

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 menjelaskan tentang 1. Konsep nyeri akut, 2. Konsep dasar Abortus Inkomplit, 3. Konsep asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien post kuretase abortus inkomplit.

2.1 Konsep Nyeri Akut

2.1.1 Pengertian Nyeri Akut

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut, secara umum nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarak 2008;204). Nyeri akut merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang terjadi sebagai akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang awalnya digambarkan sebagai kemuduran yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dan dengan hasil yang diharapkan atau dapat diantisipasi atau diprediksi.

Nyeri akut pada post kuretase dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan efek anastesi hilang sehingga pasien akan merasakan nyeri pada bagian tubuh yang mengalami dilatasi. Banyak ibu yang mengalami nyeri pada area serviks, keluhan wajar karena tubuh mengalami luka. Rasa nyeri pada daerah serviks yang mengganggu pasien dan menimbulkan rasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang terkait

dengan kerusakan jaringan, sehingga menyebabkan seseorang menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari-hari (Dinarti.R, 2017)

Nyeri merupakan suatu sensasi, nyeri mempunyai komponen kognitif dan emosional, yang digambarkan dalam suatu bentuk penderita mekanisme timbulnya nyeri didasari pada beberapa proses multiple yaitu nosisepsi, sensitisasi primer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan hibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat 4 proses tersendiri yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi (Bahrudin, 2018).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, yang dimulai secara tiba – tiba atau perlahan dan berintensitas dari ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (DPP PPNI, 2017).

2.1.2 Etiologi Nyeri Akut

- a. Agen pencedera fisiologis (misal; Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (misal; terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (misal; abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (DPP PPNI, 2017)

2.1.3 Tanda Dan Gejala Nyeri Akut

Pasien dengan nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (DPP PPNI 2017):

1) Tanda dan gejala mayor

Subjektif :

- a. Mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis; waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaforesis

(DPP PPNI, 2017).



2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

a. Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan antara orang dewasa dan anak – anak sangat mempengaruhi cara mereka merespons rasa sakit. Anak kecil mengalami kesulitan dalam menafsirkan nyeri, anak mengalami kesulitan dalam mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua dan petugas kesehatan.

Anak toddler dan anak prasekolah juga akan mengalami kesulitan mengingat penjelasan tentang nyeri dan menghubungkan nyeri dengan pengalaman yang dapat terjadi dalam situasi berbeda. Demikian pula dengan lansia, kemampuan mengartikan nyeri dapat menjadi rumit dengan adanya berbagai penyakit dengan gejala samar – samar yang dapat mempengaruhi bagian tubuh yang sama. Apabila seseorang lansia mempunyai lebih dari satu, maka perawat harus melakukan pengkajian yang lebih akurat, dengan kata lain, penyakit yang berbeda dapat menimbulkan gejala yang sama.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi. Secara umum laki - laki dan perempuan tidak berbeda dalam responsnya terhadap nyeri, namun beberapa budaya mempengaruhi laki - laki dan perempuan dalam mengungkapkan rasa nyeri. Misalnya laki - laki tidak

boleh menangis dan harus berani untuk tidak menangis sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan orang bahwa memperlihatkan kekurangan pribadinya, dalam hal seperti itu maka perilaku tenang dan pengendalian diri merupakan sifat terpuji. Pada beberapa kebudayaan lain justru sebaliknya, memperlihatkan nyeri suatu hal yang alamiah. Nyeri juga dikaitkan dengan hukuman sepanjang sejarah kehidupan, bagi klien yang secara sadar atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan suatu dosa – dosa yang sudah diperbuat.

d. Perhatian

Peningkatan perhatian dikaitkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dikaitkan dengan penurunan persepsi nyeri. Perhatian diarahkan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga perasaan yang dialami klien dapat dikurangi. Penurunan persepsi nyeri disebabkan oleh opiat endogen, yaitu endorfin dan enkefalin yang merangsang aktivitas serabut berdiameter besar (beta A) sehingga mencegah transmisi nyeri melalui serabut berdiameter kecil (delta A dan C).

e. Makna nyeri

Makna yang diberikan seseorang terhadap nyeri dapat mempengaruhi bagaimana nyeri dialami dan bagaimana seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Setiap klien bereaksi berbeda Ketika rasa sakit terasa seperti ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

f. Ansietas

Hubungan antara kecemasan dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Kecemasan dapat meningkatkan persepsi nyeri di sisi lain, nyeri juga dapat menimbulkan kecemasan pada klien yang mengalami nyeri. Terdapat bukti bahwa sistem limbik yang dianggap mampu mengendalikan emosi seseorang terutama ansietas juga dapat memproses respons emosi terhadap nyeri yaitu dapat memperburuk atau menghilangkan nyeri. Nyeri yang tidak kunjung hilang dapat berujung pada psikosis dan gangguan kepribadian.

