

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan diuraikan beberapa konsep yang akan mendasari penelitian ini, yaitu tentang: 1) Konsep Abortus Inkompletus, 2) Konsep Kuretase, 3) Konsep Asuhan Keperawatan pada Abortus Inkompletus dengan Kuretase.

2.1 Konsep Abortus Inkompletus

2.1.1 Pengertian Abortus Inkompletus

Abortus inkompletus adalah keluarnya sebagian, tetapi tidak seluruh hasil konsepsi, sebelum umur kehamilan lengkap 20 minggu (Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing, 2008).

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

2.1.2 Etiologi Abortus Inkompletus

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi
 - a. Kelainan kromosom
 - b. Lingkungan kurang sempurna
 - c. Pengaruh dari luar
2. Kelainan pada plasenta
3. Penyakit ibu

4. Kelainan traktus genitalis (retroversion uteri, mioma uteri) (Tufan Nugroho, 2011).

2.1.3 Manifestasi Klinis Abortus Inkompletus

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, 2010).

2.1.4 Patofisiologi Abortus Inkompletus

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).

2.1.5 Komplikasi Abortus Inkompletus

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, laparotomi 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).

2.1.6 Penatalaksanaan Abortus Inkompletus

2.1.6.1 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.

1. 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:

- a Memantau tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, frekuensi denyut nadi, frekuensi pernafasan, dan suhu badan).
- b Pengawasan pernafasan (jika ada tanda-tanda gangguan pernafasan seperti adanya takipnu, sianosis, saluran nafas harus bebas dari hambatan. Dan diberi oksigen melalui kateter nasal).
- c Selama beberapa menit pertama, penderita dibaringkan dengan posisi *Trendelenburg*.
- d Pemberian infus cairan (darah) intravena (campuran Dekstrose 5% dengan NaCl 0,9%, Ringer laktat).

- e Pengawasan jantung (fungsi jantung dapat dipantau dengan elektrokardiografi dan dengan pengukuran tekanan vena sentral).
- f 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.

2. 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).

2.1.6.2 Tindakan Operatif Abortus Inkompletus

Tindakan operatif abortus inkompletus meliputi:

1. 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.

2. 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.

3. Vacum Kuretase

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

2.2 Konsep Kuretase

2.2.1 Pengertian Kuretase

Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan manipulasi instrumen (sendok kuret) kedalam kavum uteri. Sendok kuret akan melepaskan jaringan tersebut dengan teknik pengerokan secara sistematis (Prawirohardjo, 2010).

2.2.2 Tujuan Kuretase

1. Sebagai terapi pada kasus-kasus abortus.

Intinya, kuret ditempuh oleh dokter untuk membersihkan rahim dan dinding rahim dari benda-benda atau jaringan yang tidak diharapkan.

2. Penegakan diagnosis

Semisal mencari tahu gangguan yang terdapat pada rahim, apakah sejenis tumor atau gangguan lain (Prawirohardjo, 2010).

2.2.3 Indikasi Kuretase

1. Abortus Inkomplit

Abortus inkompletus adalah peristiwa pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu atau dengan berat janin kurang dari 500 gr, dengan masih ada sisa jaringan tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan teraba jaringan dalam kavum uteri atau menonjol ada *ostium uteri eksternum*.

Cirinya adalah perdarahan yang banyak, disertai kontraksi, serviks terbuka, sebagian jaringan keluar. Tindakan kuretase harus dilaksanakan dengan hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus.

2. Abortus Sepsis

Sepsis akibat tindakan abortus yang terinfeksi (misalnya dilakukan oleh dukun atau awam). Abortus septic adalah abortus yang disertai penyebaran infeksi pada peredaran darah tubuh atau peritoneum (*septicemia* atau peritonitis).

Cirinya adalah perdarahan pervagina yang berbau, uterus yang membesar dan lembut serta nyeri tekan, tampak lelah, panas tinggi, menggigil, tekanan darah turun dan *leukositosis*. Tindakan kuretase dilakukan bila keadaan tubuh sudah

membraik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan. Pada saat tindakan uterus dilindungi dengan uterotonika.

3. Sisa plasenta (pasca persalinan)
4. Sisa selaput (Prawirohardjo, 2010).

2.2.4 Proses Tindakan Kuretase

2.2.4.1 Konseling Pra Tindakan

1. Memberi *informed consent* (tindakan persetujuan medik)
2. Menjelaskan pada pasien tentang penyakit yang diderita.
3. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan kuretase yang akan dilakukan.
4. Memeriksa keadaan umum pasien, bila mungkin pasien dipuasakan.

