BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Perdarahan Dalam Kehamilan

1. Pengertian Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa dan solusio plasenta. Plasenta previa adalah ketika plasenta berada di bagian bawah rahim sehingga menutupi jalan lahir. Biasanya akan terjadi perdarahan hebat tanpa rasa sakit. Adapun solusio plasenta adalah pelepasan plasenta dari tempat implementasi normalnya di rahim sebelum persalinan. Biasanya akan terjadi perdarahan dengan warna darah agak gelap dan ibu merasa kesakitan. (sarwono,2014)

Perdarahan pada kehamilan berdampak pada perdarahan hebat yang terjadi secara tiba-tiba mengakibatkan kehilangan banyak darah sehingga dapat meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Perdarahan selama kehamilan dapat dianggap sebagai suatu keadaan akut yang dapat membahayakan ibu dan anak, sampai dapat menimbulkan kematian. Perdarahan pada kehamilan sendiri berarti perdarahan melalui vagina yang terjadi pada masa kehamilan, bukan perdarahan dari organ atau sistem lainnya. Perdarahan pada kehamilan adalah masalah yang cukup serius yang terjadi pada masyarakat Indonesia yang mengakibatkan mortalitas yang cukup tinggi pada ibu hamil di Indonesia (Alvionita, 2020).

Definisi perdarahan *antepartum* adalah perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan di atas 24 minggu sampai kelahiran. Perdarahan pada kehamilan merupakan penyebab utama kematian maternal dan perinatal, berkisar 35% (Amokrane, 2016).

Perdarahan saat hamil merupakan kondisi yang cukup sering terjadi pada trimester awal kehamilan. Secara umum perdarahan cukup berpotensi membahayakan ibu dan janin. Kebanyakan wanita hamil mengalami perdarahan pada saat 12 minggu kehamilan pertama. Perdarahan saat

hamil merupakan suatu hal yang bisa saja terjadi. Namun, adanya perdarahan abnormal dari vagina saat hamil perlu mendapat perhatian khusus. Keadaan tersebut dapat menjadi tanda dari kondisi yang serius. Bahkan bisa membahayakan kehamilan dan keselamatan janin. (Nurinayah, 2022)

Pendarahan pada ibu hamil dan pascamelahirkan adalah kondisi di mana terjadi perdarahan yang tidak normal selama kehamilan atau setelah proses melahirkan Pendarahan ini bisa bervariasi dalam tingkat keparahan, mulai dari perdarahan ringan hingga perdarahan yang mengancam jiwa. Masalah ini memerlukan perhatian medis segera, karena dapat menimbulkan komplikasi serius bagi ibu dan bayi. (kemkes.go.id)

2. Penyebab

Perdarahan postpartum disebabkan oleh banyak faktor. Beberapa faktor predisposisi adalah anemia, yang berdasarkan prevalensi di negara berkembang merupakan penyebab yang paling bermakna. Penyebab perdarahan postpartum paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, penyebab lain kadang-kadang adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri, dan inversi uteri (Saifuddin, 2014).

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan pendarahan pada ibu hamil dan pascamelahirkan. Beberapa penyebab umum meliputi :

a. Pendarahan pada Ibu Hamil
   1) Keguguran: Pendarahan adalah salah satu gejala utama dari keguguran yang terjadi pada tahap awal kehamilan.
   2) Plasenta previa: Ketika plasenta menempel di dekat atau menutupi sebagian atau seluruh leher rahim, bisa menyebabkan pendarahan pada kehamilan.
   3) Plasenta akreta: Plasenta tidak dapat melepaskan diri dengan normal setelah melahirkan, yang dapat menyebabkan pendarahan.
b. Pendarahan Pascamelahirkan
   1) Retensi sisa plasenta: Jika sebagian kecil dari plasenta atau jaringan plasenta tertinggal dalam rahim setelah melahirkan, pendarahan dapat terjadi.

2) Robekan jalan lahir: Pendarahan dapat terjadi jika ada robekan pada jalan lahir yang tidak dijahit dengan benar setelah melahirkan.
3) Infeksi: Infeksi rahim setelah melahirkan juga dapat menyebabkan pendarahan.

3. Klasifikasi

Terdapat klasifikasi perdarahan pada kehamilan muda, yaitu:

a. Abortus

Abortus merupakan suatu proses ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.

b. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan yang berbahaya bagi wanita yang bersangkutan berhubung dengan besarnya kemungkinan terjadi keadaan yang gawat.

c. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa merupakan kehamilan abnormal dimana hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan hidrofik.

(Ratna dkk, 2018)

Perdarahan pada masa kehamilan yang patologis dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

a. Perdarahan pada awal masa kehamilan

Perdarawan di awal kehamilan yaitu perdarahan yang terjadi pada masa kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan pervaginam dikatakan tidak normal bila ada tanda-tanda berikut :

1) Keluar darah merah
2) Perdarahan yang banyak

Perdarahan dengan nyeri Perdarahan semacam ini perlu dicurigai terjadinya abortus, kehamilan ektopik dan kehamilan molahidatidosa.

b. Perdarahan pada masa kehamilan lanjut (Perdarahan Antepartum)

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan 22 minggu sampai sebelum persalinan. Perdarahan tidak normal bila terdapat tanda-tanda berikut ini :

1) Keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan

2) Perdarahan banyak kadang-kadang / tidak terus-menerus
3) Perdarahan disertai rasa nyeri

Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta dan rupture uteri. Selain itu perlu dicurigai adanya gangguan pembekuan darah

4. Macam-macam perdarahan kehamilan

Pengelompokan perdarahan pada kehamilan tersebut secara praktis dibagi menjadi perdarahan pada kehamilan muda dan perdarahan sebelum melahirkan (antepartum hemoragik) (Rosyidah, 2019).

a. Perdarahan kehamilan Muda

Perdarahan pervaginam pada kehamilan muda adalah perdarahan yang terjadi sebelum kehamilan 22 minggu. World Health Organization menetapkan batas usia kehamilan kurang dari 22 minggu, namun beberapa acuan terbaru menetapkan batas usia kurang dari 20 minggu (Sari dan Prabowo, 2018). Terdapat klasifikasi perdarahan pada kehamilan muda, yaitu:

1) Abortus

Abortus merupakan suatu proses ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Abortus adalah suatu proses berakhirnya suatu kehamilan. Dimana janin belum mapu hidup diluar rahim (belum viable), dengan kriteria usia kehamilan <500gr. Berikut macam-maca abortus dan tanda gejalanya :

a) Spontaneus abortion atau Abortus Spontan, didefinisikan sebagai keguguran yang terjadi sebelum janin dapat hidup (22 minggu kehamilan)
b) Abortus imminens (threatened abortion, abortus mengancam) adalah proses awal dari suatu keguguran, yang ditandai dengan perdarahan per vaginam, sementara ostium uteri eksternum masih tertutup dan janin masih baik dalam intrauterin.
c) Abortus Incipiens (inevitable abortion, abortus sedang berlangsung) ialah proses abortus yang sedang berlangsung dan

tidak lagi dapat dicegah, ditandai dengan terbukanya ostium uteri eksternum

d) Abortus Inkompletus ialah proses abortus dimana sebagian hasil konsepsi telah keluar melalui jalan lahir

e) Abortus Kompletus ialah proses abortus dimana keseluruhan hasil konsepsi telah keluar melalui jalan lahir.

