

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

Abortus ialah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan (Wiknjastro, 2005). Abortus ialah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Saifuddin, 2002).

Abortus biasanya disertai oleh pendarahan kedalam desidua basalis dan nekrosis di jaringan dekat tempat perdarahan. Ovum menjadi terlepas, dan hal ini memicu kontraksi uterus yang menyebabkan ekspusi. Apabila kantung dibuka, biasanya dijumpai janin kecil yang mengalami maserasi dan dikelilingi oleh cairan atau mungkin tidak tampak janin di dalam kantung disebut blighted ovum. (Cunningham, 2005).

Abortus Insiapiens adalah peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi servik uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus (Saifuddin, 2002)

Curetase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat Curetase (sendok kerokan). Curetase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok Curetase) ke dalam kavum uteri.

Sebelum melakukan Curetase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus. Gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi (Sarwono, 2007).

Curetase adalah tindakan medis untuk mengeluarkan jaringan dari dalam rahim. Jaringan itu sendiri bisa berupa tumor, selaput rahim, atau janin yang dinyatakan tidak berkembang maupun sudah meninggal. Dengan alasan medis, tidak ada cara lain jaringan semacam itu harus dikeluarkan (Sarwono, 2007)

2. Etiologi

Menurut Wiknjosastro (2005), hal-hal yang dapat menyebabkan abortus adalah sebagai berikut:

a. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi yang dapat mengakibatkan kematian atau dilahirkannya hasil konsepsi dalam keadaan cacat.

b. Kelainan pada plasenta

ini dijumpai pada ibu yang menderita penyakit hipertensi yang menahun.

c. Penyakit pada ibu

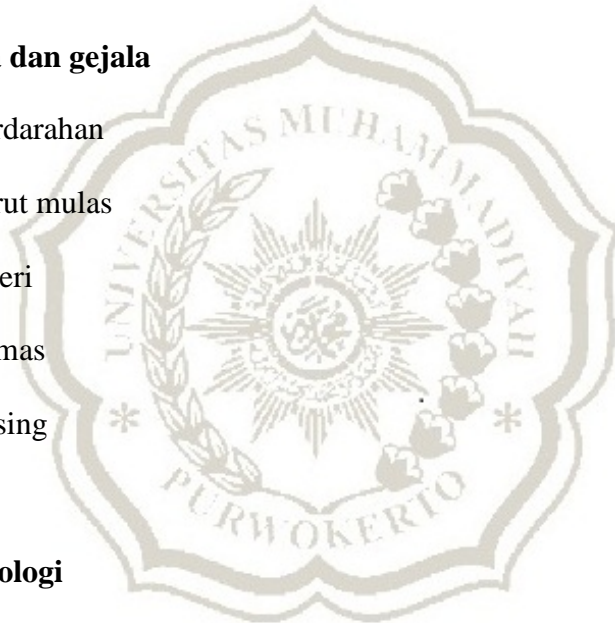
Penyakit infeksi yang dapat menyebabkan demam tinggi, pneumonia yang dapat menyebabkan abortus.

d. Kelainan traktus genetalis

Seperti retroversi uteri, mioma uteri atau kelainan bawaan uterus yang dapat menyebabkan abortus. Penyebab lain dari abortus dalam trimester 2 adalah servik inkompeten yang disebabkan kelemahan bawaan servik, dilatasi servik berlebihan, konisasi, amputasi, atau robekan servik yang tidak dijahit.

3. Tanda dan gejala

- a. Perdarahan
- b. Perut mulas
- c. Nyeri
- d. Lemas
- e. Pusing



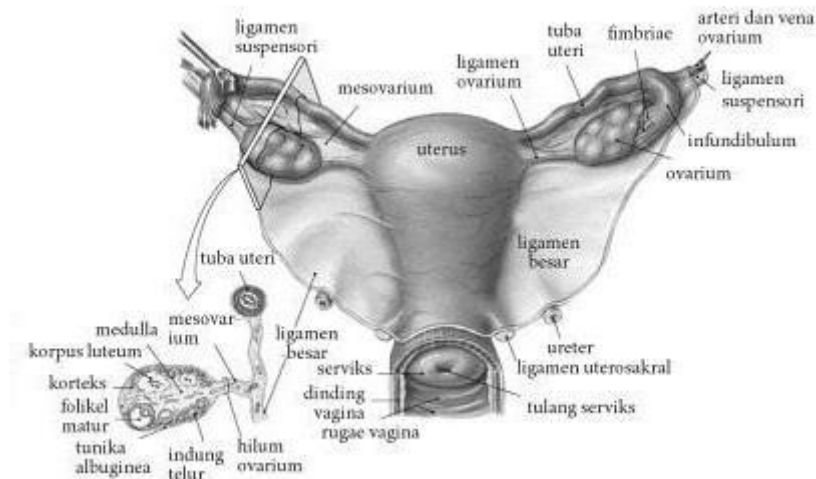
4. Patofisiologi

Pada awal abortus terjadilah pendarahan dalam desidua basalis, kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya (Wiknjosastro, 2005).