2.2.4.2 Pemeriksaan Sebelum Kuretase

1. USG (*ultrasonografi*)
2. Mengukur tensi dan Hb darah
3. Memeriksa sistem pernafasan
4. Mengatasi perdarahan
5. Memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit

2.2.4.3 Persiapan Pasien

1. Lakukanlah pemeriksaan umum (tanda-tanda vital, keadaan jantung, Hb dan sebagainya).
2. Cairan dan selang infus sudah terpasang.
3. Siapkan kain alas bokong, sarung kaki dan penutup perut bawah.
4. Pasien ditidurkan dalam posisi litotomi.

2.2.4.4 Persiapan Alat-Alat Kuretase

1. 1 cunam tampon
2. 1 cunam peluru atau tenakulum
3. 2 klem ovum (*forester/fenster clamp*) lurus dan lengkung
4. 1 set sendok kuret
5. 1 penera kavum uteri (sonde uterus)
6. 2 spekulum sim's atau L
7. 1 kateter karet
8. O₂ dan regulator (Prawirohardjo, 2010).

2.2.4.5 Prosedur Tindakan Kuretase

1. Pasien dalam posisi litotomi
2. Pasang O₂
3. Suntikkan valium 10 mg dan atropin sulfat 0,25 mg intravena.
4. Tindakan dan antisepsis genitalia eksterna, vagina dan serviks.
5. Kosongkan kandung kemih.
6. Pasang spekulum vagina, selanjutnya serviks dipresentasikan dengan tenakulum menjepit dinding depan porsio pada jam 12. Angkat spekulum depan dan spekulum belakang dipegang oleh seorang asisten.
7. Masukkan sonde uterus dengan hati-hati untuk menentukan besar dan arah uterus.
8. Keluarkan jaringan dengan cunam abortus, dilanjutkan dengan kuret tumpul secara sistematis menurut putaran jarum jam. Usahakan seluruh kavum uteri dikerok.

9. Setelah diyakini tidak ada perdarahan, tindakan dihentikan. Awasi tanda vital 15-30 menit pasca tindakan (Prawirohardjo, 2010).

2.2.5 Perawatan Pasca Kuretase

1. Periksa kembali tanda vital pasien, segera lakukan tindakan instruksi apabila terjadi komplikasi/kelainan
2. Catat kondisi pasien dan buat laporan tindakan didalam kolom yang tersedia dalam status pasien. Bila keadaan umum pasien cukup baik, setelah cairan habis lepaskan peralatan infus
3. Buat instruksi pengobatan lanjutan dan pemantauan kondisi pasien
4. Beritahukan kepada pasien dan keluarganya bahwa tindakan telah selesai tetapi pasien masih memerlukan perawatan
 - a. Harus menjaga kodisinya dengan baik
 - b. Tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat
 - c. Tidak melakukan hubungan intim untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang
 - d. Meminum obat secara teratur. Obat yang diberikan biasanya adalah antibiotik dan penghilang rasa sakit
 - e. Jika ternyata muncul keluhan, sakit yang terus berkepanjangan atau muncul perdarahan, segeralah memeriksakan diri ke dokter.
5. Bersama petugas yang akan merawat pasien , jelaskan jenis perawatan yang masih diperlukan, lama perawatan dan laporkan pada petugas tersebut bila ada keluhan/gangguan pasca tindakan
6. Tegaskan pada petugas yang merawat untuk menjalankan instruksi perawatan dan pengobatan serta laporkan segera bila

pada pemantauan lanjut ditemukan perubahan-perubahan seperti yang ditulis dalam catatan pasca tindakan (Prawirohardjo, 2010).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Abortus Inkompletus dengan Kuretase

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, suku, bangsa, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, nomor register, diagnosa medis.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan pada saat pengkajian seperti keluar darah dari vagina, sudah ada keluar fetus atau jaringan, keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

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

Terjadinya adanya perubahan pola tidur akibat dari adanya perdarahan.

f. Pola sensori dan kognitif

Mengalami kecemasan dengan penyakit sehingga kadang mudah tersinggung dan gelisah.

g. Pola persepsi diri

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

h. Pola hubungan dan peran

Hubungan klien dan keluarga kemungkinan mengalami perubahan karena kurang mampu memperhatikan keadaan sekitar.

i. Pola reproduksi dan seksual

Kemungkinan keadaan seksual terganggu karena keadaan klien yang lemah.

j. Pola penanggulangan stress

Kemungkinan dalam mengatasi masalah yang dihadapi mengalami perubahan karena kadang-kadang klien mudah tersinggung dan gelisah.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pola ibadah mungkin mengalami perubahan karena tidak untuk melakukan aktivitas ibadah.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi kesadaran, suara bicara, pernafasan, suhu tubu, nadi, tekanan darah, GCS, 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

1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan respon tubuh terhadap aktivitas (kelelahan)
3. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya jalan masuk organisme ke dalam tubuh
4. Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase) (Tufan Nugroho, 2011).
5. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan hipovolemia.
6. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus (Mitayani, 2012).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan 1:

Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan terpenuhi.