Tablel 1
Jenis dan Derajat Abortus

Diagnosa	Perdarahan	Serviks	Besar Uterus	Gejala Lain
Abortus Imminens	Sedikit-Sedang	Tertutup	Sesuai dengan usia kehamilan	1. PP test Positif 2. Kram 3. Uterus Lunak
Abortus insipiens	Sedang-banyak	Terbuka	Sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan	1. Kram 2. Uterus Lunak
Abortus Inkomplit	Sedikit-banyak	Terbuka (Lunak)	Lebih kecil dari usia kehamilan	1. Kram 2. Keluar Jaringan sebagian 3. Uterus Lunak
Abortus komplit	dikit/ tidak ada	rbuka atau tertutup	h kecil dari usia kehamilan	1. Sedikit kram atau tidak kram 2. Keluar seluruh jaringan 3. Uterus kenyal

2) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik terganggu adalah suatu kehamilan yang berbahaya bagi wanita yang bersangkutan berhubungan dengan besarnya kemungkinan terjadi keadaan yang gawat. Kehamilan ektopik adalah kehamilan dimana implantasi terjadi di luar rongga rahim. Lebih dari 90% kejadian kehamilan ektopik pada Tuba falopi.

Tanda dan gejala yang biasanya terjadi adalah: perdarahan ringan, sakit perut, serviks. tertutup, uterus sedikit lebih besar dari normal, uterus lebih lembut dari biasanya. Tanda lain yang biasa menyertai: pingsan, masa adneksa yang lunak, amenorea serta nyeri gerakan serviks.

Diagnosis banding yang paling umum untuk kehamilan ektopik adalah aborsi terancam, lainnya adalah radang panggul akut atau kronis, kista ovarium (torsi atau ruptur) dan apendisitis akut. Jika tersedia USG dapat membantu membedakan aborsi yang terancam atau kista ovarium

Tabel 2
Diagnosa Kehamilan Ektopik

Kehamilan Ektopik Tanpa Ruptur atau Robekan	Kehamilan Ektopik dengan Ruptur atau Robekan
1. Gejala awal kehamilan (perdarahan tidak teratur, bercak atau perdarahan), mual, bengkak payudara, perubahan warna kebiruan pada vagina dan leher rahim, pelunakan serviks ringan, pembesaran uterus, peningkatan frekuensi kencing • 2. Nyeri perut dan panggul	1. Adanya kolaps dan merasa lemah 2. Denyut nadi cepat dan lemah (110 per menit atau lebih) 3. Hipotensi 4. Hipovolemia 5. Nyeri perut dan panggul akut 6. Distensia abdomen 7. Nyeri yang pulih kembali 8. Pucat

3) Mola Hidatidosa

Kehamilan mola adalah suatu kehamilan yang ditandai dengan hasil konsepsi yang tidak berkembang menjadi embrio setelah fertilisasi, namun terjadi proliferasi dari dari vili korialis disertai dengan degenarisasi hidropik. Uterus melunak dan berkembang lebih cepat dari usia gestasi normal, tidak dijumpai adanya janin, dan kavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur. Kehamilan mola ditandai juga dengan proliferasi vili korionik yang abnormal.

Diagnosis dan gejala yang timbul yaitu :

a) Anamnese keluhan

Keluhan seperti hamil muda dan kadang lebih nyata dari hamil biasa, terdapat tanda toksemia gravidarum, perdarahan sedikit atau banyak, tidak teratur, warna tengguli tua atau kecoklatan, seperti bumbu rujak. Pembesaran uterus tidak sesuai umur kehamilan (lebih besar), dengan tua kehamilan yang seharusnya, Keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (tidak selalu ada) yang merupakan diagnosis pasti, Muka dan wajah terkadang pucat kekuningan, yang disebut muka mola (mola face). Jika gelembung mola yang sudah keluar dapat dilihat jelas

b) Palpasi

Uterus membesar, tidak sesuai dengan tuanya kehamilan, terasa lembek, Tidak traba bagian janin dan balotement juga gerakan janin adanya fenomena harmonica, yaitu darah dan gelembung mola

keluar dari fundus uteri turun, lalu naik lagi karena terkumpulnya darah baru

c) Auskultasi

Tidak terdengar denyut jantung janin, serta terdengar bising dan bunyi yang khas

d) Reaksi Kehamilan

Karena kadar HCG tinggi maka uji biologik da uji imunologik akan positif setelah pengenceran.

e) USG

Pada mola terlihat bayangan badai salju, dan tidak terlihat janin

b. Perdarahan antepartum

perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi pada usia kehamilan di atas 24 minggu sampai kelahiran. Penyebab utama dari perdarahan antepartum antara lain plasenta praevia, solusio plasentae,dalam beberapa kasus penyebab pasti perdarahan tidak dapat diketahui (Dewi & Jannah, 2022).

1) Solusio Plasenta

Solusio plasenta didefinisikan sebagai perdarahan di perbatasan desidua-plasenta yang menyebabkan pemisahan plasenta sebelum kelahiran janin dan setelah usia kehamilan 20 minggu. Menurut Manuaba dalam (Sari dan Prabowo, 2018), batasan solusio plasenta adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya, pada usia kehamilan 22 minggu atau dengan perkiraan berat janin lebih dari 500 gram. Dengan demikian, pendarahan retroplasenter yang terjadi akan menimbulkan gejala klinik yang tergantung dari dua faktor penting :

a) Luasnya plasenta yang lepas dari implantasinya.
b) Besarnya timbunan darah retroplasenter yang terjadi.

Klasifikasi Solusio Plasenta Menurut derajat lepasnya plasenta (:

a) Solusio Plasenta Parsialis

Bila hanya sebagian saja plasenta terlepasnya dari tempat perletakannya.

b) Solusio Plasenta Totalis

Bila seluruh plasenta sudah terlepasnya dari tempat perlekatannya

c) Prolapsus Plasenta

Bila plasenta turun ke bawah dan teraba pada pemeriksaan dalam.

2) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah kondisi dimana plasenta menempel sebagian atau seluruhnya ke segmen bawah rahim setelah janin viable (20 minggu di negara maju dan 24-28 minggu di negara berkembang).

Placenta Previa adalah keadaan dimana letak placenta tidak normal di fundus uteri namun dibagian bawah dari uterus, berikut adalah klasifikasi plasenta previa (Wariyaka, 2021) :

a) Plasenta Previa Totalis : Os serviks internus seluruhnya ditutupi oleh plasenta
b) Plasenta previa parsialis : OS Internus sebagian ditutupi oleh plasenta
c) Plasenta previa marginalis : Tepi plasenta berada di pinggir os Internus
d) Plasenta Letak Rendah : Plasenta yang tertanam di segment bawah uterus sedemikian sehingga tepi plasenta sebenarnya tidak mencapai os internus tapi berada di dekatnya

Kejadian khas plasenta previa adalah perdarahan yang tak nyeri, yang biasanya belum terjadi sampai menjelang akhir trimester dua atau sesudahnya.

a) Pemeriksaan Obstetri

Palpasi abdomen teraba bagian terendah janin belum masuk PAP, mengambang karena sekitar ostium uteri tertutup oleh jaringan plasenta, Terdapat kelainan letak janin. Pada pemeriksaan Auskultasi hasil pemantauan detak jantung janin tergantung dari jumlah dan cepatnya kehilangan darah maternal sehingga dapat mempengaruhi sirkulasi retroplasenter yang selanjutnya akan langsung mempengaruhi nutrisi dan pertukaran O2 dan CO2 intraplasenta.

