiko perdarahan postpartum.[20]

Seluruh ibu yang melahirkan sebaiknya diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah menghindari perdarahan postpartum. Oksitosin (diberikan secara intramuskular atau intravena sebanyak 10 IU) diakui sebagai pilihan utama untuk uterotonika. Jika oksitosin tidak tersedia, injeksi uterotonika lain atau misoprostol dapat digunakan sebagai alternatif. Traksi tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih, dengan penarikan tali pusat dimulai setelah satu menit kelahiran bayi.

2.1.2 Partus lama

2.1.2.1 Definisi

Partus lama merujuk pada persalinan yang tidak menunjukkan kemajuan dalam fase laten maupun fase aktif. Untuk primigravida, kondisi ini berlangsung lebih dari 24 jam, sementara untuk multigravida, durasinya lebih dari 18 jam.[20]

2.1.2.2 Etiologi

Terdapat beberapa faktor utama yang menyebabkan partus lama adalah:

a. Disproporsi antara ukuran janin dan panggul (fetopelvik).
b. Malpresentasi (posisi janin yang tidak normal) dan malposisi (posisi bagian-bagian janin yang tidak tepat).
c. Kerja uterus yang tidak efisien, termasuk kondisi serviks yang kaku.[7]

2.1.2.3 Epidemiologi

Prevalensi partus lama, atau persalinan yang terhambat, bervariasi secara global, dengan angka yang cenderung lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Berdasarkan data global, sekitar 3-6% dari semua persalinan mengalami masalah ini. Partus lama dapat berkontribusi hingga 2,8% terhadap angka kematian ibu secara keseluruhan, dan angka ini dapat melonjak hingga 6,4% di kawasan Asia Tenggara dan Afrika Sub-Sahara. Hal ini sering kali disebabkan oleh kurangnya akses terhadap perawatan persalinan yang berkualitas serta keterlambatan dalam penanganan medis[21]

Prevalensi partus lama di Indonesia tergolong tinggi. Menurut data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, hampir 44,9% dari semua persalinan mengalami masalah ini, menjadikannya salah satu komplikasi persalinan yang paling umum. Lebih lanjut, SDKI mengindikasikan bahwa partus lama berkontribusi terhadap tingginya angka kematian maternal, yang menjadi

perhatian serius dalam kesehatan reproduksi di negara ini.[22]

2.1.2.4 Klasifikasi

Partus lama kala I dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu:

a. Fase laten memanjang (*Prolonged latent phase*) Ditandai dengan pembukaan serviks <3 cm setelah 8 jam.
b. Fase aktif memanjang (*Prolonged Active Phase*) Pada primigravida berlangsung >12 jam dengan laju pembukaan serviks <1,2 cm/jam dan pada multigravida berlangsung >6 jam dengan rata-rata 2,5 jam serta laju pembukaan serviks <1,5 cm/jam.[7]

2.1.2.5 Faktor risiko

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kala I yang lama meliputi:

a. Primigraviditas: Ibu yang mengalami kehamilan pertama cenderung mengalami kala I yang lebih lama.
b. Ketuban pecah dini: Terjadinya pecahnya ketuban saat serviks masih tertutup, keras, dan belum siap untuk melebar dapat memperlambat proses persalinan.
c. Penggunaan analgesia dan anestesia berlebihan: Pemberian anestesi yang berlebihan selama fase laten dapat memengaruhi kemajuan persalinan.
d. Kecemasan dan ketakutan: Wanita yang merasa cemas atau ketakutan, terutama jika didampingi orang tua saat berada di rumah sakit, dapat mengalami keterlambatan dalam proses persalinan.

e. Kelainan kekuatan kontraksi: Masalah dalam kekuatan his (kontraksi) serta teknik mengejan yang tidak efektif juga dapat berkontribusi pada lamanya kala I.[7]

2.1.2.6 Patofisiologi

Partus lama terjadi ketika fase persalinan berlangsung lebih dari waktu normal karena kegagalan progresi persalinan. Patofisiologi partus lama berkaitan dengan beberapa faktor yang mempengaruhi mekanisme normal persalinan, yaitu kekuatan kontraksi uterus, posisi janin, ukuran janin, dan resistensi jalan lahir.