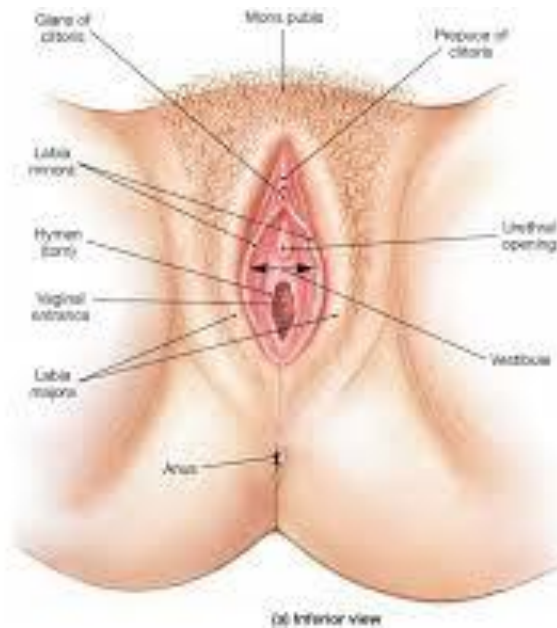
Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus

desidua secara mendalam. Sedangkan pada kehamilan 8 sampai 14 minggu villi koriales sudah menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada janin yang telah meninggal dan tidak dikeluarkan dapat terjadi proses mumifikasi, dimana janin mengering dan cairan amnion menjadi berkurang, sehingga janin gepeng dan pada tindak lanjut menjadi sangat tipis seperti kertas. Pada kemungkinan yang lain pada janin mati tidak lekas dikeluarkan akan terjadi kulit terlepas, tengkorak menjadi lembek, perut membesar karena terisi cairan dan seluruh tubuh janin berwarna kemerah-merahan (Wiknjosastro, 2005).

5. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1. Alat reproduksi internal pada wanita (Wiknjosastro,2005)



Gambar 2.2. Alat reproduksi Eksternal pada wanita (Wiknjosastro,2005)

Vagina

Vagina menghubungkan genitalia eksterna dengan genitalia interna. Introitus vaginae tertutup pada himen (selaput dara), suatu lipatan selaput setempat. Pada seorang virgo selaput daranya masih utuh, dan lubang selaput dara (hiatus himenalis) umumnya hanya dapat dilalui oleh jari kelingking.

Pada koitus pertama himen robek di beberapa tempat dan sisanya dinamakan karunkulae mirtiformes. Bentuk lain yang ditemukan pada himen ialah himen kibriformis (menunjukkan beberapa lubang), himen septus, dan sebagainya; kadang-kadang himen tertutup sama sekali (himen imperforatus). Besarnya lubang himen tidak menentukan apakah wanita tersebut masih virgo atau tidak.

Hal ini baik diketahui sehubungan dengan kedokteran kehakiman. Di Indonesia keutuhan selaput dara pada seorang gadis/virgo masih dihargai sekali; maka selayaknya para dokter memperhatikan hal ini. Pada seorang gadis yang memerlukan pemeriksaan ginekologik sebaiknya dilakukan pemeriksaan rektal. Vagina berukuran di depan 6,5 cm dan dibelakang 9,5 cm, sumbunya berjalan kira-kira sejajar dengan arah pinggir bawah simfisis ke Promontorium. Arah ini penting diketahui jika memasukkan jari ke dalam vagina pada pemeriksaan ginekologik.

Pada pertumbuhan janin dalam uterus $\frac{2}{3}$ bagian atas vagina berasal dari duktus Miilleri (asal dari entoderm), sedangkan $\frac{1}{3}$ bagian bawahnya dari lipatan-lipatan ektoderm. Hal ini penting diketahui dalam menghadapi kelainan-kelainan bawaan. Epitel vagina terdiri atas epitel skuamosa dalam beberapa lapisan. Lapisan tidak mengandung kelenjar, akan tetapi dapat mengadakan transudasi. Pada anak kecil epitel itu amat tipis, sehingga mudah terkena infeksi, khususnya oleh gonokokkus.

Mukosa vagina berlipat-lipat horisontal; lipatan itu dinamakan ruga di tengah-tengah bagian depan dan belakang ada bagian yang lebih mengeras, disebut kolumna rugarum. Ruga-ruga jelas dapat dilihat pada VS bagian distal vagina pada seorang virgo atau nullipara, sedang pada seorang multipara lipatan-lipatan untuk sebagian besar hilang. Di bawah epitel vagina terdapat jaringan ikat yang mengandung banyak pembuluh darah. Di bawah jaringan ikat terdapat otot-otot dengan susunan yang serupa dengan susunan otot usus.

Sebelah luar otot-otot terdapat fascia (jaringan ikat) yang akan berkurang elastisitasnya pada wanita yang lanjut usianya. Di sebelah depan dinding vagina bagian bawah terdapat urethra sepanjang 2,5-4 cm. Bagian atas vagina berbatasan dengan kandung kencing sampai ke forniks vaginae anterior. Dinding belakang vagina lebih panjang dan membentuk forniks posterior yang jauh lebih luas daripada forniks anterior. Di samping kedua forniks itu dikenal pula forniks lateralis sinistra dan dekstra. Umumnya dinding depan dan belakang vagina dekat mendekati. Pada wanita yang telah melahirkan anak, pada kedua dinding vagina sering ditemukan tempat yang kondor dan agak merosot (sistokele dan rektokele). Pada seorang virgo keadaan ini jarang ditemukan.

