

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Menometroragia

1. Pengertian

Menurut (Manuaba, 2010), menometroragia merupakan perdarahan uterus abnormal yang tidak teratur dan durasi memanjang serta jumlah perdarahannya banyak. Menometroragia merupakan gangguan menstruasi yaitu perdarahan di luar siklus haid yang berkepanjangan dan secara tidak teratur dan sering. Pada kondisi ini biasanya akan mengeluarkan darah lebih dari 80 ml atau sekitar 5 sdm. Perdarahan ini bahkan dapat terjadi secara tidak terduga di luar siklus haid. (Anwar, Baziad, & Prabowo, 2014)

Menometroragia adalah perdarahan yang banyak, di luar siklus haid dan biasanya terjadi dalam masa antara 2 haid, perdarahan itu tampak terpisah dan dapat dibedakan dari haid atau 2 jenis perdarahan ini menjadi 1 yang pertama dinamakan metroragia yang kedua menometroragia (Prawirohardjo, 2014).

Menurut (Anwar, Baziad, & Prabowo, 2014) menometroragia merupakan perpaduan 2 gangguan menstruasi yaitu menoragia dan metroragia, menoragia adalah perdarahan haid dengan jumlah darah lebih banyak (<80 ml) dan durasi lebih lama dari normal (<7 hari) dengan siklus yang normal teratur. Sedangkan metroragia adalah perdarahan iregular atau tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan haid.

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa menometroragia adalah suatu keadaan dimana terjadi perdarahan diluar haid yang berlangsung lama serta dengan jumlah darah yang lebih banyak.

2. Etiologi

Penyebab menometroragia adalah berasal dari luar uterus (gangguan pembekuan darah, terjadi akibat infeksi pada uterus) atau berasal dari uterus sendiri yaitu gangguan hormonal, artinya akibat ketidakseimbangan hormonal dalam siklus menstruasi yang mengaturnya (Manuaba, 2010)

Menurut (Prawirohardjo, 2014), menometroragia dapat disebabkan oleh kelainan organik pada alat genital atau oleh kelainan disfungsi.

a. Sebab-sebab organik

Perdarahan dari uterus, tuba dan ovarium disebabkan oleh kelainan pada :

- 1) Servik uteri : *Karsinoma partiom*, perlukaan serviks, *polip servik*, erosi pada portio, *ulkus portio uteri*.
- 2) Vagina : Varices pecah, *metostase kario*, karsinoma keganasan vagina, *karsinoma vagina*.
- 3) Rahim : *polip endometrium*, *karsinoma korpus uteri*, *submukosa mioma uteri*.
- 4) Ovarium : radang ovarium, tumor ovarium, kista ovarium
- 5) Tuba fallopii: seperti kehamilan ektopik terganggu, radang tuba, tumor tuba.

b. Sebab – sebab disfungsi

Perdarahan uterus yang tidak ada hubungannya dengan sebab organik dinamakan perdarahan disfungsi terbagi menjadi 3 bentuk :

- 1) Perdarahan disfungsi dengan ovulasi (*ovulatoir disfunction bleeding*).

Jika sudah dipastikan bahwa perdarahan berasal dari endometrium tanpa ada sebab - sebab organik, maka harus diperhatikan sebagai etiologi. *Korpus lutheum persistens* dalam hal ini dijumpai perdarahan kadang-kadang bersamaan dengan ovarium yang membesar *korpus lutheum* ini menyebabkan pelepasan endometrium tidak teratur (*irreguler shedding*) sehingga

menimbulkan perdarahan. *Insufisiensi korpus luteum* menyebabkan *premenstrual spotting*, *menorhagia* dan *polimenorrea*, dasarnya adalah kurangnya produksi progesterone disebabkan oleh gangguan LH *releasingfactor*. *Apopleksia uteri* pada wanita dengan hipertensi dapat terjadi pecahnya pembuluh darah dalam uterus. Kelainan darah seperti *anemia*, gangguan pembekuan darah *purpura trombositopenik*.

2) Perdarahan disfungsi tanpa ovulasi (*anovulatory disfunctiond bleeding*).