a. Kontraksi uterus yang tidak adekuat di mana kontraksi tidak cukup kuat atau terkoordinasi untuk membuka serviks secara efektif dan mendorong janin ke jalan lahir. Ini dapat terjadi karena kelelahan otot uterus atau stimulasi oksitosin yang tidak memadai.
b. Ketidakseimbangan antara ukuran kepala janin dan ukuran panggul ibu dapat menyebabkan partus lama. Dalam kondisi ini, kepala janin terlalu besar atau panggul ibu terlalu sempit sehingga kepala tidak dapat melewati jalan lahir atau disebut *Cephalopelvic Disproportion* (CPD).
c. Posisi janin yang abnormal, seperti posisi posterior atau presentasi wajah, dapat menyebabkan kesulitan selama persalinan. Presentasi malposisi ini meningkatkan risiko partus lama karena jalannya menjadi lebih lambat dan proses rotasi tidak optimal.
d. Hambatan fisik lain seperti adanya tumor panggul, atau fibrosis pada serviks juga dapat menyebabkan partus

lama karena menghambat pembukaan serviks atau jalannya bayi.

e. Faktor ketakutan, kecemasan, atau stres dapat menghambat refleks Ferguson (mekanisme yang memicu kontraksi uterus) yang mengakibatkan kontraksi uterus menjadi lebih lemah atau tidak efektif. (oladapo, roberts)[20]

2.1.2.7 Manifestasi klinis

Tanda-tanda klinis yang menunjukkan terjadinya partus lama pada ibu dan janin meliputi:

a. Tanda pada Ibu:
   i. Kecemasan, kelelahan, kenaikan suhu tubuh, berkeringat, denyut nadi dan pernapasan cepat, serta meteorismus.
   ii. Pada area lokal mungkin terlihat adanya edema vulva dan serviks, cairan ketuban berbau, dan bercampur mekonium.
b. Tanda pada Janin:
   i. Denyut jantung janin cepat, tidak teratur, atau bahkan hilang; cairan ketuban dapat mengandung mekonium yang kental dan berwarna kehijauan, serta berbau.
   ii. Terjadi pembengkakan pada bagian kepala (kaput suksedaneum) yang cukup besar.
   iii. Moulage (deformitas) kepala yang signifikan.
   iv. Ada kemungkinan kematian janin selama di kandungan.
   v. Kematian janin dapat terjadi selama proses persalinan (intrapartal).[20]

2.1.2.8 Tatalaksana

Penanganan umum untuk ibu yang mengalami kala I lama melibatkan langkah-langkah berikut:

a. Penilaian keadaan umum, tanda vital, dan tingkat hidrasi ibu, serta pastikan pasien berada dalam masa persalinan.
b. Evaluasi keadaan janin:
    i. Lakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) selama atau segera setelah kontraksi, dengan frekuensi setidaknya sekali setiap 30 menit selama fase aktif.
    ii. Jika tidak ada cairan ketuban yang keluar setelah pecahnya selaput ketuban, pertimbangkan adanya kemungkinan oligohidramnion yang dapat menyebabkan risiko pada janin.
    iii. Apabila ketuban pecah dan cairannya berwarna kehijauan atau bercampur darah, perhatikan kemungkinan adanya risiko bagi janin.
    iv. Jika terdeteksi gawat janin, pertimbangkan penggunaan forsep, atau *sectio caesarea* jika diperlukan.
c. Perbaikan keadaan umum:
    i. Berikan dukungan emosional kepada pasien selama proses persalinan.
    ii. Pastikan asupan cairan minimal 2500 ml per hari melalui infus larutan glukosa untuk mencegah dehidrasi, yang dapat terindikasi oleh adanya aseton dalam urine.
    iii. Lakukan pengosongan kandung kemih dan usus.

iv. Berikan sedatif untuk membantu ibu beristirahat dan mengurangi rasa nyeri, menggunakan analgetik (seperti tramadol atau pethidine) dalam dosis yang tepat agar tidak mengganggu kontraksi dan membahayakan janin.
v. Minimalkan frekuensi pemeriksaan rektum atau vaginal, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan meningkatkan risiko infeksi.