f. Mekanisme koping

Gaya koping dapat mempengaruhi koping klien terhadap nyeri. Klien yang memiliki lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri, klien tersebut juga melaporkan bahwa dirinya mengalami nyeri yang tidak terlalu berat. Sebaliknya klien yang mempunyai lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor

– faktor lain di dalam lingkungan seperti perawat sebagai klien yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir mereka.

g. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan coping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

h. Pengalaman sebelumnya

Pada klien yang belum pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama mungkin mengganggu mekanisme coping terhadap nyeri, namun pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa klien tersebut akan dengan mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang, apabila klien sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul. Sebaliknya, jika klien mengalami jenis nyeri yang sama dan berhasil menghilangkannya, maka klien akan lebih mudah mengartikan rasa nyeri dan klien tersebut akan lebih siap dalam mengambil tindakan untuk mengatasi nyeri tersebut.

i. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respons terhadap nyeri. Klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan.

Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Bagi anak, kehadiran orang tua ketika mereka mengalami nyeri. (Astutik & Kurlinaati, 2017)

2.1.5 Fisiologi

a. Reseptor nyeri

Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsangan nyeri dan dalam hal ini organ tubuh yang berfungsi sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas pada kulit yang hanya merespons pada stimulus yang kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosiseptor, secara anatomis sebagian reseptor nyeri bermielin dan sebagian lagi merupakan saraf aferen yang tidak bermielin.

Berdasarkan lokasinya, nosiseptor dapat dikelompokkan menjadi beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatik dalam (deep somatic) dan pada daerah visceral. Karena adanya perbedaan letak nosiseptor inilah menyebabkan nyeri yang timbul memiliki sensasi yang berbeda. Nosiseptor kutaneus berasal dari kulit dan subkutan. Nyeri di area ini biasanya mudah diidentifikasi dan didefinisikan.

Reseptor jaringan kulit (kutaneus) terbagi dalam dua komponen.

1. Serabut delta A

Serabut nyeri aferen cepat dengan dengan kecepatan transmisi 6-30 m/detik yang memungkinkan terjadinya nyeri tajam yang dengan cepat hilang bila penyebab nyeri dihilangkan. Impuls yang dihasilkan oleh serabut ini bersifat tajam dan memberikan sensasi yang akut.

2. Serabut delta C

Serabut nyeri aferen lambat dengan kecepatan transmisi 0,5-2 m/ detik yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya lebih tumpul dan sulit dilokalisasi. Nyeri biasanya pertama kali dirasakan sebagai sensasi tertusuk tajam yang singkat dan mudah diketahui lokasinya, sensasi tersebut melibatkan serabut delta A atau jalur cepat. Perasaan tersebut akan diikuti dengan sensasi yang tumpul yang letaknya tidak jelas dan berlangsung lebih lama disertai dengan rasa tidak nyaman, sensasi ini melibatkan serabut delta C sebagai jalur lambat. Misalnya, saat jari kita tertusuk, pertama kali akan merasakan sensasi yang tajam lalu diikuti dengan nyeri yang lebih menyebar. Reseptor nyeri (serabut delta A dan C) akan bereaksi menimbulkan nyeri jika distimuli oleh beberapa faktor, diantaranya:

1. Faktor mekanis

Berespon terhadap kerusakan akibat trauma sehingga reseptornya disebut sebagai mekanosensitif

Contoh : pada saat kita jatuh dan terluka, maka kita akan merasakan nyeri pada daerah yang luka karena reseptor terstimulasi oleh trauma mekanik.

2. Faktor termis

Berespon terhadap suhu yang ekstrem, baik karena panas yang berlebihan atau suhu dingin yang berlebihan, sehingga reseptor ini disebut “termoreseptor/ termosensitif”

3. Faktor kimia

Zat kimia yang merangsang reseptor ini adalah bradikinin, histamin, ion K, dan asetilkolin. Reseptor ini disebut sebagai “kemoreseptor atau polimodal”.

4. Listrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar. (Zakiyah, 2015)

2.1.6 Mekanisme nyeri

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut nosiseptif. Terjadi empat proses yang terjadi pada suatu nosiseptif, yaitu sebagai berikut :

1. Proses transduksi

Proses transduksi (transduction) merupakan proses dimana suatu stimulasi nyeri (noxious stimuli) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung – ujung saraf (nerve ending). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (Substansi nyeri).