Uterus

Uterus pada seorang dewasa berbentuk seperti buah advokat atau buah *peer* yang sedikit gepeng. Ukuran panjang uterus adalah 7-7,5 cm, lebar di tempat yang paling lebar 5,25 cm, dan tebal 2,5 cm. Uterus terdiri atas korpus uteri (% bagian atas) dan serviks uteri (VS bagian bawah). Di dalam korpus uteri terdapat rongga (*kavum uteri*), yang membuka ke luar melalui saluran (*kanalis servikalis*) yang terletak di serviks. Bagian bawah serviks yang terletak di vagina dinamakan porsio uteri (*pars vaginalis servisis uteri*), sedangkan yang berada di atas vagina disebut *pars supravaginalis servisis uteri*. Antara korpus dan serviks masih ada bagian yang disebut *isthmus uteri*.

Bagian atas uterus disebut fundus uteri, di situ tuba Fallopii kanan dan kiri masuk ke uterus. Dinding uterus terdiri terutama atas miometrium, yang merupakan otot polos berlapis tiga; yang sebelah luar longitudinal, yang sebelah dalam sirkuler, yang antara kedua lapisan ini beranyaman. Miometrium dalam keseluruhannya dapat berkontraksi dan berelaksasi.

Kavum uteri dilapisi oleh selaput lendir yang kaya dengan kelenjar, disebut endometrium. Endometrium terdiri atas epitel kubik, kelenjar-kelenjar, dan stroma dengan banyak pembuluh-pembuluh darah yang berkelok-kelok. Di korpus uteri endometrium licin, akan tetapi di serviks berkelok-kelok; kelenjar-kelenjar itu bermuara di kanalis servikalis (*arbor vitae*). Pertumbuhan dan fungsi endometrium dipengaruhi sekali oleh hormon steroid ovarium.

Uterus pada wanita dewasa umumnya terletak di sumbu tulang panggul dalam *anteversiofleksio* (serviks ke depan atas) dan membentuk sudut dengan vagina, sedang korpus uteri berarah ke depan dan membentuk sudut 120° - 130° dengan serviks uteri. Di Indonesia uterus sering ditemukan dalam *retrofleksio* (korpus uteri berarah ke belakang) yang pada umumnya tidak memerlukan pengobatan.

Perbandingan antara panjang korpus uteri dan serviks berbeda-beda dalam pertumbuhan. Pada bayi perbandingan itu adalah 1 : 2, sedangkan pada wanita dewasa 2:1.

Di luar, uterus dilapisi oleh serosa (*peritoneum viserale*). Jadi, dari luar ke dalam ditemukan pada dinding korpus uteri serosa atau perimetrium,

miometrium, dan endometrium. Uterus mendapat darah dari *arteria uterina*, ranting dari *arteria iliakainterna*, dan dari *arteria ovarika*.

Tuba

Tuba Fallopii ialah saluran telur berasal — seperti juga uterus — dari duktus Miilleri. Rata-rata panjangnya tuba 11-14 cm. Bagian yang berada di dinding uterus dinamakan *pars interstitialis*, lateral dari itu (3-6 cm) terdapat *pars isthmika* yang masih sempit (diameter 2-3 mm), dan lebih ke arah lateral lagi *pars ampullaris* yang lebih lebar (diameter 4-10 mm) dan mempunyai ujung terbuka menyerupai anemon yang disebut *infundibulum*. Bagian luar tuba diliputi oleh *peritoneum viserale*, yang merupakan bagian dari ligamentum latum.

Otot di dinding tuba terdiri atas (dari luar ke dalam) otot longitudinal dan otot sirkuler. Lebih ke dalam lagi terdapat mukosa yang berlipat-lipat ke arah longitudinal dan terutama dapat ditemukan di bagian ampulla.

Mukosa

Tuba terdiri atas epitel kubik sampai silindrik, yang mempunyai bagian-bagian dengan serabut-serabut dan yang bersekresi. Yang bersekresi mengeluarkan getah, sedangkan yang berserabut dengan getarannya menimbulkan suatu arus ke arah kavum uteri.

Ovarium

Indung telur pada seorang dewasa sebesar ibu jari tangan, terletak di kiri dan di kanan, dekat pada dinding pelvis di fossa ovarika. Ovarium berhubungan dengan uterus dengan ligamentum ovarii proprium. Pembuluh

darah ke ovarium melalui ligamentum Suspensorium ovarii (ligamentum *infundibulopelvikum*).

Ovarium terletak pada lapisan belakang ligamentum latum. Sebagian besar ovarium berada intraperitoneal dan tidak dilapisi oleh peritoneum. Bagian ovarium kecil berada di dalam ligamentum latum (hilus ovarii). Di situ masuk pembuluh-pembuluh darah dan saraf ke ovarium. Lipatan yang menghubungkan lapisan belakang ligamentum latum dengan ovarium dinamakan mesovarium.

Bagian ovarium yang berada di dalam kavum *peritonei* dilapisi oleh epitel kubik-silindrik, disebut epitelium germinativum. Di bawah epitel ini terdapat *tunica albuginea* dan di bawahnya lagi baru ditemukan lapisan tempat folikel-folikel primordial. Pada wanita diperkirakan terdapat banyak folikel. Tiap bulan satu folikel, kadang-kadang dua folikel, berkembang menjadi folikel *de Graaf*.