Sebab-sebab perdarahan postpartum primer dibagi menjadi empat kelompok utama:

a. *Tone* (Atonia Uteri)

Atonia uteri menjadi penyebab pertama perdarahan postpartum. Perdarahan postpartum bisa dikendalikan melalui kontraksi dan retraksi serat-serat miometrium. Kontraksi dan retraksi ini menyebabkan terlipatnya pembuluh-pembuluh darah sehingga aliran darah ke tempat plasenta menjadi terhenti. Kegagalan mekanisme akibat gangguan fungsi miometrium dinamakan atonia uteri Diagnosis ditegakkan bila setelah bayi dan plasenta lahir perdarahan masih ada dan mencapai 500-1000 cc, tinggi fundus uteri masih setinggi pusat atau lebih dengan kontraksi yang lembek (Saifuddin, 2014).

b. Trauma dan Laserasi

Perdarahan yang cukup banyak dapat terjadi karena robekan pada saat proses persalinan baik normal maupun dengan tindakan, sehingga inspeksi harus selalu dilakukan sesudah proses persalinan selesai sehingga sumber perdarahan dapat dikendalikan. Tempat-tempat perdarahan dapat terjadi di vulva, vagina, servik, porsio dan uterus.

1. *Tissue* (Retensio Plasenta)

Retensio sebagian atau seluruh plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, sinus-sinus darah tetap terbuka, sehingga menimbulkan perdarahan postpartum. Perdarahan terjadi pada bagian plasenta yang terlepas dari dinding uterus. Bagian plasenta yang masih melekat merintangi retraksi miometrium dan perdarahan berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan

Retensio plasenta, seluruh atau sebagian, lobus succenturiata, sebuah kotiledon, atau suatu fragmen plasenta dapat menyebabkan perdarahan plasenta akpostpartum. Retensio plasenta dapat disebabkan adanya plasenta akreta, perkreta dan inkreta.

Faktor predisposisi terjadinya plasenta akreta adalah plasenta previa, bekas seksio sesarea, pernah kuret berulang, dan multiparitas (Saifuddin, 2014).

2. *Thrombophilia* (Kelainan Perdarahan)

Afibrinogenemia atau hipofibrinogenemia dapat terjadi setelah *abruption placenta*, retensio janin-mati yang lama di dalam rahim, dan pada emboli cairan ketuban. Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan dengan tindakan yang biasanya dipakai untuk mengendalikan perdarahan. Secara etiologi bahan thromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolisis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar.

3. Gejala Klinis Perdarahan Postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran PPP yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda- tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstrimitas dingin, dan lain-lain (Wiknjosastro, 2012).

5. Dampak Perdarahan Kehamilan

Pengaruh anemia pada kehamilan. Risiko pada masa antenatal : berat badan kurang, plasenta previa, eklamsia, ketuban pecah dini, anemia pada masa intranatal dapat terjadi tenaga untuk mengedan lemah, perdarahan intranatal, shock, dan masa pascanatal dapat terjadi subinvolusi. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada neonatus : premature, BBLR, apgar score rendah, gawat janin.

Bahaya pada Trimester II dan trimester III, anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan ante partum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai

kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu.

Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan, dapat menyebabkan gangguan his primer, sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan-tindakan tinggi karena ibu cepat lelah dan gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif

Anemia kehamilan dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga akan mempengaruhi ibu saat mengedan untuk melahirkan bayi. Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan : gangguan his- kekuatan mengejan, Kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, Kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri. Pada kala nifas : Terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, dekompensasi kosrdis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Saifudin, 2010).

6. Pencegahan dan Penanganan Perdarahan

a. Abortus

1) Abortus imminens

a. Istirahat baring agar aliran darah ke uterus bertambah dan rangsang mekanik berkurang.

b. Progesteron 10 mg sehari untuk terapi substitusi dan untuk mengurangi kerentanan otot-otot rahim.

c. Tes kehamilan dapat dilakukan. Bila hasil negatif, mungkin janin sudah mati.

d. Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.

e. Berikan obat penenang, biasanya fenobarbital 3 x 30 mg. Pasien tidak boleh berhubungan seksual dulu sampai lebih kurang 2 minggu.

1) Abortus insipiens
   a) Bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfusi darah.
   b) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, yang biasanya disertai perdarahan, tangani dengan pengosongan uterus memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam. Suntikkan ergometrin 0,5 mg intramuskular.
   c) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, berikan infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% 500 ml dimulai 8 tetes per menit dan naikkan sesuai kontraksi uterus sampai terjadi abortus komplet.
   d) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal, lakukan pengeluaran plasenta secara digital yang dapat disusul dengan kerokan.
   e) Memberi antibiotik sebagai profilaksis.
2) Abortus inkomplet
   a) Bila disertai syok karena perdarahan, berikan infus cairan NaCl fisiologis atau ringer laktat yang disusul dengan ditransfusi darah.
   b) Setelah syok diatasi, lakukan kerokan dengan kuret lalu suntikkan ergometrin 0,2 mg intramuskular untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.
   c) Berikan antibiotik untuk rnencegah infeksi.
3) Abortus komplet
   a) Bila pasien anemia, berikan hematinik seperti sulfas ferosus atau transfusi darah.
   b) Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.
   c) Anjurkan pasien diet tinggi protein, vitamin. dan mineral.
4) Missed abortion
   a) Bila terdapat hipofibrinogenemia siapkan darah segar atau fibrinogen.
   b) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu.

      Lakukan pembukaan serviks dengan gagang laminaria selama 12 jam lalu dilakukan dilatasi serviks dengan dilatator Hegar.

Kemudian hasil konsepsi diambil dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.

c) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu.

Infus intravena oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% sebanyak 500 ml mulai dengan 20 tetes per menit dan naikkan dosis sampai ada kontraksi uterus. Oksitosin dapat diberikan sampai 10 IU dalam 8 jam. Bila tidak berhasil, ulang infus oksitosin setelah pasien istirahat satu hari.

d) Bila tinggi fundus uteri sampai 2 jari bawah pusat, keluarkan hasil konsepsi dengan menyuntik larutan garam 20% dalam kavum uteri melalui dinding perut.

5) Abortus infeksius dan septik

a) Tingkatkan asupan cairan.

b) Bila perdarahan banyak, lakukan transfusi darah.

c) Kuretase dilakukan dalam waktu 6 jam karena pengeluaran sisa-sisa abortus mencegah perdarahan dan menghilangkan jaringan nekrosis yang bertindak sebagai medium perkembangbiakan bagi jasad renik

d) Pada abortus septik diberikan antibiotik dalam dosis yang lebih tinggi misalnya Sulbenicillin 3 x 2 gram.

e) Pada kasus tetanus perlu diberikan ATS, irigasi dengan H2O2, dan histerektomi total secepatnya.