2. Proses transmisi

Transmisi adalah fase di mana rangsangan dikirim dari saraf perifer melalui sumsum tulang belakang (medulla spinalis) menuju ke otak.

3. Proses modulasi

Proses modulasi (modulation) merupakan proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Dengan demikian, proses ini merupakan proses desenden yang dikendalikan oleh otak. sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorphan, serotonin, dan noradrenalin : memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior dapat dianggap sebagai pintu yang tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen yang disebutkan diatas. Proses modulasi ini juga mempengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan orang.

7. Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Pada saat klien menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Faktor – faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor – faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri. Meinhart dan Mac Caffery (1983) menjelaskan tiga sistem interaksi persepsi nyeri sebagai sensori diskriminatif, motivasi afektif, dan kognitif evaluatif. Persepsi menyadarkan klien dan mengartikan nyeri sehingga klien dapat bereaksi atau berespon. (Zakiyah, 2015)

2.1.7 Respon terhadap nyeri

Respons tubuh terhadap nyeri merupakan sebuah proses kompleks dan bukan suatu kerja spesifik. Respons tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Pada awalnya, sistem saraf simpatik berespons, menyebabkan respons melawan atau menghindar. Apabila nyeri berlanjut, tubuh beradaptasi ketika sistem saraf parasimpatik mengambil alih, membalik banyak respons fisiologis awal. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri. Reseptor nyeri aktual sangat sedikit beradaptasi dan terus mentransmisikan pesan nyeri. Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur. Individu dapat berespons terhadap nyeri dengan mencari intervensi fisik untuk mengatasi nyeri, seperti analgesik, pijat dan olahraga (Kozier & Barbara, 2011).

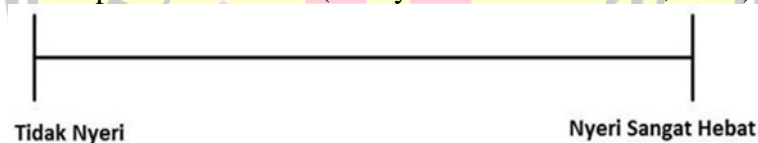
2.1.8 Penilaian nyeri

Indikator tunggal yang paling penting untuk mengetahui intensitas nyeri adalah laporan klien tentang nyeri. Ada beberapa cara untuk membantu mengetahui intensitas nyeri menggunakan skala assesment nyeri, meliputi:

a. Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (VAS) merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus – menerus dengan grafik verbal di setiap ujungnya. Skala analog visual (VAS) merupakan metode yang paling umum digunakan untuk menilai nyeri (Mubarak, 2015). Skala linier ini menggambarkan skala tingkat nyeri yang mungkin dialami

pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).

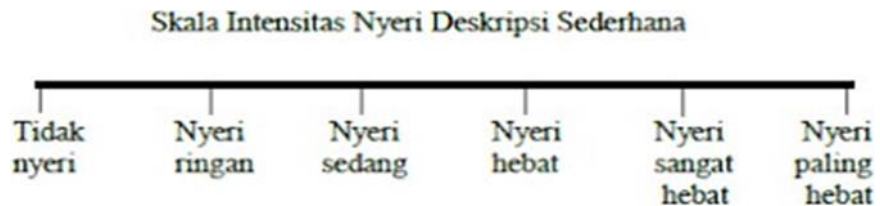


Gambar 2. 1 Visual Analog Scale (VAS) (Mubarak, 2015)

b. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di ranking dari tidak terasa nyeri sampai nyeri yang tidak tertahankan (Mubarak, 2015). Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan katakata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan

sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).



Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale (VRS) (Mubarak, 2015)

c. Numeric Rating Scale (NRS)

Skala penilaian numerik (Numeric Rating Scale) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Metode ini merupakan metode yang mudah dan dapat dipercaya dalam menentukan intensitas nyeri klien. Skala penilaian numerik ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah (Kozier & Barbara, 2011). Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10., skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Selain itu, selisih antara penurunan dan peningkatan nyeri lebih mudah diketahui disbanding dengan skala lain (Mubarak, 2015). Skala penilaian numerik (Numeric Rating Scale) dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan

dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik (Yudiyanta & Khoirunnisa, 2015).



Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale (NRS) (Mubarak, 2015).

d. Wong Baker Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan (Kozier & Barbara, 2011).