d. Lakukan penilaian terhadap frekuensi serta durasi kontraksi menggunakan partograf.
e. Evaluasi berkala dengan pemeriksaan vaginal ulang setiap 4 jam:
   i. Jika garis tindakan terlewati, pertimbangkan untuk melakukan *sectio caesarea*.
   ii. Jika ada kemajuan, lakukan evaluasi setiap 2 jam.
f. Penanganan ketuban utuh:
   i. Jika tidak ada tanda-tanda *cephalopelvic disproportion* (CPD) atau obstruksi, berikan penanganan yang mungkin dapat memperbaiki kontraksi serta mempercepat kemajuan persalinannya.
   ii. Pecahkan ketuban jika masih utuh.
   iii. Jika laju pembukaan serviks <1 cm/jam selama fase aktif, lakukan penilaian terhadap kontraksi uterus.
g. Induksi dengan oksitosin:
   i. Lakukan induksi dengan *oxytocin drip* sebanyak 5 unit dalam 500 cc dekstrosa atau NaCl, dimulai dari 8 tetes per menit, kemudian tambahkan 4 tetes

setiap 30 menit hingga tercapai kontraksi yang adekuat (maksimal 40 tetes per menit).

h. Apabila tidak mengalami kemajuan dalam persalinan, segera konsultasikan dengan dokter.[18]

2.1.2.9 Komplikasi

Partus lama dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius, baik bagi ibu maupun janin. Pada ibu, komplikasi yang sering terjadi mencakup infeksi intrapartum, yaitu infeksi yang berkembang selama proses persalinan akibat durasi yang berkepanjangan, yang dapat meningkatkan risiko infeksi sistemik atau sepsis. Selain itu, partus lama juga dapat menyebabkan ruptur uteri, yaitu robekan pada dinding rahim, yang merupakan kondisi darurat obstetri yang berpotensi membahayakan nyawa ibu dan janin. Trauma pada otot-otot panggul juga sering terjadi akibat tekanan yang berkepanjangan selama persalinan, yang dapat memengaruhi fungsi organ panggul di kemudian hari.

Pada janin, partus lama dapat mengakibatkan kaput suksedaneum, yaitu pembengkakan pada kulit kepala akibat tekanan yang terlalu lama di jalan lahir. Kondisi ini sering disertai dengan moulage kepala, yaitu deformasi sementara pada tulang tengkorak bayi yang terjadi akibat tekanan selama proses persalinan. Dalam kasus yang lebih berat, partus lama dapat berujung pada kematian janin, terutama jika terjadi asfiksia atau komplikasi lain yang tidak segera ditangani.[23]

2.1.2.10 Dampak partus lama terhadap ibu dan janin

Dampak yang dapat dialami ibu meliputi infeksi intrauterin (infeksi di membran korion serta cairan amnion

yang disebabkan oleh bakteri), perdarahan pascapersalinan, infeksi pascapersalinan, serta trauma jalan lahir, seperti robekan pada serviks dan vagina. Sementara itu, pada janin, risiko yang muncul meliputi kondisi gawat janin akibat hipoksia, perdarahan intrakranial (dalam tulang tengkorak), kenaikan kebutuhan intervensi seperti forsep atau ekstraktor vakum, sepsis (komplikasi karena infeksi), serta komplikasi jangka panjang seperti cedera permanen. Contohnya adalah *cerebral palsy* (lumpuh otak), *hypoxic-ischemic encephalopathy* (HIE), dan gangguan. neurologis lainnya.[24]

2.1.3 Gravida

2.1.3.1 Definisi

Gravida didefinisikan sebagai jumlah total kehamilan yang pernah dialami oleh seorang wanita, yang mencakup semua kehamilan, baik yang berakhir dengan kelahiran hidup, kelahiran mati, maupun keguguran. Dalam konteks ini, istilah gravida digunakan untuk memberikan informasi mengenai riwayat kehamilan seorang wanita dan membantu dalam penilaian risiko kesehatan terkait kehamilan saat ini[25]

2.1.3.2 Klasifikasi

Gravida dibagi menjadi empat kelompok, yaitu:

a. Nulligravida: Wanita yang berum pernah mengalami kehamilan
b. Primigravida: Wanita yang sedang atau pernah mengalami kehamilan pertama kali
c. Multigravida: Wanita yang sudah mengalami kehamilan dua kali atau lebih, termasuk jika beberapa

kehamilan tersebut tidak berakhir dengan kelahiran hidup

d. *Grand* multigravida: Wanita yang telah mengalami lima kehamilan atau lebih, terlepas dari hasil kehamilan tersebut

2.1.3.3 Hubungan dengan paritas

Gravida sering kali disebut bersamaan dengan istilah "*Paritas*", yaitu jumlah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran hidup. Kombinasi dari *Gravida* dan *Paritas* ini digunakan untuk mengklasifikasikan riwayat obstetri wanita. [8]