6) Abortus Habitualis

a) Memperbaiki keadaan umum, pemberian makanan yang sehat, istirahat yang cukup, larangan koitus, dan olah raga.

b) Merokok dan minum alkohol sebaiknya dikurangi atau dihentikan.

c) Pada serviks inkompeten terapinya adalah operatif: Shirodkar atau Mac Donald (cervical cerclage) (Sari dan Prabowo, 2018).

7) Kehamilah Ektopik

Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi. Dalam tindakan demikian beberapa hal perlu diperhatikan dan dipertimbangkan yaitu:

a) Kondisi penderita saat itu
b) Keinginan penderita akan fungsi reproduksinya
c) Lokasi kehamilan ektopik
d) Kondisi anatomik organ pelvis

Hasil pertimbangan ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi pada kehamilan tuba atau dapat dilakukan pembedahan konservatif yaitu hanya dilakukan salpingostomi atau reanastomosis tuba. Apabila kondisi penderita buruk, misalnya dalam keadaan syok, lebih baik dilakukan salpingektomi.

a) Pembedahan

Pembedahan merupakan penatalaksanaan primer pada kehamilan ektopik terutama pada KET dimana terjadi abortus atau ruptur pada tuba. Penatalaksanaan pembedahan sendiri dapat dibagi atas dua yaitu pembedahan konservatif dan radikal. Pembedahan konservatif terutama ditujukan pada kehamilan ektopik yang mengalami ruptur pada tubanya. Pendekatan dengan pembedahan konservatif ini mungkin dilakukan apabila diagnosis kehamilan ektopik cepat ditegakkan sehingga belum terjadi ruptur pada tuba.

b) Salpingotomi linier

Tindakan ini merupakan suatu prosedur pembedahan yang ideal dilakukan pada kehamilan tuba yang belum mengalami ruptur. Karena lebih dari 75% kehamilan ektopik terjadi pada 2/3 bagian luar dari tuba. Prosedur ini dimulai dengan menampakkan, mengangkat, dan menstabilisasi tuba. Satu insisi linier dibuat diatas segmen tuba yang meregang. Produk kehamilan dikeluarkan dengan hati-hati dari dalam lumen. Setiap sisa trofoblas yang ada harus dibersihkan dengan melakukan irigasi pada lumen dengan menggunakan cairan ringer laktat yang hangat untuk mencegah kerusakan lebih jauh pada mukosa. Hemostasis yang komplit pada mukosa tuba harus dilakukan, karena kegagalan pada tindakan ini akan menyebabkan perdarahan post operasi yang akan membawa pada terjadinya adhesi intralumen. Batas mukosa kemudian ditutup

dengan jahitan terputus, jahitan harus diperhatikan hanya dilakukan untuk mendekatkan lapisan serosa dan lapisan otot dan tidak ada tegangan yang berlebihan

c) Reseksi segmental Reseksi segmental dan re-anastomosis end to end telah diajukan sebagai satu alternatif dari salpingotomi. Prosedur ini dilakukan dengan mengangkat bagian implantasi. Tujuan lainnya adalah dengan merestorasi arsitektur normal tuba. Hanya pasien dengan perdarahan yang sedikit dipertimbangkan untuk menjalani prosedur ini. Mesosalping yang berdekatan harus diinsisi dan dipisahkan dengan hati-hati untuk menghindari terbentuknya hematom pada ligamentum latum. Jahitan seromuskuler dilakukan dengan menggunakan mikroskop/loupe.

d) Salpingektomi

Salpingektomi total diperlukan apabila satu kehamilan tuba mengalami ruptur, karena perdarahan intraabdominal akan terjadi dan harus segera diatasi. Hemoperitonium yang luas akan menempatkan pasien pada keadaan krisis kardiopulmunonal yang serius. Insisi suprapubik Pfannenstiel dapatdigunakan, dan tuba yang meregang diangkat. Mesosalping diklem berjejer dengan klem Kelly sedekat mungkin dengan tuba. Tuba kemudian dieksisi dengan memotong irisan kecil pada miometrium di daerah kornu uteri, hindari insisi yang terlalu dalam ke miometrium. Jahitan matras angka delapan dengan benang absorable 0 digunakan untuk menutup miometrium pada sisi reseksi baji. Mesosalping ditutup dengan jahitan terputus dengan menggunakan benang absorbable. Hemostasis yang komplit sangat penting untuk mencegah terjadinya hematom pada ligamentum latum (Sari dan Prabowo, 2018).

8) Mola Hidatidosa

Penatalaksanaan pada mola hidatidosa terdiri dari 4 tahap, yaitu :

a) Perbaiki keadaan umum

Sebelum dilakukan tindakan evakuasi jaringan mola, keadaan umum penderita harus distabilkan dahulu. Tindakan yang dilakukan sebelum penderita dalam keadaan stabil, dapat merangsang terjadinya syok ireversibel, eklampsi atau krisis tiroid yang dapat menyebabkan kematian. Tergantung pada bentuk penyulitnya, kepada penderita harus diberikan :

(1) Koreksi dehidrasi

(2) Tranfusi darah, pada anemia (Hb < 8 gr%) atau untuk mengatasi syok hipovolemik

(3) Obat anti tiroid, bekerja sama dengan penyakit dalam

(4) Untuk emboli paru hanya diberikan terapi suportif, terutama oksigenisasi dan antikoagulan sampai gejala akutnya hilang jika dirawat di ICU

b) Pengeluaran jaringan mola

Oleh karena mola hidatidosa merupakan suatu bentuk kehamilan yang patologis dan dapat disertai dengan penyulit, pada prinsipnya harus dievakuasi secepat mungkin. Terdapat dua cara, yaitu:

(1) Kuretase

Kuret vakum merupakan metode terpilih karena lebih aman, cepat, dan efektif untuk mengevakuasi jaringan mola. Kuretase dilakukan langsung apabila ada pembukaan kira-kira sebesar 1 jari: jaringan mola telah keluar dan keadaan umum pasien stabil, yaitu jika pemeriksaan DPL, kadar βhCG, serta foto thorax selesai. Sedangkan apabila jaringan mola belum keluar, dilakukan dilatasi kanalis servik dengan batang laminaria dan kuretase dilakukan 24 jam kemudian, dan sebelum kuretase diberikan infus dekstrosa 5%, uterotonika (oksitosin) dan narkoleptik. Oksitosin diberikan 10 mIU dalam 500 cc Dextrose 5 % atau dengan penyuntikan 2 ½ satuan oksitosin tiap setengah jam sebanyak 6 kali. Seluruh hasil kerokan di PA. Kira-kira 10-14 hari sesudah kerokan itu dilakukan

kerokan ulangan dengan kuret tajam, agar ada kepastian bahwa uterus betul-betul kosong dan untuk memeriksa tingkat proliferasi sisa-sisa trofoblas yang dapat ditemukan. Makin tinggi tingkat itu, makin perlu untuk waspada terhadap kemungkinan keganasan.