Gambar 2. 4 Wong Baker Rating Scale, (Mubarak, 2015)

2.1.9 Manajemen nyeri nonfarmakologis

1. Stimulasi pada area kulit

Stimulasi pada area kulit atau cutaneous stimulation (counter stimulation) merupakan istilah yang digunakan dalam manajemen nyeri secara nonfarmakologis sebagai salah satu teknik yang diyakini dapat mengaktifkan opioid endogen, suatu sistem analgesik monoamina yang dapat mengurangi intensitas nyeri. Teknik ini terdiri dari atas pemberian kompres dingin, kompres hangat, masase, dan TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation).

2. Distraksi

Distraksi merupakan strategi manajemen nyeri yang memfokuskan perhatian klien pada rangsangan selain nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat digunakan untuk mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat rangsangan nyeri, bila seseorang menerima masukan sensori terlalu banyak maka dapat menyebabkan impuls nyeri terhambat ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien). Jenis – jenis distraksi:

- a. Distraksi visual, meliputi melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, serta melihat pemandangan dan gambar.
- b. Distraksi pendengaran, meliputi mendengarkan musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik.
- c. Distraksi pernapasan, klien dianjurkan untuk fokus memandangi pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat dan kemudian menghembuskan napas melalui mulut secara perlahan.
- d. Distraksi intelektual, meliputi mengisi teka – teki silang, bermain kartu, mengumpulkan perangko, menulis cerita.

3. Relaksasi

Teknik relaksasi merupakan teknik yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa cemas dan ketegangan otot. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika mengalami ketidaknyamanan atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri. (Zakiyah, 2015).

2.2 Konsep Dasar Abortus Inkomplit

2.2.1 Pengertian Abortus Inkomplit

Abortus adalah proses pengakhiran kehamilan dimana janin tidak dapat bertahan hidup di luar kandungan pada saat usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500gram (Achmad Ali Fikri,Syamsul Arifin,2022).

Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dan masih ada sisa tertinggal dalam uterus (Tufan Nugroho, 2011).

2.2.2 Etiologi Abortus Inkomplit

Beberapa faktor yang mempengaruhi abortus adalah umur ibu, jumlah kelahiran, dan adakah riwayat abortus. Risiko abortus dipengaruhi oleh usia ibu yaitu ibu yang berusia ≥ 35 tahun. Karena semakin tua usia ibu semakin tinggi risiko abortus akibat penurunan fungsi dari organ reproduksi (Setiapiagung, 2019)

Sedangkan, bagi ibu di bawah usia 20 tahun, usia organ reproduksi ibu yang masih terlalu muda dan berisiko mengancam keselamatan ibu dan bayinya (Rahma et al.,2022).

Faktor penyebab abortus antara lain faktor sperma yang kurang baik, ketidaksuburan endometrium yang disebabkan oleh malnutrisi kehamilan jarak pendek, penyakit rahim dan penyakit jantung serta faktor sistemik lainnya. Penyakit paru-paru, penyakit ginjal, hipertensi, anemia, hati dan kelenjar disebabkan oleh defisiensi hormon ibu (Rosadi et al., 2019).

2.2.3 Patofisiologi

Pada awal abortus terjadi perdarahan dalam desidua basalis yang disebabkan langsung oleh kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dan kelainan traktus genitalis serta oksigenasi plasenta terganggu karena kelainan plasenta dan toksin, bakteri, virus karena infeksi akut. Perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya.