Folikel-folikel ini merupakan bagian ovarium yang terpenting, dan dapat ditemukan di korteks ovarii dalam letak yang beraneka ragam, dan pula dalam tingkat-tingkat perkembangan dari satu sel telur yang dikelilingi oleh satu korpus luteum lapisan sel-sel saja sampai folikel *de Graaf* yang matang. Folikel yang matang ini terisi dengan likuor follikuli yang mengandung estrogen, dan siap untuk berovulasi.

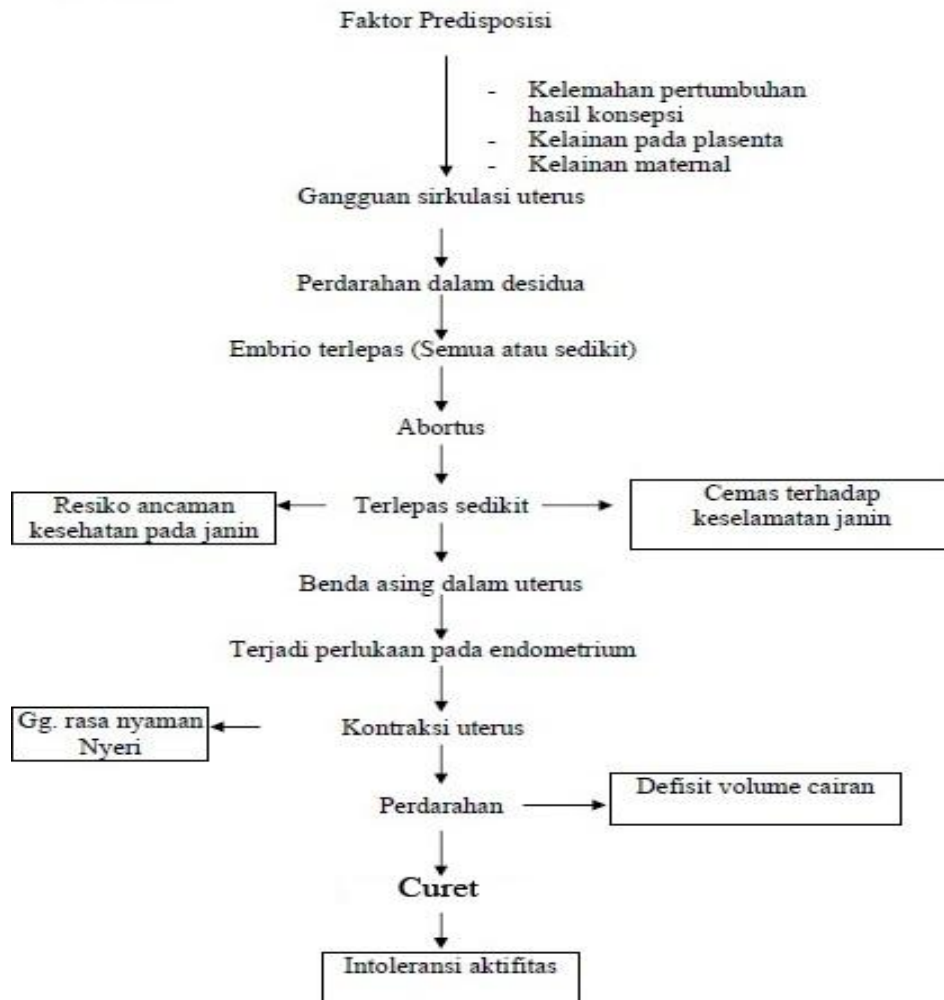
Pada waktu dilahirkan bayi mempunyai sekurang-kurangnya 750.000 oogonium. Jumlah ini berkurang akibat pertumbuhan dan degenerasi folikel-folikel. Pada umur 6-15 tahun ditemukan 439.000, pada 16-25

tahun 159.000, antara umur 26-35 tahun menurun sampai 59.000, dan antara 34-45 hanya 34.000. Pada masa menopause semua folikel sudah menghilang.

Vulva

Vulva ialah tempat bermuaranya sistem urogenital. Di sebelah luar vulva dilingkari oleh labia majora (bibir besar) yang ke belakang menjadi satu dan membentuk kommissura posterior dan perineum. Di bawah kulitnya terdapat jaringan lemak serupa dengan yang ada di mons veneris. Medial dari bibir besar ditemukan bibir kecil (labia minora) yang ke arah perineum menjadi satu dan membentuk frenulum labiorum pudendi. Di depan frenulum ini terletak fossa navikulare. Kanan dan kiri dekat pada fossa navikulare ini dapat dilihat dua buah lubang kecil tempat saluran kedua glandulae Bartholini bermuara. Ke depan labia minora menjadi satu dan membentuk prepusium klitoridis dan frenulum klitoridis. Di bawah prepusium klitoridis terletak klitoris. Kira-kira 1,5 cm di bawah klitoris terdapat orifisium urethrae eksternum (lubang kemih). Di kanan kiri lubang kemih ini terdapat dua lubang kecil dari saluran yang buntu.

6. Pathway



Sumber : Nanda, (2010)

7. Manifestasi Klinis

- a. Terlambat haid atau amenore kurang dari 20 minggu.
- b. Pada pemeriksaan fisik: keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, suhu badan normal atau meningkat.
- c. Pendarahan pervaginam, mungkin disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi.
- d. Rasa mulas atau kram perut di daerah atas simfisis, sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus.