(2) Histerektomi

Histerektomi dilakukan untuk mengurangi frekuensi terjadinya penyakit trofoblas ganas. Histerektomi hanya dilakukan pada penderita umur 35 tahun ke atas dengan jumlah anak hidup tiga atau lebih. Histerektomi dapat dilakukan dengan jaringan mola intoto atau setelah kuretase. Apabila terdapat kista lutein, maka ovarium harus dipertahankan karena ovarium akan kembali ke ukuran normal setelah titer β-hCG turun. Pada mola hidatidosa parsial setelah dilakukan evakuasi, selanjutnya tidak perlu tindakan apa-apa. Histerektomi dan upaya profilaksis lainnya tidak dianjurkan. Kejadian koriokarsinoma setelah histerektomi hanya 2,8% sedangkan sesudah kuretase 8,4%Terapi dengan profilaksis dengan sistostatika Terapi ini diberikan pada kasus mola dengan risiko tinggi akan terjadi keganasan, misalnya pada umur tua (>35 tahun), riwayat kehamilan mola sebelumnya, dan paritas tinggi yang menolak untuk dilakukan histerektomi, atau kasus dengan hasil histopatologi yang mencurigakan.

(3) Kemoterapi

Kemotrapi masih menjadi perdebatan karena efek sampingnya yang cukup besar walaupun beberapa penelitian menunjukkan penurunan insidensi. Biasanya diberikan methotrexate (MTX) atau actinomycin D. Kadar β-hCG di atas 100.000 IU/L praevakuasi dianggap sebagai risiko tinggi untuk perubahan ke arah ganas, pertimbangkan untuk memberikan MTX 3 x 5 mg sehari selama 5 hari dengan interval 2 minggu sebanyak 3 kali pemberian. Pada pemberian MTX diikuti dengan pemberian

asam folat 10 mg 3 kali sehari (sebagai antidotum MTX) dan cursil 35 mg 2 kali sehari (sebagai hepatoprotektor). Dapat juga diberikan actinomycin D 12 µg/kgBB/hari selama 5 hari berturutturut tanpa antidot maupun hepatoprotektor.

9) Solusio Plasenta

a) Terapi Konservatif

Prinsipnya kita menunggu perdarahan berhenti dan kemudian persalinan berlangsung spontan. Sambil menunggu berhentinya perdarahan kita berikan suntikan morfin subkutan, stimulasi kardiotonika seperti coramine, cardizol dan pentazol serta transfusi darah.

b) Terapi aktif

Prinsipnya kita mencoba melakukan tindakan dengan maksud agar anak segera dilahirkan dan pedarahan berhenti. Pertolongan persalinan diharapkan dapat terjadi dalam 3 jam, umumnya dapat bersalin secara normal. Persalinan pervaginam dilakukan apabila : Janin hidup, gawat janin, pembukaan lengkap dan bagian terendah didasar panggul, janin telah meninggal dan pembukaan > 2 cm.

Tindakan bedah seksio sesarea dilakukan apabila, janin hidup dan pembukaan belum lengkap, gawat janin tetapi persalinan normal tidak dapat dilaksanakan dengan segera, persiapan untuk seksio sesarea, hematoma miometrium tidak mengganggu kontraksi rahim dan observasi ketat kemungkinan terjadinya perdarahan ulang. (Saifuddin dalam Andriana, 2022).

10) Plasenta Previa

a) Terapi ekspektatif atau sikap menunggu

Tujuannya adalah supaya janin tidak terlahir sebelum waktunya dan tindakan yang dilakukan untuk meringankan gejala-gejala yang diderita. Penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis.

Syarat-syarat bisa dilakukannya terapi ekspektatif adalah kehamilan belum matang, belum ada tanda-tanda persalinan,

keadaan umum Ibu cukup baik dan bisa dipastikan janin masih hidup.

Tindakan yang dilakukan pada terapi ekspektatif adalah rawat inap, tirah baring dan pemberian antibiotik, kemudian lakukan pemeriksaan ultrasonografi untukmemastikan tempat menempelnya plasenta, usia kehamilan letak dan presentasi janin bila ada kontraksi. Berikan obat-obatan MgSO4 4 gr IV, Nifedipin 3 x 20 mg/hari, betamethason 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru-paru janin Bila setelah usia kehamilan diatas 34 minggu, plasenta masih berada di sekitar ostium uteri internum maka dugaan plasenta previa menjadi jelas. Sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat (Manuaba dalam Andriana et al, 2022).

b) Terapi Aktif atau Tindakan Segera

Wanita hamil diatas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak harus segera dilaksanakan secara aktif tanpa memandang kematangan janin.

Bentuk penanganan terapi aktif

a) Segera melakukan operasi persalinan untuk dapat menyelamatkan Ibu dan anak atau untuk mengurangi kesakitan dan kematian.
b) Memecahkan ketuban di atas meja operasi selanjutnya pengawasan untuk dapat melakukan pertolongan lebih lanjut
c) Bidan yang menghadapi perdarahan plasenta previa dapat mengambil sikap melakukan rujukan ke tempat pertolongan yang mempunyai fasilitas yang cukup.
d) Pertolongan seksio sesarea merupakan bentuk pertolongan yang paling banyak dilakukan (Manuaba dalam Andriana *et al*, 2022).

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi Perdarahan

a. Perdarahan pada awal kehamilan

1) Abortus

Faktor resiko abortus menurut (Aprianto *et al*., 2022) yaitu :

a) Usia

Kehamilan ibu dengan usia dibawah 20 tahun berpengaruh kepada kematangan fisik dan mental dalam menghadapi kehamilan. Usia ibu diatas 35 tahun berisiko tinggi untuk mengalami penyulit dalam kehamilan, seperti sering anemia, keguguran, preeklampsia, gangguan tumbuh kembang janin, prematuritas, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), dan lain-lain. Usia diatas 35 tahun juga meningkatkan risiko terjadinya abortus karena berkaitan dengan terjadinya penurunan fungsi reproduksi, ibu hamil dengan usia diatas 35 tahun dua kali lebih rawan untuk menderita tekanan darah tinggi dan diabetes mellitus pada saat pertama kali hamil dan tingginya risiko kelainaan genetik pada bayi yang dikandungnya

b) Paritas

Kejadian abortus pada ibu pada paritas tinggi berkaitan dengan keadaan endometriumdi daerah korpusuteri sudah mengalami kemunduran atau penurunan fungsi dan kekurangan vaskularisasidarah. Hal ini terjadi karena degenarasi dan nekrosis pada berkas luka implantasi plasentasewaktu kehamilan sebelumnya di dinding endometrium. Ibu yang sering melahirkan juga akan mengalami kekendoran dan jaringan parut pada dinding rahim sehingga menyebabkan keguguran.

c) Riwayat Abortus

Seorang wanita yang memiliki rawayat abortus merupakan suatu keadaan yang dapat membahayakan saat hamil dan meningkatkan bahaya terhadap janin salah satunya adalah

keguguran. Swlqin itu riwayat kuretase juga berpengaruh terhadap kejadian abortus. Riwayat tindakan kuuretase dapat meninggalkan jaringan parut pada uterus.

d) Pekerjaan

Wanita yang bekerja berisiko lebih tinggi dibandingakan dengan wanita yang tidak bekerja. Wanita yang bekerja biasanya berisiko terjadi abortus karena memiliki beban ganda sebagai ibu rumah tangga sekaligus wanita karir, dan akibat beban kerja yangterlalu berat dan menguras banyak tenaga serta keadaan fisik ibu yang lemah akibat kurangnya istirahat dapat menyebabkan status kesehatan pada ibu hamil menurun dan mengakibatkan terjadinya keguguran.

e) Jarak Kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat yaitu kurang dari 2 tahun dapat membahayakan kondisi ibu dan janin. Kemungkinan kekurangan gizi cukup besar terutama pada ibu menyusui nutrisi ibu semakin berkurang sehingga janin pun kekurangan nutrisi juga. Selama menyusui juga berpengaruh terhadap kejadian abortus akibat isapan bayi yang menghasilkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin menyebabkan uterus tegang akibat kontraksi. Sehingga pada kehamilan muda dapat mengakibatkan perdarahan atau ancaman keguguran.

2) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Menurut (Rohmatin et al.,2021) faktor resiko terjadinya kehamilan ektopik yaitu :

a) Umur

Risiko terjadinya kehamilan ektopik terganggu meningkat dengan bertambahnya umur ibu. Kehamilan ektopik meningkan 4 kali lebih tinggi pada wanita dengan umur ibu > 35 tahun, hal tersebut berkaitan dengan penurunan fungsi organ reproduksi yang dialami seiring dengan bertambahnya umur ibu.

Kehamilan ektopik juga rentan terjadi pada usia ibu kurang dari 20 tahun. Ibu dengan usia < 20 tahun memiliki risiko tinggi akan terjadinya komplikasi dalam kehamilan, hal ini disebabkan oleh karena organ reproduksi yang belum matang dan masih dalam masa pertumbuhan (Sarwati dan Sikmawati, 2024).

b) Riwayat Penyakit Radang Panggul

Berbagai penelitian mengidentifikasi penyakit radang panggul sebagai faktor risiko utama kehamilan ektopik, karena jaringan parut pada tuba mengakibatkan terganggunya penangkapan dan migrasi telur, tetapi juga dengan migrasi spermatozoa. Rueangket dan Kristsanamon mengungkapkan pada penelitiannya bahwa penyakit radang panggul ditemukan sebagai salah satu faktor risiko yang mana patofisiologinya menyebabkan peradangan dan gangguan motilitas tuba. Kemungkinan risiko terjadi karena adanya peradangan serta kerusakan pada organ reproduksi seperti pada bagian tuba sehingga terbentuk jaringan parut, juga mengakibatkan motilitas pada tuba. Hal ini dapat mengganggu proses perjalanan sel telur maupun sperma untuk menuju rahim.

c) Riwayat KET sebelumnya

Riwayat kehamilan ektopik termasuk faktor yang terkait dengan kehamilan ektopik setelah konsepsi alami. Dimana riwayat kehamilan ektopik merupakan penyebab infertilitas tuba. Risiko kehamilan ektopik dapat meningkat apabila terdapat riwayat kehamilan ektopik pada keluarga. Riwayat kehamilan ektopik memiliki risiko yang besar terhadap terjadinya kehamilan ektopik kembali. Riwayat kehamilan ektopik merupakan komorbiditis bagi ibu sehingga memungkinkan ibu mengalami kehamilan ektopik kembali atau kehamilan ektopik berulang.

d) Riwayat menggunakan kontrasepsi darurat

Penggunaan kontrasepsi darurat pil dapat menjadi faktor risiko terjadinya kehamilan ektopik. Kontrasepsi darurat pil yang dimaksud adalah pil levonorgestrel dengan kandungan progesteron. Seluruh

metode kontrasepsi dapat secara efektif mengurangi jumlah kehamilan intrauterin dan ektopik. Namun, jika terjadi kegagalan kontrasepsi, risiko kehamilan ektopik meningkat secara signifikan pada wanita yang hamil. Tingkat progesteron yang lebih tinggi dapat mengubah fungsi irama siliaris dan kontrakilitas otot polos tuba fallopi dan levonorgestrel dalam kadar tinggi yang diamati setelah pemberian dosis tunggal LNG-EC dapat mengakibatkan penurunan motilitas tuba, dengan demikiandapat meningkatkan risiko kehamilan ektopik.

e) Riwayat Persalinan SC

Wanita yang memiliki setidaknya satu operasi caesar untuk kehamilan sebelumnya secara independen terkait dengan kehamilan ektopik. Mekanisme hubungan yang mendasari antara operasi caesar sebelumnya dan terjadinya kehamilan ektopik mungkin disebabkan oleh peningkatan infeksi panggul dan adhesi setelah operasi caesar yang mengganggu lingkungan dan implantasi blastokista dalam tuba.

3) Mola Hidatidosa

a) Umur

wanita yang berumur di bawah 20 tahun rentan menghadapi kehamilan mola hidatidosa atau hamil anggur, karena alat reproduksi belum siap untuk dibuahi dan insidennya 4-10 kali dari mereka yang usianya 20-35 tahun.

Sedangkan menjelang awal atau akhir reproduksi seorang wanita terdapat frekuensi mola hidatidosa yang relatif tinggi dalam kehamilan dikarenakan ovum lebih rentan terhadap fertilisasi yang abnormal, biasanya terjadi gangguan meosis yang dapat mengakibatkan terjadinya mola hidatidosa.

b) Paritas

Ibu dengan paritas tinggi memberikan gambaran tingkat kehamilan yang banyak, dapat mengakibatkan berbagai risiko kehamilan termasuk mola hidatidosa, semakin banyak jumlah kelahiran yang dialami seorang wanita semakin tinggi risikonya untuk mengalami

komplikasi. Hal ini disebabkan karena secara fisik jumlah paritas yang tinggimengurangi kemampuan uterus sebagai media pertumbuhan janin. Kerusakan pada pembuluh dinding uterus mempengaruhi sirkulasi nutrisi ke janin dimana jumlah nutrisi akan berkurang dibandingkan kehamilan sebelumnya. Hal ini dapat menimbulkan komplikasi yang dapat memicu terjadinya molahidatidosa.

b. Perdarahan Antepartum

1) Solusio Plasenta

Faktor risiko yang dapat menjadi penyebab terjadinya solusio plasenta, yaitu usia, jumlah paritas, konsumsi alkohol, konsumsi kokain, dan merokok. Selain itu terdapat juga faktor risiko lain yaitu penyakit pada ibu saat kehamilan, diantaranya adalah hipertensi kronis, hiperhomosisteinemia, trombofilia, diabetes melitus, hipertiroid, anemia, kelainan uterin. Faktor risiko lain yaitu adanya riwayat operasi section caesaria, keguguran, pre-eklampsia, korioamnionitis, ketuban pecah dini, oligohidramnion, polihidramnion, plasenta previa,janin lahir mati, dan riwayat solusio plasenta (Malia et al., 2023).

2) Plasenta Previa

a) Usia

Usia merupakan salahsatu faktor presdiposisi yang dapat mempengaruhi kondisi uterus ibu. Pada ibu hamil yang usia < 20 tahun sangat berisiko untuk terjadinya plasenta previa dikarenakan hipoplasia endometrium serta belum siapnya endometrium untuk menerima hasil konsepsi yang akan mempengaruhi vaskular sehingga terjadi plasenta previa.