2.1.4 Hubungan partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum

Persalinan atau partus yang terlalu lama bisa menyebabkan kelelahan berlebihan pada fisik ibu dan bisa meningkatkan risiko, seperti atonia uteri, dimana itu adalah salah satu penyebab utama terjadinya perdarahan postpartum. Pada partus lama, rahim tidak berkontraksi dengan adekuat dan menyebabkan plasenta tidak terlepas dengan sempurna dari dinding rahim, dan mengakibatkan terjadinya perdarahan yang berlebihan.[26]

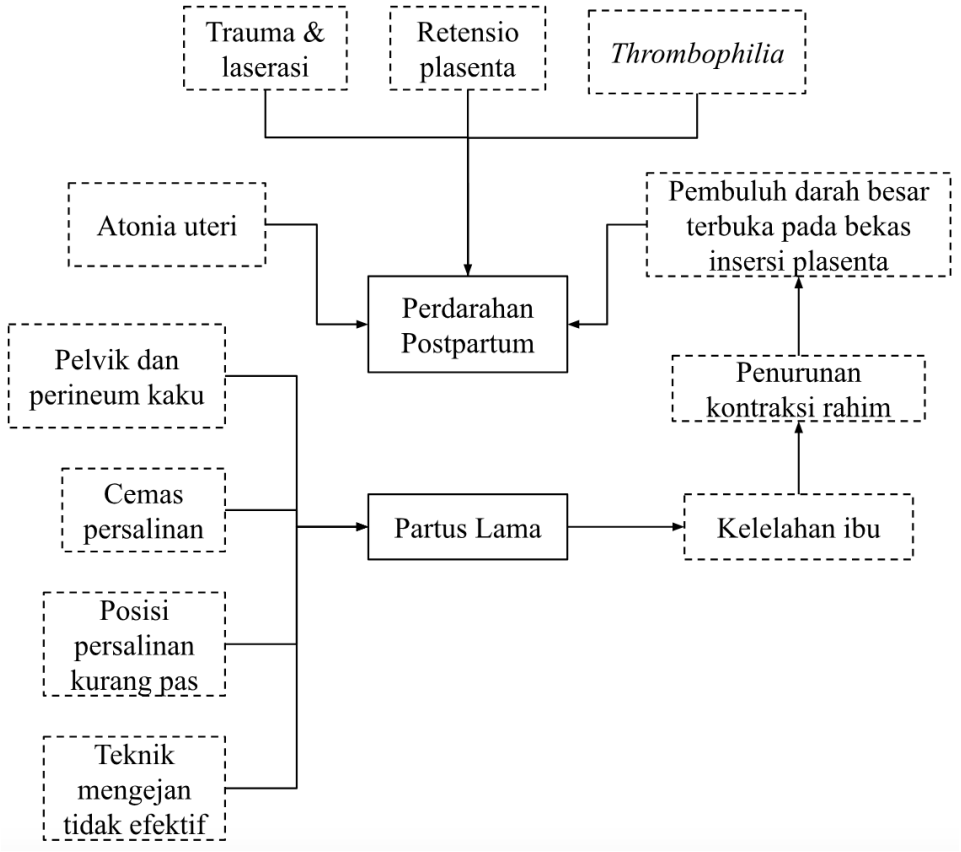
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 3. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & Waktu	Desain	Subjek	Variabel yang Diteliti	Lama Studi	Hasil
Wijayati T [26]	Kalimantan Barat 2015	*Case-control*	68 pasien bersalin	Bebas: Partus lama Terikat: Perdarahan post partum primer	Januari - Desember 2015	Terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan post partum primer (p = 0,000)
Husnah PF [27]	Sumatera Selatan 2021	*Cross Sectional*	326 pasien bersalin	Bebas: Paritas dan partus lama Terikat: Kejadian perdarahan postpartum	Januari - Desember 2021	Terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan post partum (p = 0,000)
Nyfløt, *et al.*[28]	Norway 2017	*Case-control*	2614 pasien bersalin	Bebas: Durasi persalinan Terikat: Kejadian perdarahan postpartum	2008 - 2011	Terdapat hubungan antara durasi persalinan dengan risiko perdarahan post partum (p<0,001)
Yanti D, *et al.*[9]	Jambi 2020	*Cross Sectional*	167 pasien bersalin	Bebas: Lama persalinan, paritas, umur	Januari - Desember 2020	Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara

Peneliti	Lokasi & Waktu	Desain	Subjek	Variabel yang Diteliti	Lama Studi	Hasil
				Terikat: Kejadian perdarahan postpartum		lama persalinan dengan kejadian perdarahan postpartum (p = 0,87)
Nabu AG[29]	Bogor 2014	*Cross Sectional*	152 pasien bersalin	Bebas: Perdarahan, usia, paritas, jarak kelahiran, kadar hemoglobin, riwayat persalinan sebelumnya, partus lama, dan berat bayi lahir Terikat: Kejadian perdarahan post partum	Januari 2014 - April 2015	Tidak terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan post partum (p = 0,188)

2.3 Kerangka teori



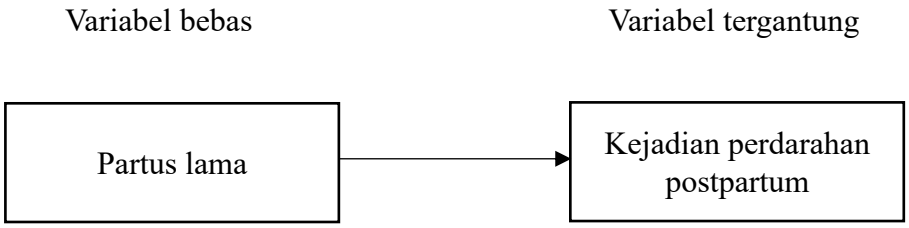
Gambar 1. Kerangka teori perdarahan postpartum pada primigravida

: Tidak diteliti

: Yang diteliti

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

3.2 Variabel penelitian

3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah partus lama.

3.2.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah kejadian perdarahan postpartum.

3.3 Definisi operasional

Tabel 4. Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Ukur	Skala	Hasil Ukur	Referensi
1.	Partus Lama	Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam dan disertai kontraksi uterus yang ritmik dan reguler, serta pembukaan serviks.	Rekam Medis	Data Sekunder	Nominal	1. Ada partus lama 2. Tidak ada partus lama	Amir F.[6]
2.	Perdarahan Postpartum	Kehilangan darah yang melebihi 500 ml pada 24 jam pertama setelah persalinan.	Rekam Medis	Data Sekunder	Nominal	1. Ada perdarahan postpartum 2. Tidak ada perdarahan postpartum	Nabu AG.[37]

BAB IV
METODE

4.1 Desain penelitian

Dalam penelitian ini, menggunakan rancangan observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional,* untuk menilai hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di Jakarta dan akan dilaksanakan pada Bulan Februari hingga Juni 2025 dan pengambilan data diperoleh di Rumah Sakit X.

4.3 Populasi dan subjek penelitian

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target pada penelitian adalah primigravida yang mengalami postpartum.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah primigravida yang mengalami postpartum di Rumah Sakit X periode Bulan Januari - Desember 2024.

4.3.2 Subjek

4.3.2.1 Kriteria inklusi

a. Wanita pasca persalinan normal (pervaginam).
b. Wanita usia antara 20 - 35 tahun.

4.3.2.2 Kriteria eksklusi

a. Wanita dengan komplikasi kehamilan lain (seperti preeklamsia atau plasenta previa).
b. Wanita yang menjalani persalinan melalui bedah *caesar* atau prosedur operatif lainnya.
c. Wanita dengan riwayat kelainan darah atau gangguan pembekuan darah.
d. Wanita dengan anemia sebelum persalinan.

4.3.2.3 Besar sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini akan dihitung dengan rumus yang sudah ditetapkan.

4.3.2.3.1 Populasi infinit

$$n0 = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

Keterangan :

n0 : Besar sampel optimal yang dibutuhkan
Z : Tingkat kemaknaan 95% besarnya adalah 1,96
p : Prevalensi pasien perdarahan postpartum pada Rumah Sakit X
q : Prevalensi pasien yang tidak mengalami perdarahan postpartum pada Rumah Sakit X
d : Tingkat ketepatan pengukuran yang ditetapkan adalah 0,05

Prevalensi Pasien Perdarahan Postpartum pada Rumah Sakit x adalah 6,7%[30]. Maka besar sampel pada populasi infinit adalah:

$$n0 = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}067 \times 0{,}933}{(0{,}05)^2} = 96$$