(Mansjoer, 2002).

8. Komplikasi

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah pendarahan, perforasi, infeksi dan syok (Wiknjosastro, 2005).

a. Perdarahan

Pendarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah.

b. Perforasi

Perforasi uterus pada saat curetage dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang biasa menimbulkan persoalan gawat

karena perlakuan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus.

c. Infeksi

Biasanya pada abortus kriminalis infeksi kandung sampai sepsis dan infeksi tulang yang dapat menimbulkan kemandulan.

d. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena pendarahan (*syok hemeragik*) dan karena infeksi berat (*syok endoseptik*).

9. Penatalaksanaan

a. Istirahat baring

Tidur berbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan karena cara ini menyebabkan bertambahnya aliran darah ke uterus dan berkurangnya rangsang mekanis.

b. Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.

c. Periksa denyut nadi dan suhu badan dua kali sehari bila klien tidak panas dan empat jam bila pasien panas.

d. Bersihkan vulva minimal dua kali sehari dengan cairan antiseptik untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.

(Mansjoer Arif, 1999)

e. *Curetase*

1) Pengertian

Curetase adalah cara membersihkan hasil konsepsi

memakai alat Curetase (sendok kerokan).Curetase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrument (sendok Curetase) ke dalam kavum uteri. Sebelum melakukan Curetase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus.Gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi (Sarwono, 2007).

Curetase adalah tindakan medis untuk mengeluarkan jaringan dari dalam rahim.Jaringan itu sendiri bisa berupa tumor, selaput rahim, atau janin yang dinyatakan tidak berkembang maupun sudah meninggal. Dengan alasan medis, tidak ada cara lain jaringan semacam itu harus dikeluarkan (Sarwono, 2007).

2) Tujuan *Curetase*

Menurut ginekologi dari Morula Fertility Clinic, RS Bunda, Jakarta, tujuan Curetase ada dua yaitu:

- a) Sebagai terapi pada kasus-kasus abortus. Intinya, Curetase ditempuh oleh dokter untuk membersihkan rahim dan dinding rahim dari benda-benda atau jaringan yang tidak diharapkan.
- b) Penegakan diagnosis. Semisal mencari tahu gangguan yang terdapat pada rahim, apakah sejenis tumor atau gangguan lain. Meski tujuannya berbeda, tindakan yang dilakukan pada

dasarnya sama saja. Begitu juga persiapan yang harus dilakukan pasien sebelum menjalani Curetase.

3) Indikasi Curetase

- a) Abortus incomplete(keguguran saat usia kehamilan < 20 mg dengan didapatkan sisa-sisa kehamilan, biasanya masih tersisa adanya plasenta). Curetase dalam hal ini dilakukan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi oleh karena keguguran.Mekanisme perdarahan pada kasus keguguran adalah dengan adanya sisa jaringan menyebabkan rahim tidak bisa berkontraksi dengan baik sehingga pembuluh darah pada lapisan dalam rahim tidak dapat tertutup dan menyebabkan perdarahan.
- b) Blighted ova(janin tidak ditemukan, yang berkembang hanya plasenta). Dalam kasus ini Curetase harus dilakukan oleh karena plasenta yang tumbuh akan berkembang menjadi suatu keganasan, seperti chorio Ca, penyakit trophoblas ganas pada kehamilan.
- c) Dead conseptus(janin mati pada usia kehamilan < 20 mg). Biasanya parameter yang jelas adalah pemeriksaan USG, dimana ditemukan janin tetapi jantung janin tidak berdenyut. Apabila ditemukan pada usia kehamilan 16-20mg, diperlukan obat perangsang persalinan untuk proses pengeluaran janin kemudian baru dilakukan Curetase. Akan tetapi bila ditemukan saat usia kehamilan < 16 mg dapat langsung dilakukan Curetase.

d) Abortus MOLA (Tidak ditemukannya janin, yang tumbuh hanya plasenta dengan gambaran bergelembung2 seperti buah anggur, yang disebut HAMIL ANGGUR). Tanda-tanda hamil anggur adalah tinggi rahim tidak sesuai dengan umur kehamilannya. Rahim lebih cepat membesar dan apabila ada perdarahan ditemukan adanya gelembung-gelembung udara pada darah. Hal ini juga dapat menjadi suatu penyakit keganasan trophoblas pada kehamilan.

e) Menometroraghia (Perdarahan yang banyak dan memanjang diantara siklus haid). Tindakan Curetase dilakukan disamping untuk menghentikan perdarahan juga dapat digunakan untuk mencari penyebabnya, oleh karena gangguan hormonal atau adanya tumor rahim (Myoma uteri) atau keganasan (Kanker endometrium) setelah hasil Curetase diperiksa secara mikroskopik (Patologi Anatomi jaringan endometrium).