Sklerosis pembuluh darah arteri dan arteriol miometrium disebabkan oleh penuaan uterus yang berkaitan erat dengan ibu yang berusia >35 tahun sehingga terjadi plasenta previa karena meluasnya permukaan plasenta dan tidak mampu mengalirkan darah dengan maksimal ke endometrium.

b) Multiparitas

Pada ibu dengan paritas >3 terjadi peningkatan frekuensi persalinan yang menyebabkan vaskularisasi fundus semakin berkurang atau adanya jaringan parut sehingga plasenta berimplantasi pada segmen bawah Rahim (Mursalim *et al.*, 2021).

c) Riwayat persalinan SC

Faktor Persalinan juga mengakibatkan semakin berulang bersalin dengan jarak yang pendek dan operasi caesar maka Endometrium belum siap menerima hasil konsepsi yang berakibat Plasenta berimplantasi tidak di fundus melainkan di dinding bagian bawah uterus.

d) Kehamilan ganda

Ibu yang mengalami kehamilan ganda dengan dua janin dan dua plasenta atau membuat satu tempat terjadinya implantasi plasenta dan yang lain akan memilih tempat yang kurang tepat untuk berimplantasi yaitu di segmen bawah rahim. Kalaupun hanya terdapat satu plasenta, plasenta tersebut cenderung melebar untuk menutupi kebutuhan janin sehingga sebagian dapat menutupi atau seluruh ostium uteri internum.

e) Riwayat kuretase

Tindakan kuretase mengakibatkan perlukaan pada dinding endometrium uterus (rahim) sehingga dapat mengganggu vaskularisasi pada desidua sehingga kesuburan pada dinding endometrium semakin berkurang, sedangkan dalam kehamilan plasenta akan berusaha mencukupi kebutuhan janin sehingga pada dinding endometrium yang kurang subur plasenta akan memperluas diri menjadi menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum

B. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (*recall*) atau mengenali kembali nama, kata,

inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui dan akan terjadi pada saat penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari penginderaan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Pakpahan dkk., 2021).

Pengetahuan individu tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Adanya aspek positif dan aspek negatif tersebut dapat menentukan sikap individu dalam berperilaku dan jika lebih banyak aspek dan objek positif yang diketahui dapat menimbulkan perilaku positif terhadap objek tertentu (Sinaga, 2021).

Menurut Siregar (2020), Irwan (2017), Notoatmodjo (2010) dalam (Pakpahan dkk., 2021) mengklasifikasikan pengetahuan menjadi beberapa jenis, yaitu: 1) pengetahuan faktual, yaitu pengetahuan berupa potongan-potongan berita yang beredar. ; 2) Pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan yang menentukan keterlibatan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi dan hidup berdampingan; 3) pengetahuan prosedural, yaitu pengetahuan yang berkaitan dengan bagaimana melakukan suatu hal tertentu; 4) Pengetahuan metakognitif, yaitu pengetahuan yang terdiri dari pemahaman universal dan individual.

Rusmini dalam (Mardhiati, 2023) mengungkapkan pengertian pengetahuan adalah sebuah istilah yang digunakan untuk pemahaman seseorang tentang sesuatu hal. Pengetahuan memiliki kandungan unsur yang mengetahui, hal yang ingin diketahui, dan adanya kesadaran mengenal hal tersebut

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi (Pakpahan *et al*,

2021). Pengetahuan terdapat berbagai jenis yaitu :

a. Pengetahuan Faktual

Pengetahuan yang berupa potongan - potongan informasi yang terpisah-pisah atau unsur dasar yang ada dalam suatu disiplin ilmu tertentu. Pengetahuan faktual pada umumnya merupakan abstraksi tingkat rendah. Ada dua macam pengetahuan faktual yaitu pengetahuan tentang terminologi (knowledge of terminology) mencakup pengetahuan tentang label atau simbol tertentu baik yang bersifat verbal maupun non verbal dan pengetahuan tentang bagian detail dan unsur-unsur (knowledge of specific details and element) mencakup pengetahuan tentang kejadian, orang, waktu dan informasi lain yang sifatnya sangat spesifik.

b. Pengetahuan Konseptual

Pengetahuan yang menunjukkan saling keterkaitan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih besar dan semuanya berfungsi bersama - sama. Pengetahuan konseptual mencakup skema, model pemikiran, dan teori baik yang implisit maupun eksplisit. Ada tiga macam pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan tentang klasifikasi dan kategori, pengetahuan tentang prinsip dan generalisasi, dan pengetahuan tentang teori, model, dan struktur.

c. Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan tentang bagaimana mengerjakan sesuatu, baik yang bersifat rutin maupun yang baru. Seringkali pengetahuan prosedural berisi langkah-langkah Mencakup pengetahuan tentang kognisi secara umum dan pengetahuan tentang diri sendiri. Penelitian-penelitian tentang metakognitif menunjukkan bahwa seiring dengan perkembangannya audiens menjadi semakin sadar akan pikirannya dan semakin banyak tahu tentang kognisi, dan apabila audiens bisa mencapai hal ini maka mereka akan lebih baik lagi dalam belajar (Pakpahan *et al*, 2021).

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu (Pakpahan *et al*, 2021). :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagian suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan – perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip – prinsip siklus pemecahan masalah (problem solving cycle) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen – komponen, tetapi masih di dalam

satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya. Sintesis (synthesis) Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi – formulasi yang ada.

e. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada.

3. Faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Faktor –faktor yang mempengaruhi pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu faktor internal (berasal dari dalam individu) dan faktor eksternal (berasal dari luar individu) (Pakpahan *et al*, 2021).

a. Faktor Internal

1) Usia

Menurut Hurlock (dikutip dalam Lestari, 2018), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Usia merupakan hal yang memberikan pengaruh pada daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang, sehingga seseorang akan semakin mudah dalam menerima informasi (Rohani, 2013). Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Dengan bertambahnya umur individu, daya tangkap dan

pola pikir seseorang akan lebih berkembang, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik

b. Faktor Eksternal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan merupakan hal yang sangat penting sebagai sarana untuk mendapatkan informasi misalnya di bidang kesehatan sehingga memberikan pengaruh positif bagi kualitas hidup seseorang. Pendidikan mempengaruhi seseorang untuk berperan serta dalam pembangunan dan umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah dalam menerima informasi. Seseorang yang menempuh pendidikan jenjang pendidikan formal, akan terbiasa untuk berpikir secara logis dalam menghapi sesuatu permasalahan. Hal ini dikarenakan dalam proses pendidikan formal, individu akan diajarkan untuk mengidentifikasi masalah, menganalisa suatu permasalahan dan mencoba untuk memecahkan atau mencari solusi atas suatu permasalahan. Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju impian atau cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan agar tercapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi berupa hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

2) Lingkungan pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara

tidak langsung. Adakalanya pekerjaan yang dilakukan seorang individu akan memberikan kesempatan yang lebih luas kepada individu untuk memperoleh pengetahuan atau bisa juga aktivitas pekerjaan yang dimiliki malah menjadikan individu tidak mampu mengakses suatu informasi. Pekerjaan adalah suatu keburukan yang harus dilakukan demi menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan tidak diartikan sebagai sumber kesenangan, akan tetapi merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan memiliki banyak tantangan. Sedangkan bekerja merupakan kegiatan yang menyita waktu .