4.3.2.3.2 Populasi finit

$$n = \frac{n0}{(\,1 + \frac{n0}{N})}$$

Keterangan :

n = Besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit

n0 = Besar sampel dari populasi infinit

N = Besar populasi dari pasien perdarahan postpartum

Dalam penelitian ini, jumlah populasi yang digunakan adalah 96. Maka besar sampel minimal adalah :

$$n = \frac{96}{\left(1+\frac{96}{651}\right)}$$

$$n = \frac{96}{1{,}147}$$

$$n = 84$$

Rumus populasi terbatas menunjukkan bahwa sejumlah minimal individu, yaitu harus diikutsertakan dalam sampel penelitian. Untuk menghindari potensi terjadinya *drop-out* yang disebabkan oleh tidak memenuhi kriteria penelitian yang telah ditentukan, penelitian ini memutuskan untuk menambah jumlah sampelsebesar 15% dari nilai n atau jumlah minimum yang telah ditentukan sebelumnya.

$$n = 84$$

$$n = 84 + drop\ out\ 15\%\ (13)$$

$$n = 97$$

4.3.2.4 Cara pemilihan sampel

Metode pemilihan sampel akan menggunakan *consecutive non random sampling*. Metode ini digunakan untuk memenuhi jumlah sampel yang diperlukan untuk penelitian. Metode ini memilah sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi untuk dimasukan ke dalam penelitian.

4.4 Bahan dan instrumen penelitian

Pada penelitian ini, sumber data utama yang digunakan adalah rekam medis pasien di Rumah Sakit x. Sampel yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi akan digunakan sebagai data penelitian. Selanjutnya, segala informasi terkait diagnosis akan dianalisis dari data rekam medis mereka. Penelitian juga akan mengevaluasi apakah terdapat hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida.

4.5 Analisis data

4.5.1 Analisis univariat

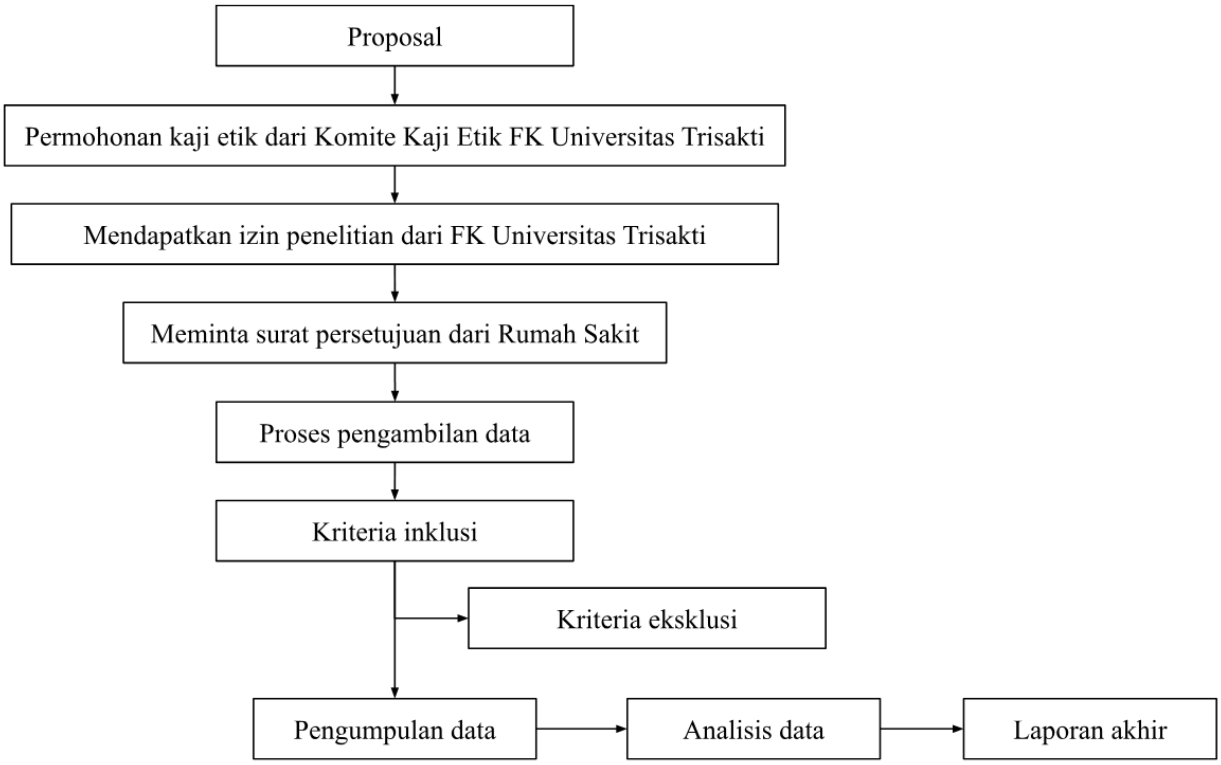
Variabel yang diteliti yaitu partus lama pada primigravida. Analisis univariat ini kemudian akan ditampilkan dalam tabel.