4) PERSIAPAN SEBELUM CURETASE

a) Konseling pra tindakan :

(1) Memberi informed consent

(2) Menjelaskan pada klien tentang penyakit yang diderita

(3) Menerangkan kepada pasien tentang tindakan Curetase yang akan dilakukan:

(4) garis besar prosedur tindakan, tujuan dan manfaat tindakan

(5) memeriksa keadaan umum pasien, bila memungkinkan pasien dipuasakan.

b) Pemeriksaan sebelum curretage

(1) USG (ultrasonografi)

(2) Mengukur tensi dan Hb darah

(3) Memeriksa sistim pernafasan

(4) Mengatasi perdarahan

(5) Memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit

c) Persiapan tindakan

(1) Menyiapkan pasien

(a) Mengosongkan kandung kemih

(b) Membersihkan genetalia eksterna

(c) Membantu pasien naik ke meja ginek

(d) Lakukanlah pemeriksaan umum : Tekanan Darah, Nadi, Keadaan Jantung, dan Paru – paru dan sebagainya.

(e) Pasanglah infuse cairan sebagai profilaksis

(f) Pada umumnya diperlukan anestesi infiltrasi local atau umum secara IV dengan ketalar.

(g) Sebelum masuk ke ruang operasi, terlebih dahulu pasien harus dipersiapkan dari ruangan

(h) Puasa: Saat akan menjalani Curetase, dilakukan puasa 4-6 jam sebelumnya. Tujuannya supaya perut dalam

keadaan kosong sehingga Curetase bisa dilakukan dengan maksimal.

- (i) Cek adanya perdarahan, dokter akan melakukan cek darah untuk mengetahui apakah pasien mengalami gangguan perdarahan atau tidak. Jika ada indikasi gangguan perdarahan, Curetase akan ditunda sampai masalah perdarahan teratasi. Namun tak menutup kemungkinan Curetase segera dilakukan untuk kebaikan pasien. Biasanya akan dibentuk tim dokter sesuai dengan keahlian masing-masing, dokter kandungan, dokter bedah, dokter hematologi, yang saling berkoordinasi. Koordinasi ini akan dilakukan saat pelaksanaan Curetase, pascaCuretase, dan sampai pasien sembuh.

(2) Persiapan Psikologis

Setiap ibu memiliki pengalaman berbeda dalam menjalani Curetase. Ada yang bilang Curetase sangat menyakitkan sehingga ia kapok untuk mengalaminya lagi. Tetapi ada pula yang biasa-biasa saja. Sebenarnya, seperti halnya persalinan normal, sakit tidaknya Curetase sangat individual. Sebab, segi psikis sangat berperan dalam menentukan hal ini. Bila ibu sudah ketakutan bahkan syok lebih dulu sebelum Curetase, maka munculnya rasa sakit

sangat mungkin terjadi. Sebab 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 sudah bekerja lebih dahulu. Walhasil, dokter akan menambah dosisnya.

Sebaliknya, bila saat akan dilakukan Curetase ibu bisa tenang dan bisa mengatasi rasa takut, biasanya rasa sakit bisa teratasi dengan baik. Meskipun obat bius yang diberikan kecil sudah bisa bekerja dengan baik. Untuk itu sebaiknya sebelum menjalani Curetase ibu harus mempersiapkan psikisnya dahulu supaya Curetase dapat berjalan dengan baik. Persiapan psikis bisa dengan berusaha menenangkan diri untuk mengatasi rasa takut, pahami bahwa Curetase adalah jalan yang terbaik untuk mengatasi masalah yang ada. Sangat baik bila ibu meminta bantuan kepada orang terdekat seperti suami, orangtua, sahabat, dan lainnya. Bila diperlukan, gunakan jasa psikolog apabila ibu tak yakin dapat mengatasi masalah ini sendirian seperti :

- (a) Mengganti baju pasien dengan baju operasi
- (b) Memakaikan baju operasi kepada pasien dan gelang sebagai identitas
- (c) Pasien dibawa ke ruang operasi yang telah ditentukan

(d) Mengatur posisi pasien sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan, kemudian pasien dibius dengan anestesi narkose

(e) Setelah pasien tertidur, segera pasang alat bantu napas dan monitor EKG

(f) Bebaskan area yang akan diCuretase

(3) Persiapan petugas

(a) mencuci tangan dengan sabun antiseptic

(b) memakai perlengkapan : baju operasi, masker dan handscoen steril

(c) Perawat instrumen memastikan kembali kelengkapan alat-alat yang akan digunakan dalam tindakan Curetase

(d) Alat disusun di atas meja mayo sesuai dengan urutan

(4) Persiapan alat dan obat :

(a) Alat tenun, terdiri dari :baju operasi, laken, duk kecil, sarung meja mayo

1) Alat-alat Curetase hendaknya telah tersedia dalam bak alat dalam keadaan aseptik :

(a) Speculum dua buah (Spekulum cocor bebek (1) dan SIMS/L (2) ukuran S/M/L) speculum 2 Buah.

(b) Sonde (penduga) uterus:

(1) Untuk mengukur kedalaman rahim

(2) Untuk mengetahui lebarnya lubang vagina

- (3) Cunam muzeus atau Cunam porsio
- (4) Bermacam – macam ukuran sendok kerokan (Curetase
1 SET)
- (5) Cunam tampon (1 buah)
- (6) Pinset dan klem
- (7) Kain steril, dan sarung tangan dua pasang.
- (8) Menyiapkan alat Curetase AVM
- (9) Ranjang ginekologi dengan penopang kaki
- (10) Meja dorong / meja instrument
- (11) Wadah instrumen khusus (untuk prosedur AVM)
- (12) AVM Kit (tabung, adaptor, dan kanula)
- (13) Tenakulum (1 buah)
- (14) Klem ovum/fenster (2 buah)
- (15) Mangkok logam
- (16) Dilagator/ busi hegar (1 set)
- (17) Lampu sorot
- (18) Kain atas bokong dan penutup perut bawah
- (19) Larutan anti septik (klorheksidin, povidon iodin,
alkohol)
- (20) Tensimeter dan stetoskop
- (21) Sarung tangan DTT dan alas kaki
- (22) Set infuse
- (23) Abocatt