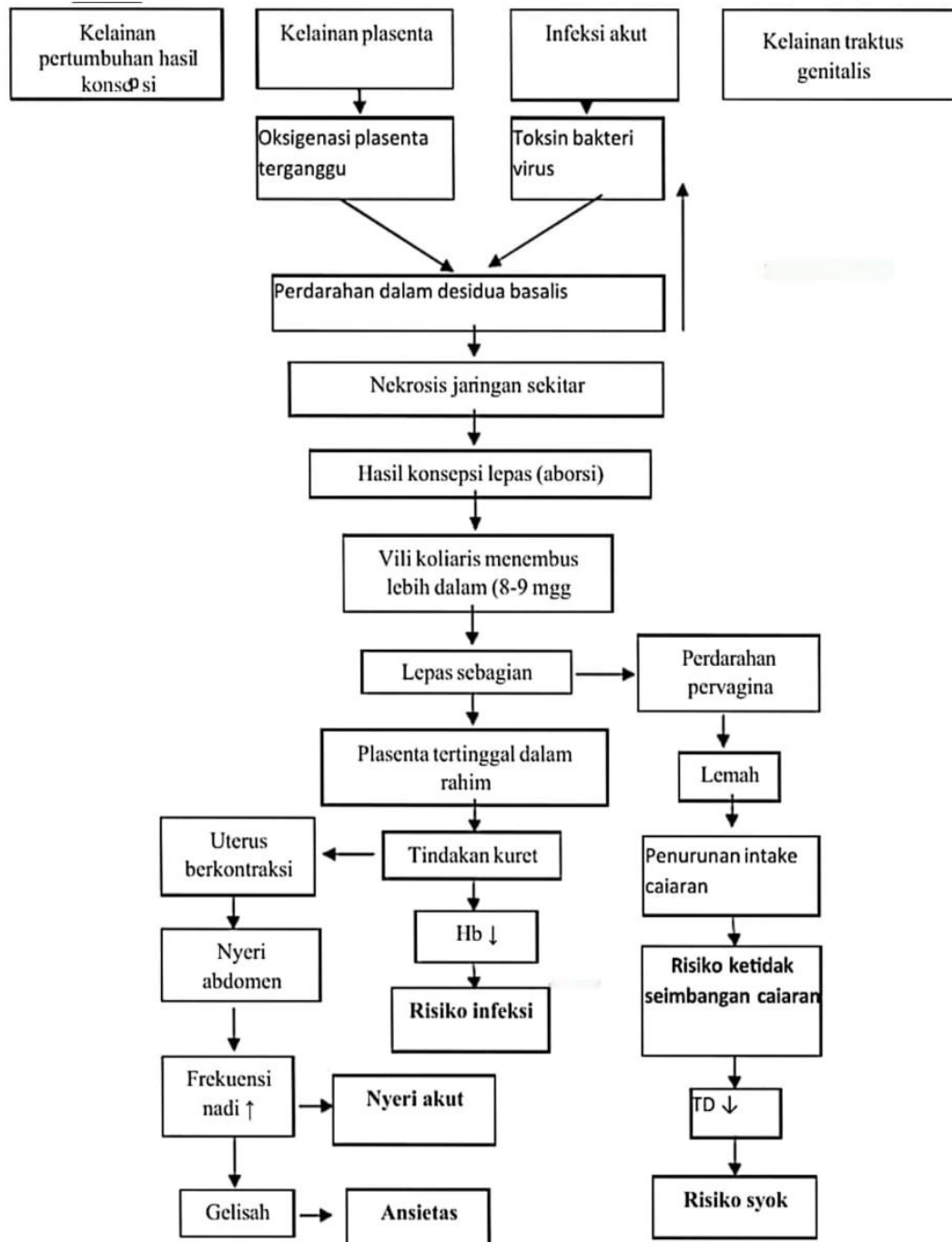
Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi korialis belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8 sampai 14 minggu villi korialis menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna (sebagian) yang dapat menyebabkan banyak perdarahan.

Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya kantong amnion kosong atau tampak di dalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas dan mungkin pula janin telah mati lama. Apabila yang mati tidak dikeluarkan dalam waktu yang cepat maka dapat diliputi oleh lapisan bekuan darah, isi uterus dinamakan *mola kruenta*. Bentuk ini menjadi *mola karnosa* apabila pigmen darah telah diserap dan dalam sisanya terjadi organisasi sehingga semuanya tampak seperti daging.

Bentuk lain adalah *mola tuberosa*, dalam hal ini amnion tampak berbenjol-benjol karena terjadi hematoma antara amnion dan korion (Mitayani, 2012).



2.2.4 Pathway



Gambar 2. 5 Pathway : (Pokja Tim SDKI DPP PPNI; Prasyarat dkk., 2020)

2.2.5 Manifestasi Klinis

1. Perdarahan sedang hingga masif/banyak. Perdarahan pervagina, tidak akan berhenti sampai hasil konsepsi dikeluarkan (Tufan Nugroho, 2011).
2. Serviks terbuka
3. TFU tidak sesuai umur kehamilan
4. Nyeri perut bawah
5. Ekspulsi sebagian hasil konsepsi (Prawirohardjo, 2015).

2.2.6 Komplikasi

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

2. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi *hiperretrofleksi*. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada uterus dan apakah ada perlukan alat-alat lain.

3. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan dan karena infeksi berat.

4. Infeksi

Sebenarnya pada genitalia eksterna dan vagina dihuni oleh bakteri yang merupakan flora normal. Khususnya pada genitalia eksterna yaitu *Staphylococci*, *Streptococci*, Gram Negatif *Enteric Bacilli*, *Mycoplasma*, *Treponema* (selain *T.Paliidum*), *Leptospira*, jamur, *Trichomonas Vaginalis*, sedangkan pada vagina ada *Lactobacili*, *Streptococci*, *Staphylococci*, Gram Negatif *Enteric Bacilli*, *Clostridium sp.*, *Bacteroides sp.*, *Listeria* dan jamur (Tufan Nugroho, 2011).