4.5.2 Analisis bivariat

Pada penelitian ini, analisis bivariat menggunakan *chi-square* dengan tingkat kemaknaan <0,05 untuk membuktikan hipotesis penelitian. Setelah data diperoleh kemudian akan dianalisis menggunakan *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versi 26. Untuk menguji kemaknaan hubungan digunakan derajat kepercayaan 95% dan tingkat kemaknaan <0,05 sebagai berikut:

a. p>0,05 menunjukkan hasil tidak bermakna atau tidak berhubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.
b. p<0,05 menunjukkan hasil bermakna atau berhubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja penelitian

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah dinyatakan lulus uji etik oleh Komisi Etik Riset Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dengan nomor kaji etik yang tertera.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 5. Penjadwalan penelitian

Kegiatan	WAKTU (2024 – 2025)										
	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
Persiapan dan perumusan judul											
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**											
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (Tinjauan Pustaka, Ringkasan Pustaka, dan Kerangka Teori)											
Penyusunan dan penyelesaian BAB III (Kerangka Konsep dan Definisi Operasional)											
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**											
Pengumpulan proposal dan berkas terkait											
Ujian seminar proposal											
Perizinan terkait kaji etik											
Pengambilan data ke Rumah Sakit											
Analisis data											

DAFTAR PUSTAKA

1. Rosita M, Zuitasari A, Amalia R. Hubungan Umur Paritas dan Anemia dengan Kejadian Perdarahan Postpartum di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang Tahun 2021. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi.* 2023;23(2):1659-1664. DOI: 10.33087/jiubj.v23i2.3151.
2. Umar ANF, White IPFI. Pendarahan Paskasalin. Jurnal Medical Profession. *Available at*: https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/867, Feb 2023;5(1):27-30.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Gizi Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kemenkes. *Available at*: RI; https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/LAKIP%20GIKIA_TA%202022.pdf, 2023.
4. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Profil Kesehatan Provinsi DKI Jakarta 2023. Jakarta: Dinkes Prov DKI Jakarta. *Available at*: https://drive.google.com/file/d/1rDZDSIGf_MvGG88NM5ne7U-qD3qsjPR3/view, 2023.
5. Sugiyarni L, Amalia R, Zuitasari A, Arif A. Hubungan Umur, Paritas, dan Anemia dengan Kejadian Perdarahan Post Partum di Charitas Hospital Palembang Tahun 2021. 2023;23(1):533-538. DOI*: 10.33087/jiubj.v23i1.3010.*
6. Amir F. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Partus Lama di Puskesmas Jumpandang Baru Makassar Tahun 2017. Jurnal Kesehatan Delima Pelamonia. 2017;1(1):19-26. DOI: https://doi.org/10.37337/jkdp.v1i1.23
7. Fitria A, Puspitasari N. Hubungan dan Faktor Risiko Partus Lama Riwayat Perdarahan Postpartum dan Berat Bayi Lahir Besar dengan Kejadian Perdarahan Postpartum. Jurnal Biometrika dan Kependudukan. *Available at*: https://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jbkde2ce5d49c2full.pdf. Des 2015;4(2):118-124.

8. Heriani H. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Partus Lama di Ruang Kebidanan RSUD Ibnu Sutowo Baturaja Tahun 2015. Jurnal Cendekia Medika. *Available at*: https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/cendekia_medika/article/view/16. Apr 2016;1(1):70-79.
9. Yanti D, Lilis DN. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Perdarahan Postpartum. Nursing Care and Health Technology Journal. Jun 2022;2(2):16–23. DOI: https://doi.org/10.56742/nchat.v2i1.32
10. Nurhayati Y, Darwiten. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Yogyakarta : CV Andi Offset. 2019.
11. World Health Organization. A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030. Geneva: WHO. *Available at*: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373221/9789240081802-eng.pdf?sequence=1, 2023.
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. *Available at*: https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2020, 2021
13. Nurhayati, E. Patologi dan Fisiologi Persalinan. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru. 2019.
14. Manuaba IAC, Manuaba IBG, Manuaba IBGF, Manuaba IBG. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC. 2014.
15. Cunningham FG, Leveno KJ, *et al*. Obstetri Williams Edisi ke-25. Jakarta : EGC. 2018.
16. Prawirohardjo. Ilmu kandungan Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2014:106-108.
17. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. *Available at*: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-

documents/guideline/IDN-MN-21-01-GUIDELINE-2015-ind-Guideline-of-Integrated-Antenatal-Service.pdf, 2015.