- (24) Cairan infuse
- (25) Wings
- (26) Kateter Karet 1 buah
- (27) Sduit 3 cc dan 5 cc

2) Obat-obatan

- (a) Analgetik (petidin 1-2 mg/Kg BB
- (b) Ketamin HCL 0.5 ml/ Kg BB
- (c) Tramadol 1-2 mg/ BB
- (d) Sedativa (diazepam 10 mg)
- (e) Atropine sulfas 0.25- 0.50 mg/ml
- (f) Oksigen dan regulator

A. PERAWATAN SETELAH CURETASE

Perawatan usai Curetase pada umumnya sama dengan operasi-operasi lain. Harus menjaga bekas operasinya dengan baik, tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat, tidak melakukan hubungan intim untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang, dan meminum obat secara teratur. Obat yang diberikan biasanya adalah antibiotik dan penghilang rasa sakit. Jika ternyata muncul keluhan, sakit yang terus berkepanjangan atau muncul perdarahan, segeralah memeriksakan diri ke dokter. Mungkin perlu dilakukan tindakan Curetase yang kedua karena bisa saja ada sisa jaringan yang tertinggal. Jika keluhan

tak muncul, biasanya Curetase berjalan dengan baik dan pasien tinggal menunggu kesembuhannya.

Hal-hal yang perlu juga dilakukan:

1. Setelah pasien sudah dirapihkan, maka perawat mengobservasi keadaan pasien dan terus memastikan apakah pasien sudah bernapas spontan atau belum
2. Setelah itu pasien dipindahkan ke recovery room
3. Melakukan observasi keadaan umum pasien hingga kesadaran pulih
4. Pasien diberikan oksigen 2 liter/menit melalui nasal kanule dan tetap observasi keadaan pasien sampai dipindahkan ke ruangan perawatan.
5. Konseling pasca tindakan
6. Melakukan dekontaminasi alat dan bahan bekas operasi

B. DAMPAK SETELAH CURETASE

Terkadang Curetase tidak berjalan lancar. Meskipun telah dilakukan oleh dokter kandungan yang sudah dibekali ilmu Curetase namun kekeliruan bisa saja terjadi. Bisa saja pada saat melakukannya dokter kurang teliti, terburu-buru, atau jaringan sudah kaku atau membatu seperti pada kasus abortus yang tidak ditangani dengan cepat. Berikut adalah dampaknya:

1. Perdarahan

Bila saat Curetase jaringan tidak diambil dengan bersih, dikhawatirkan terjadi perdarahan. Untuk itu jaringan harus diambil

dengan bersih dan tidak boleh tersisa sedikit pun. Bila ada sisa kemudian terjadi perdarahan, maka Curetase kedua harus segera dilakukan. Biasanya hal ini terjadi pada kasus jaringan yang sudah membatu. Banyak dokter kesulitan melakukan pembersihan dalam sekali tindakan sehingga ada jaringan yang tersisa. Namun biasanya bila dokter tidak yakin sudah bersih, dia akan memberi tahu kepada si ibu, “Jika terjadi perdarahan maka segera datang lagi ke dokter.”

2. Cerukan di Dinding Rahim

Pengerokan jaringan pun harus tepat sasaran, jangan sampai meninggalkan cerukan di dinding rahim. Jika menyisakan cerukan, dikhawatirkan akan mengganggu kesehatan rahim.

3. Gangguan Haid

Jika pengerokan yang dilakukan sampai menyentuh selaput otot rahim, dikhawatirkan akan mengganggu kelancaran siklus haid.

4. Infeksi

Jika jaringan tersisa di dalam rahim, muncul luka, cerukan, dikhawatirkan bisa memicu terjadinya infeksi. Sebab, kuman senang sekali dengan daerah-daerah yang basah oleh cairan seperti darah.

5. Kanker

Sebenarnya kecil kemungkinan terjadi kanker, hanya sekitar 1%. Namun bila Curetase tidak dilakukan dengan baik, ada sisa yang tertinggal kemudian tidak mendapatkan penanganan yang tepat, bisa

saja memicu munculnya kanker. Disebut kanker trofoblast atau kanker yang disebabkan oleh sisa plasenta yang ada di dinding rahim.

C. EFEK SAMPING DARI TINDAKAN CURETASEASI

1. Rahim berlubang

Curetase memungkinkan terjadinya lubang pada rahim, atau di dunia kedokteran disebut perforasi uterus. Hal itu bisa terjadi karena pada saat hamil, dinding rahim sangat lunak, sehingga berisiko tinggi untuk terjadinya lubang akibat pengerokan sisa-sisa jaringan.