2.2.7 Penatalaksanaan

1. Tahap-tahap Penanganan Abortus Inkompletus

Jika perdarahan (pervaginam) sudah sampai menimbulkan gejala klinis syok, tindakan pertama ditujukan untuk perbaikan keadaan umum. Tindakan selanjutnya adalah untuk menghentikan sumber perdarahan.

a. Tahap Pertama

Tujuan dari penanganan tahap pertama adalah agar penderita tidak jatuh ke tingkat syok yang lebih berat, dan keadaan umumnya ditingkatkan menuju keadaan yang lebih baik. Dengan keadaan umum yang lebih baik (stabil), tindakan tahap ke dua umumnya akan berjalan dengan baik pula. Pada penanganan tahap pertama dilakukan berbagai kegiatan, berupa:

- 1) Memantau tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, frekuensi denyut nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu badan).
- 2) Pengawasan pernafasan (jika ada tanda-tanda gangguan pernafasan seperti adanya takipnu, sianosis, saluran nafas harus bebas dari hambatan. Dan diberi oksigen melalui kateter nasal).
- 3) Selama beberapa menit pertama, penderita dibaringkan dengan posisi *Trendelenburg*. Pemberian infus cairan (darah) intravena (campuran Dekstrose 5% dengan NaCl 0,9%, Ringer laktat).
- 4) Pengawasan jantung (fungsi jantung dapat dipantau dengan elektrokardiografi dan dengan pengukuran tekanan vena sentral).
- 5) Pemeriksaan laboratorium.

Pemeriksaan darah lengkap, golongan darah, jenis Rhesus, Tes kesesuaian darah penderita dengan darah donor, pemeriksaan pH darah, pO₂, pCO₂ darah arterial. Jika dari pemeriksaan ini dijumpai tanda-tanda anemia sedang sampai berat, infus cairan diganti dengan transfusi darah atau infus cairan bersamaan dengan transfusi darah. Darah yang diberikan dapat berupa eritrosit, jika sudah

timbul gangguan pembekuan darah, sebaiknya diberi darah segar. Jika sudah timbul tanda-tanda asidosis harus segera dikoreksi.

b. Tahap kedua

Setelah keadaan umum penderita stabil, penanganan tahap ke dua dilakukan. Penanganan tahap ke dua meliputi menegakkan diagnosis dan tindakan menghentikan perdarahan yang mengancam jiwa ibu. Tindakan menghentikan perdarahan ini dilakukan berdasarkan etiologinya. Pada keadaan abortus inkompletus, apabila bagian hasil konsepsi telah keluar atau perdarahan menjadi berlebih, maka evakuasi hasil konsepsi segera diindikasikan untuk meminimalkan perdarahan dan risiko infeksi pelvis. Sebaiknya evakuasi dilakukan dengan aspirasi vakum, karena tidak memerlukan anestesi (Prawirohardjo, 2010).

2. Tindakan Operatif Abortus Inkompletus

Tindakan operatif abortus inkompletus meliputi:

a. Pengeluaran secara Digital

Hal ini sering kita laksanakan pada keguguran bersisa. Pembersihan secara digital hanya dapat dilakukan bila telah ada pembentukan serviks uteri yang dapat dilalui oleh satu janin longgar dan dalam kavum uteri cukup luas, karena manipulasi ini akan menimbulkan rasa nyeri.

b. Kuretase

Kuretase adalah cara menimbulkan hasil konsepsi memakai alat kuretase (sendok kerokan). Sebelum melakukan kuretase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus.

c. Vacum Kuretase

Vacum kuretase adalah cara mengeluarkan hasil konsepsi dengan alat akum (Prawirohardjo, 2010)

1. Kuretase

a. Pengertian

Kuretase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuretase (sendok kerokan). Sebelum melakukan kuretase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misanya perforasi (Sofian, 2011).

Pendekatan transerviks pada abortus bedah mensyaratkan bahwa serviks mula mula harus dibuka (dilatasi) dan kemudian kehamilan di evakuasi dengan mengerok keluar secara mekanis isi (kuretase tajam), dengan mengisap keluar isi (kuretase hisap), atau keduanya. Namun paling sering digunakan adalah kuret hisap tapi memerlukan kanula kaku yang dihubungkan ke sumber vakum bertenaga listrik (Cunningham, et al, 2014).

b. Tujuan Kuretase

Menurut Damayanti (2014) bahwa tujuan kuretase dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Kuret sebagai diagnostik suatu penyakit rahim

Yaitu mengambil sedikit jaringan lapis lendir rahim, sehingga dapat diketahui penyebab dari perdarahan abnormal yang terjadi misalnya perdarahan pervaginam yang tidak teratur, perdarahan hebat, kecurigaan akan kanker endometriosis atau kanker rahim, pemeriksaan kesuburan/fertilitas.