18. Saifuddin A. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiharohardjo. 2014.
19. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2018;391(10129):1295-1304. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30403-1.
20. Purwoastuti, E. Ilmu Obstetri Dan Ginekologi Sosial bagi Kebidanan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. 2015.
21. *World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789241507363*
22. Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan ICF International. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: BPS. *Available at:* https://e-koren.bkkbn.go.id/wp-content/uploads/2018/10/Laporan-SDKI-2017-WUS.pdf, 2018.
23. Prawirohardjo, Sarwono. Ilmu Kebidanan. Jakarta : PT Bina Pustaka. 2014.
24. Rizky A. Hubungan usia dan paritas dengan kejadian partus lama pada ibu bersalin di Puskesmas Galis Bangkalan. Gema Bidan Indonesia. Juni 2024;13(2).52-57. DOI: https://doi.org/10.36568/gebindo.v13i2.207.
25. Obrowski S, Obrowski M, Starski K. Normal Pregnancy: A Clinical Review. *Academic Journal of Pediatrics & Neonatology*. 2016; 1(1): 555554. DOI: 10.19080/AJPN.2016.01.555554.
26. Wijayati T. Partus lama ditinjau dengan terjadinya perdarahan post partum primer. Jurnal Cendekia Medika. Sept 2020;5(2):89-93. DOI: 10.52235/cendekiamedika.v5i2.66.

27. Husnah PF. Hubungan paritas dan partus lama dengan kejadian perdarahan post partum di RSUD Kota Prabumulih. Jurnal SMART ANKes. *Available at:* https://www.jurnalabdinusababel.ac.id/, Des 2022;6(2):78-85.
28. Nyfløt LT, Pedersen BS, Forsén L, *et* al. Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. PLOS ONE. April 2017. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175306.
29. Nabu AG. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Perdarahan Postpartum di Rumah Bersalin Anugerah Bogor Periode Januari 2014 s/d April 2015 (Analisis Data Sekunder). Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan. Des 2016;2(8):450-458. DOI: https://doi.org/10.52643/jbik.v6i2.24
30. Syafira. Determinan kejadian pendarahan postpartum di Indonesia (Analisis data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017 [Skripsi]. Universitas Sriwijaya; 2020.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table* analisis univariat

Tabel 6. Distribusi subjek berdasarkan karakteristik sosiodemografi dan klinis

Karakteristik	**Frekuensi**	
	n	**%**
Usia (tahun)		
• 20-25		
• 26-30		
• 31-35		
Pendidikan		
• Rendah		
• Sedang		
• Tinggi		
Bekerja		
• Ya		
• Tidak		
***Antenatal Care* (ANC)**		
• < 6 kali		
• ≥ 6 kali		
Riwayat penyakit ginekologi		
• Ada		
• Tidak		
Durasi partus (jam)		
• < 24		
• ≥ 24		
Perdarahan postpartum (≥ 500 mL)		
• Ya		
• Tidak		

Tabel 7. Distribusi kejadian perdarahan postpartum berdasarkan kejadian partus lama dan karakteriksik sosiodemografi

Variabel	Perdarahan postpartum				Jumlah
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Partus lama					
Usia (tahun) • 20-25 • 26-30 • 31-35					
Pendidikan • Rendah • Sedang • Tinggi					
Bekerja • Ya • Tidak					
Antenatal Care (ANC) • < 6 kali • ≥ 6 kali					
Riwayat penyakit ginekologi • Ada • Tidak					

Lampiran 2. *Dummy table* analisis bivariat

Tabel 8. Hubungan antara partus lama dengan kejadian perdarahan postpartum pada primigravida

Variabel	**Perdarahan postpartum**				**Jumlah**	***p-value***
	Ya		**Tidak**			
	n	**%**	**n**	**%**		
Partus lama						
• Ya						
• Tidak						

Analisis data menggunakan Chi-square, batas kemaknaan yang digunakan p<0,05