Risiko terjadinya lubang pada rahim semakin besar bila Curetase dilakukan pada ibu yang hamil anggur. Sebab, ada tahapan yang harus dilakukan sebelum sampai pada tindakan keretase. Pada hamil anggur, perut ibu biasanya cukup besar. Usia tiga bulan saja biasanya sudah seperti enam bulan. Karena itu, sebelum Curetase dilakukan, dokter akan mengevakuasi posisi kehamilan menggunakan vacuum lebih dulu, baru mengerok menggunakan sendok tajam untuk mengeluarkan sisa-sisa jaringan.

2. Infeksi

Tindakan Curetase memungkinkan terjadinya infeksi, akibat adanya perlukaan. Tapi, dengan pengobatan yang tepat, infeksi itu biasanya cepat sembuh.

3. Sindrom Asherman

Sindrom Asherman adalah terjadinya perlekatan pada lapisan dinding dalam rahim. Karena lengket, jaringan selaput lendir rahim

tidak terbentuk lagi. Akibatnya, pasien tidak mengalami haid. Ini memang bisa terjadi, karena selaput lendir rahim terkikis habis saat tindakan Curetase. Tapi hal itu masih bisa diatasi dengan pemberian obat, sehingga pasien bisa haid kembali.

4. Keluar vlek

Vlek-vlek darah bisa saja keluar setelah tindakan Curetase dilakukan, sampai satu minggu kemudian. Keluarnya vlek-vlek darah itu sangat wajar. Tapi, bagaimanapun harus tetap dikonsultasikan pada dokter, agar bisa diwaspadai. Sebab, bisa saja keluarnya vlek tersebut karena adanya gangguan pada fungsi pembekuan darah.

5. Mual dan pusing

Mual dan pusing bisa terjadi akibat pembiusan yang dilakukan. Tapi, kalau muntah pada saat pasien sedang tidak sadar diri, hal itu perlu diwaspadai.

6. Nyeri

Rasa nyeri, terutama di perut bagian bawah, bisa timbul setelah tindakan Curetase dilakukan. Untuk menguranginya, dokter biasanya akan memberikan obat-obatan pereda nyeri. Dan biasanya akan cepat hilang.

D. TEKNIK PENGELUARAN JARINGAN

Pengeluaran jaringan yaitu setelah serviks terbuka (primer maupun dengan dilatasi), jaringan konsepsi dapat dikeluarkan secara manual, dilanjutkan dengan Curetase.

1. Sondage, menentukan posisi dan ukuran uterus
2. Masukkan tang abortus sepanjang besar uterus, buka dan putar 90° untuk melepaskan jaringan, kemudian tutup dan keluarkan jaringan tersebut
3. Sisa abortus dikeluarkan dengan Curetase tumpul, gunakan sendok terbesar yang bisa masuk
4. Pastikan sisa konsepsi telah keluar semua, dengan eksplorasi jari maupun Curetase.

10. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Abortus sebagai berikut:

1. Nyeri berhubungan dengan agen injuri biologi
2. Ansietas berhubungan dengan prosedur tindakan invasive
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi

Diagnosa Curate

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan intrauteri
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan sumber informasi
3. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan

11. Perencanaan Keperawatan

Intervensi menurut *Nursing Interventions Classification* (NIC, 2001-2002) dan *Nursing Outcome Classification* (NOC, 2001-2002) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologi.

NOC (*Nursing Outcome*) : Pain Level

Tabel 2.1

Indikator	IR	ER	SK
Melaporkan adanya nyeri	3	5	5
Luas bagian tubuh yang terpengaruh	3	5	5
Frekuensi nyeri	3	5	5
Panjang episode nyeri	3	5	5
Ekspresi nyeri pada wajah	3	5	5
Perubahan nadi	3	5	5
Perubahan tekanan darah	3	5	5
Kehilangan selera makan	3	5	5
Pernyataan nyeri	3	5	5

NIC (*Nursing Intervention Classification*) :
Pain Management

1. Lakukan pengkajian secara komprehensif
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
3. Evaluasi pengalaman nyeri
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan
5. Ajarkan teknik non farmakologi (nafas dalam, relaksasi)
6. Tingkatkan istirahat

b. Ansietas (cemas) berhubungan dengan kurang pengetahuan

NOC(*Nursing Outcome*) : Anxiety Control

Tabel 2.2

Indikator	IR	ER	SK
Monitor Intensitas kecemasan	3	5	5
Menyingkirkan tanda kecemasan	3	5	5
Menurunkan stimulasi lingkungan ketika cemas	3	5	5
Mencari informasi untuk menurunkan cemas	3	5	5
Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan kecemasan	3	5	5
Melaporkan pemenuhan kebutuhan tidur adekuat	3	5	5

NIC (*Nursing Intervention Classification*):

Anxiety Reduction

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Identifikasi tingkat kecemasan
3. Berikan informasi factual mengenai diagnosis dan tindakan prognosis
4. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
5. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan paparan/sumber informasi

NOC (Nursing Outcome) : *Defition*

Tabel 2.3

Indikator	IR	ER	SK
Keterbatasan paparan/sumber informasi	3	5	5
Kurang kemampuan mengingat kembali/mudah lupa	3	5	5
Kurang perhatian dalam belajar	3	5	5
Salah dalam memahami informasi yang ada	3	5	5

NIC (*Nursing Intervention Classification*) :

Management Definition

1. Ketidak akuratan mengikuti instruksi
2. Selalu bertanya tentang penyakitnya
3. Apatis
4. Ketidaktahuan tentang informasi kesehatan
5. Mudah lupa/ada masalah