2. Kuret sebagai terapi

Bertujuan menghentikan perdarahan yang terjadi pada keguguran kehamilan dengan cara mengeluarkan kehamilan yang telah gagal berkembang, menghentikan perdarahan akibat mioma dan polip di dalam rongga rahim, menghentikan perdarahan akibat gangguan hormone dengan cara mengeluarkan lapisan dalam rahim misalnya kasus keguguran, tertinggalnya sisa jaringan janin di dalam rahim setelah proses persalinan, hamil anggur, menghilangkan polip rahim.

c. Manfaat Kuretase

Kuretase ini memiliki beberapa manfaat tidak hanya untuk calon ibu atau wanita yang mengalami keguguran, namun juga beberapa hal

lainnya untuk memeriksa masalah atau kesehatan pada rahim, diantaranya adalah:

- 1) Membersihkan rahim sesudah keguguran.
- 2) Mendiagnosa keadaan tertentu yang ada pada rahim
- 3) Perdarahan pervaginam yang tidak teratur
- 4) Membersihkan jaringan plasenta yang tersisa sesudah proses persalinan di kemudian hari
- 5) Menghilangkan blighted ovum atau tidak ada janin dalam kandung telur
- 6) Hamil anggur
- 7) Menghindari rahim tidak bisa kontraksi karena pembuluh darah pada rahim tidak menutup sehingga terjadi pendarahan
- 8) Membersihkan sisa jaringan pada dinding rahim yang bisa menjadi tempat kuman berkembang biak dan timbul infeksi.

d. Prosedur Kuretase

Persiapan pasien sebelum kuretase adalah:

- 1) Puasa

Saat akan menjalani kuretase, biasanya ibu harus mempersiapkan dirinya. Misal, berpuasa 4-6 jam sebelumnya. Tujuannya supaya perut dalam keadaan kosong sehingga kuret bisa dilakukan dengan maksimal.

2) Persiapan psikologis

Setiap ibu memiliki pengalaman berbeda dalam menjalani kuret. Ada yang bilang kuret sangat menyakitkan sehingga ia kapok untuk mengalaminya lagi. Tetapi ada pula yang merasakan biasa saja, seperti halnya persalinan normal, sakit tidaknya kuret sangat individual. Sebab, segi psikis sangat berperan dalam menentukan hal ini. Bila ibu sudah ketakutan bahkan syok lebih dulu sebelum kuret, maka munculnya rasa sakit sangat mungkin terjadi karena rasa takut akan menambah kuat rasa sakit. Bila ketakutannya begitu luar biasa, maka obat bius yang diberikan bisa tidak mempan karena secara psikis rasa takutnya udah bekerja lebih dahulu.

3) Memberi information

Hal lain yang perlu dilakukan adalah meminta penjelasan kepada dokter secara lengkap, mulai dari pengertian kuret, alasan kenapa harus dikuret, persiapan yang harus dilakukan, hingga masalah atau resiko yang mungkin timbul. Jangan takut memintanya karena dokter wajib menjelaskan segala sesuatu tentang kuret. Dengan penjelasan lengkap diharapkan dapat membuat ibu lebih memahami dan bisa lebih tenang dalam pelaksanaan kuret.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Abortus Inkomplit dengan Kuretase

Berikut ini menjelaskan tentang 1. Pengkajian, 2. Diagnosa keperawatan, 3. Rencana keperawatan, 4. Implementasi, 5. Evaluasi

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

- 1) Meliputi nama
- 2) Umur
- 3) Suku
- 4) Bangsa
- 5) Pendidikan
- 6) alamat agama
- 7) Pekerjaan
- 8) nomor register
- 9) diagnosa medis.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Saat melakukan pengkajian, keluhan yang sering ditemukan meliputi keluarnya darah dari vagina, adanya pengeluaran fetus atau jaringan, serta nyeri di bagian bawah perut.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Mulai hamil pernah menderita penyakit menular atau keturunan, pernah MRS, adakah hiperemesis gravidarum dan adakah pernah abortus sebelumnya.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular atau keturunan, adakah kelahiran kembar.