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menayakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan responden yang meliputi tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Adapun pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan essay dan pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda, (multiple choice), betul-salah dan pertanyaan menjodohkan (Pakpahan *et al*, 2021).

Cara mengukur pengetahuan dengan memberikan responden sebuah pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah berdasarkan kategori baik, cukup, kurang yang dapat dibagi menjadi 3 kategori :

f. Kurang (≤55%)
g. Cukup (56%-75%)
h. Baik (76%-100%) (Notoatmodjo, 2018)

Perhitungan nilai yanng diperoleh berdasarkan pertanyaan dari kesioner pengetahuan menggunakan cara sebagai berikut (Damayanti dan Sofyan, 2022) :

$$P = \frac{F}{N} x\ 100\%$$

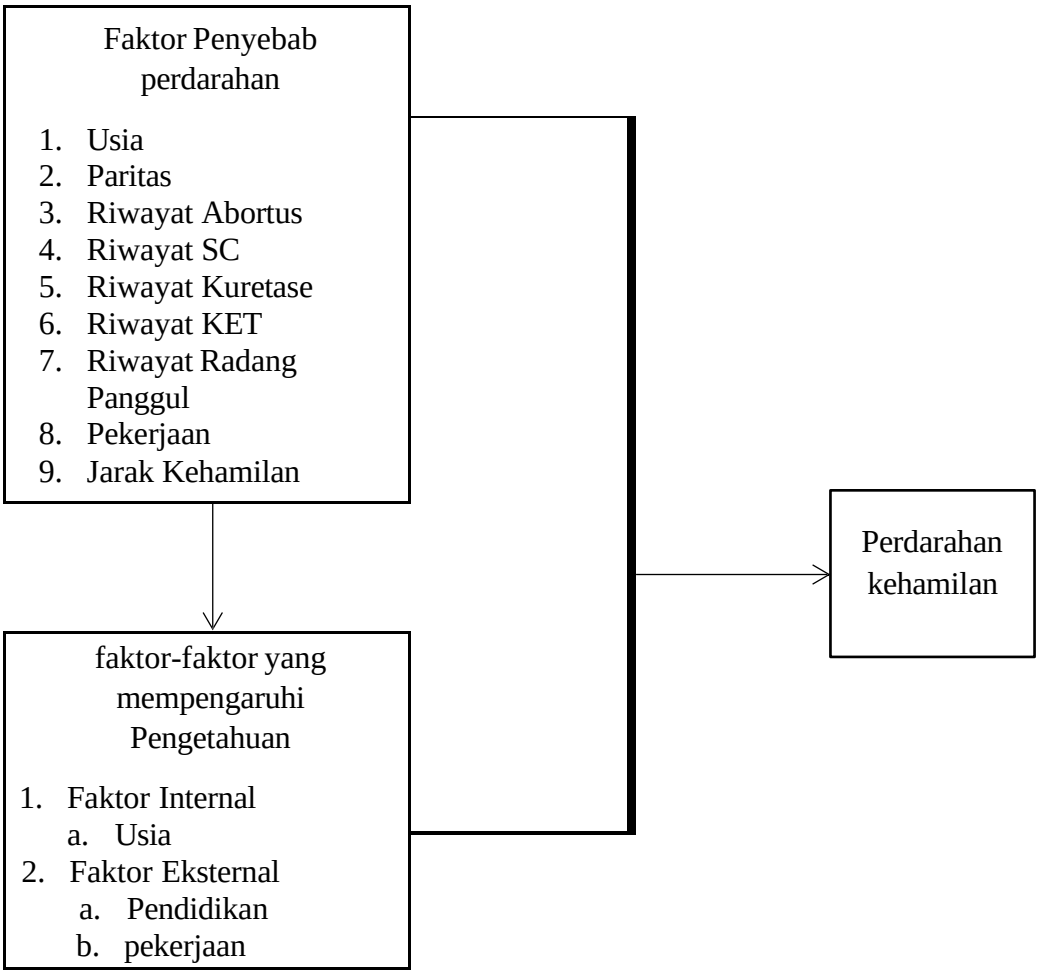
Keterangan :

P = Nilai Persentase

F = Jawaban benar

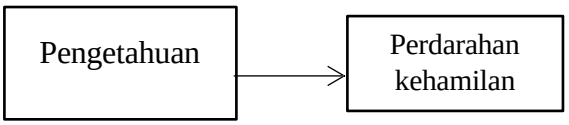
N = Jumlah Soal

C. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

E. Variabel penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang akan menjadi objek pengamatan penelitian. Variable mempunyai variasi antara satu orang dengan orang lain,antara satu objekdengan objek lain yang mempunyai nilai,skor dan ukuran yang berbeda (purwanto,2019)

1. Variabel bebas (Independen)

   Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain yang menjadi sebab atau berubahnya suatu variabel lain.variabel yang faktornya diukur atau dipilih oleh peneliti untuk menentukan hubungan dengan sesuatu yang diobservasi.Variabel bebas pada penelitian ini adalah gambaran pengetahuan ibu hamil tentang perdarahan.

2. Variabel terikat (Dependen)

   Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas.variabel ini merupakan variabel yang faktornya diamati dan diukur untuk menentukan pengaruh yang disebabkan oleh variabel bebas penelitan ini hanya menggunakan satu variabel aitu variabel bebas (independen) saja.

F. Definisi operasional

Definisi Operasional adalah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau didefinikan sebagai batasan dan cara pengukuran variabel yang akan diteliti (Purwanto,2019).

Tablel 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Defnisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Pengetahuan ibu hamil tentang pengertian perdarahan dalam kehamilan	Pengetahuan ibu dilihat dari kemampuan ibu dalam menjawab 5 pertanyaan tentang pengertian perdarahan	Wawancara	Kusioner	a. Kurang (≤55%) b. Cukup (56%-75%) c. Baik (76%-100%)	Nominal
2	Pengetahuan ibu hamil tentang penyebab perdarahan dalam kehamilan	Pengetahuan ibu dilihat dari kemampuan ibu dalam menjawab 5 pertanyaan tentang penyebab perdarahan	Wawancara	Kusioner	a. Kurang (≤55%) b. Cukup (56%-75%) c. Baik (76%-100%)	Nominal
3	pengetahuan ibu hamil tentang klasifikasi perdarahan dalam kehamilan	Pengetahuan ibu dilihat dari kemampuan ibu dalam menjawab 5 pertanyaan tentang klasifikasi perdarahan	Wawancara	Kusioner	a. Kurang (≤55%) b. Cukup (56%-75%) c. Baik (76%-100%)	Nominal
4	pengetahuan ibu hamil tentang dampak perdarahan dalam kehamilan	Pengetahuan ibu dilihat dari kemampuan ibu dalam menjawab 5 pertanyaan tentang Dampak perdarahan	Wawancara	Kusioner	a. Kurang (≤55%) b. Cukup (56%-75%) c. Baik (76%-100%)	Nominal
5	pengetahuan ibu hamil tentang macam-macam perdarahan dalam kehamilan	Pengetahuan ibu dilihat dari kemampuan ibu dalam menjawab 5 pertanyaan tentang macam-macam perdarahan	Wawancara	Kusioner	a. Kurang (≤55%) b. Cukup (56%-75%) c. Baik (76%-100%)	Nominal