Kriteria Hasil:

1. Tidak terjadi perdarahan
2. Kadar Hb normal (12,0-14,0 gr%)
3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (mata cowong, konjungtiva anemis, turgor kulit turun, klien merasa haus, Hb turun)

Intervensi:

1. Berikan penjelasan sebab akibat dari kekurangan cairan.

Rasional: Pasien akan mengerti dan mau menerima serta mau melaksanakan perintah.

2. Anjurkan pasien untuk bedrest.

Rasional: Bedrest atau istirahat akan dapat mengurangi perdarahan dan mengurangi ketegangan otot.

3. Periksa Hb setiap terjadi perdarahan dan post transfusi.

Rasional: Dengan adanya penurunan kadar tersebut dkuatirkan dapat menyebabkan terjadinya asidosis metabolik.

4. Catat dan observasi intake dan output.

Rasional: Intake yang cukup diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, produksi uine menunjukkan perfungsi ginjal.

5. Lakukan observasi tanda-tanda vital.

Rasional: Mengetahui penurunan jumlah eritrosit dalam darah.

Diagnosa Keperawatan 2:

Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase)

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cemas berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil:

1. Ekspresi wajah dan tingkah laku tidak menunjukkan kecemasan.
2. TTV dalam batas normal.
 - a. Tekanan darah : 90-130/60-90 mmHg
 - b. Nadi : 60-100 x/menit

- c. Suhu : 36-37°C
 d. RR : 16-24 x/menit

Intervensi:

1. Kaji perasaan cemas klien

Rasional: Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya, dengan ini mungkin bisa mengurangi rasa cemasnya.

2. Pantau respon verbal dan nonverbal ibu dan pasangan.

Rasional: Menandai tingkat rasa takut yang sedang dialami ibu/pasangan.

3. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

Rasional: Dengan berdoa atau beribadah dapat membuat hati tenang dan pikiran klien tenang.

4. Diskusikan dengan situasi dan pemahaman tentang situasi dengan ibu.

Rasional: Memberikan informasi tentang reaksi individu terhadap apa yang terjadi.

5. Dengarkan masalah ibu dengan seksama.

Rasional: Meningkatkan rasa kontrol terhadap situasi dan memberikan kesempatan pada ibu untuk mengembangkan solusi sendiri.

6. Jelaskan prosedur dan arti gejala.

Rasional: Pengetahuan dapat membantu menurunkan rasa takut dan meningkatkan rasa kontrol terhadap situasi.

7. Berikan informasi dalam bentuk verbal dan tertulis serta beri kesempatan klien untuk mengajukan pertanyaan.

Rasional: Pengetahuan akan membantu ibu untuk mengatasi apa yang terjadi dengan lebih efektif. Informasi sebaiknya tertulis, agar nantinya memungkinkan

ibu untuk mengulang informasi akibat tingkat stress, ibu mungkin tidak dapat mengasimilasi informasi. Jawab yang jujur dapat meningkatkan pemahaman dengan lebih baik serta menurunkan rasa takut.

8. Libatkan ibu dalam perencanaan dan berpartisipasi dalam perawatan sebanyak mungkin.

Rasional: Menjadi mampu melakukan sesuatu untuk membantu mengontrol situasi sehingga dapat menurunkan rasa takut.

Diagnosa Keperawatan 3:

Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil:

1. Klien tampak tenang
2. Kontraksi rahim berkurang
3. Klien mengungkapkan nyeri berkurang
4. Skala nyeri berkurang
5. TTV dalam batas normal.
 - a. Tekanan darah : 90-130/60-90 mmHg
 - b. Nadi : 60-100 x/menit
 - c. Suhu : 36-37°C
 - d. RR : 16-24 x/menit

Intervensi:

1. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga.

Rasional: Dengan pendekatan pada klien dan keluarga diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

2. Observasi tanda-tanda vital.

Rasional: Dengan observasi tanda-tanda vital dapat mengetahui keadaan/mendeteksi secara dini adanya kelainan.

3. Kaji skala nyeri.

Rasional: Diharapkan dapat mengidentifikasi masalah yang timbul dan menentukan intervensi selanjutnya.

4. Ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan.

Rasional: Membantu menurunkan persepsi dan respon nyeri klien serta memberikan perasaan untuk mengontrol rasa nyeri yang berlebihan.

5. Anjurkan klien mengatur posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler.

Rasional: Diharapkan dapat membantu klien mengurangi nyerinya.

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis perawatan post kuretase.

Rasional: Untuk perawatan post kuretase.

7. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat-obat analgesik.

Rasional: Dengan kolaborasi dengan tim medis dapat mempercepat proses kesembuhan serta mengurangi rasa nyeri.

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).

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.