5. Riwayat Kebidanan

a. Riwayat haid

Kaji tentang *menarche*, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, sifat darah, bau, warna, adanya *dismenorrhoe*, dan *flour albus*.

b. Riwayat kehamilan

Kaji hari pertama haid terakhir, tanggal perkiraan persalinan dan bagaimana keadaan anak klien mulai dari dalam kandungan hingga saat ini, bagaimana keadaan kesehatan anaknya.

6. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Klien mengerti atau tidak tentang pemeliharaan kesehatan mengenai keadaan yang terjadi pada dirinya, yaitu perawatan post kuretase.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Nafsu makan menurun, berat badan menurun, klien lemah.

c. Pola aktivitas

Aktivitas terganggu, keadaan ibu lemah karena nyeri perut yang timbul.

d. Pola eliminasi

Frekuensi defekasi dan miksi tidak ada kesulitan, warna, jumlah dan konsistensi

e. Pola istirahat dan tidur

f. Terjadinya adanya perubahan pola tidur akibat dari adanya perdarahan.

g. Pola sensori dan kognitif

Mengalami kecemasan dengan penyakit sehingga kadang mudah tersinggung dan gelisah

h. Pola persepsi diri

Terjadi perubahan pola konsep diri (harga diri) karena timbul anggapan tidak bisa merawat dirinya.

i. .Pola hubungan dan peran

1. Pemeriksaan Fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi kesadaran, suara bicara, pernafasan, tekanan darah, , BB, TB.

b. Kepala dan Leher

Ada tidaknya kelainan pada kepala dan leher, seperti pembesaran kelenjar tyroid, keadaan rambut, *stomatitis*, *icterus*, maupun anemis dan ada tidaknya *cloasma gravidarum*.

c. Telinga

Meliputi kebersihan, ada tidaknya serumen atau benda asing

d. Hidung

Ada tidaknya pernafasan cuping hidung, polip dan sekret.

e. Dada

Ada tidaknya nyeri dada, pergerakan pernafasan, kebersihan payudara, hiperpigmentasi pada *areola mammae*, pembesaran pada payudara.

f. Abdomen

Meliputi tinggi fundus uteri sesuai atau tidak dengan umur kehamilan, ada tidaknya *linea alba* dan *linea nigra* dan bekas operasi SC.

g. Genetalia

Meliputi kebersihan, ada tidaknya *varices* pada ulva.

h. Anus

Ada tidaknya hemoroid.

i. Punggung

Ada tidaknya punggung lordosis atau kifosis.

j. Ekstremitas

Mencakup ada tidak adanya kecacatan atau fraktur, terpasang infus dan reflek lutut.

k. Integumen

Mencakup keadaan kulit seperti warna kulit, turgor kulit, dan ada tidaknya nyeri tekan.

.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul menurut Reedaer & Martin (2011), Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, (2016) :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI D.0077)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan pada hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan. Rencana keperawatan dibuat digunakan untuk mengatasi atau mencegah masalah kesehatan, yang baik sudah terjadi maupun berpotensi. Diagnosa keperawatan sudah ditegakkan Langkah selanjutnya adalah merumuskan rencana keperawatan yang disusun secara kolaboratif bersama pasien atau ibu post curetase abortus inkomplit, sesuai urutan prioritas masalah yang teridentifikasi dalam diagnosa keperawatan.

Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan yang muncul pada klien dengan abortusinkomplit merupakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan:

- a. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keluhan nyeri menurun

b. Kriteria hasil

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sukap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

c. Rencana Tindakan / Intervensi: Manajemen Nyeri

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan yang lain. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani, 2012).

Tabel 2.1 Implementasi keperawatan nyeri akut

Diagnosa Keperawatan	Implementasi
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri 6. Monitor efek samping penggunaan analgetic

Sumber : (PPNI DPP SIKI SLKI 2018)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan perkembangan ibu hasil implementasi keperawatan dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2012). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri

rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut:

S : Data Subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : Data Obyektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : Analisis

Interpretasi dari data subyektif dan obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subyektif dan obyektif.

P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

Tabel 2.2 Evaluasi keperawatan nyeri akut

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>S (Subjektif) Data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengetahui penyebab dan tanda nyeri b. Pasien mengatakan nyeri berkurang c. Pasien mengetahui skala, intensitas dan frekuensi nyeri <p>O (Objektif) Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mengontrol nyeri <p>A (Analisis) Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil b. Tujuan belum tercapai apabila respon tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan <p>P (Planning)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai b. Lanjutkan intervensi apabila tercapai tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien

Sumber : (PPNI DPP SIKI SLKI 2018)