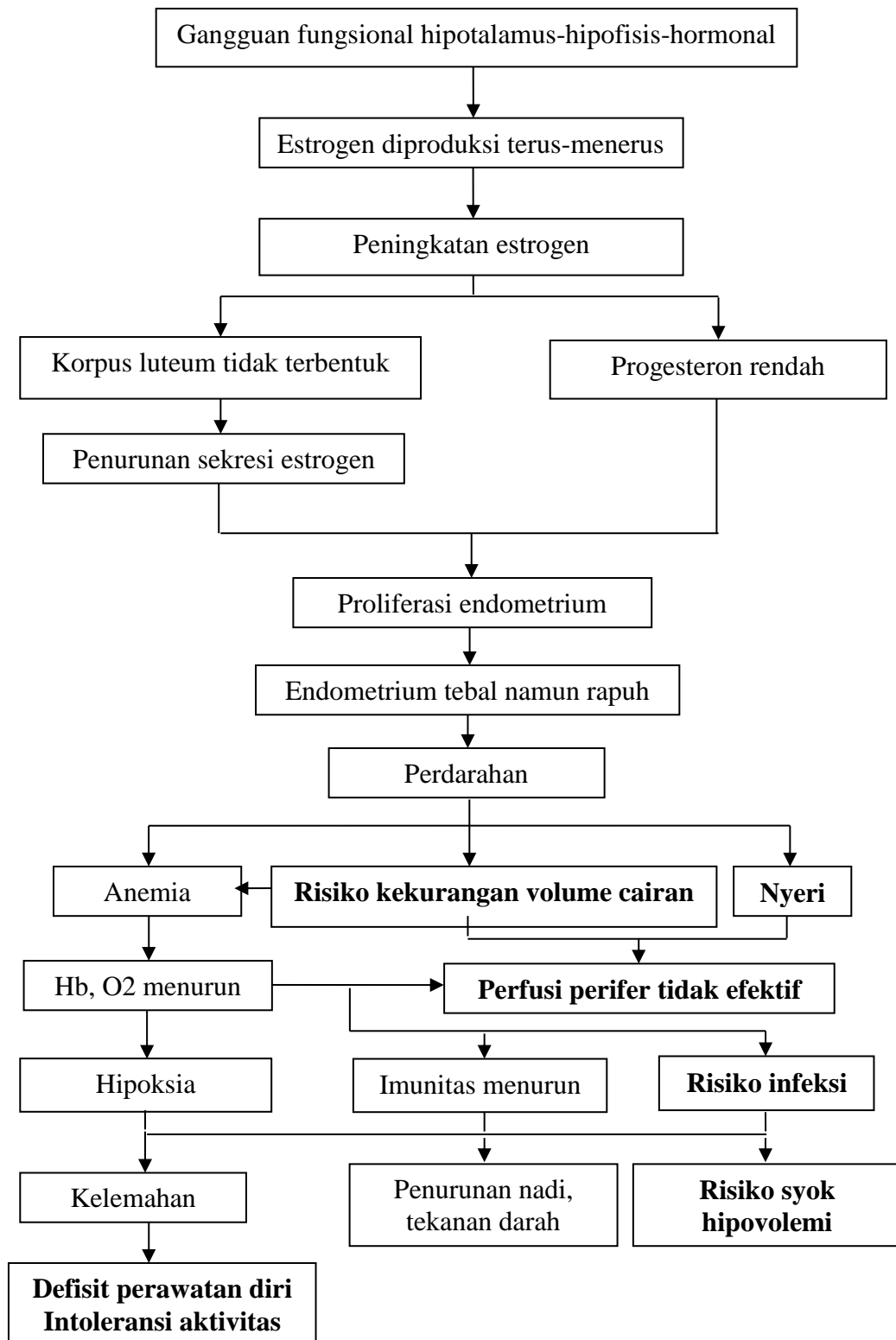
Stimulasi dengan estrogen menyebabkan tumbuhnya endometrium dengan menurunnya kadar estrogen dibawah tingkat tertentu. Timbul perdarahan yang kadang-kadang bersifat siklis, kadang-kadang tidak teratur sama sekali.

3) Stres psikologis dan komplikasi dari pemakaian alat kontrasepsi

3. Patofisiologi

Estrogen mengalami peningkatan pada siklus anovulatoar. Endometrium mengalami proliferasi berlebih tetapi tidak diikuti dengan pembentukan jaringan penyangga yang baik karena kadar progesteron yang rendah. Endometrium menjadi tebal tapi rapuh. Jaringan endometrium lepas tidak bersamaan dan tidak ada kolaps jaringan sehingga terjadi perdarahan yang tidak teratur. Perdarahan ini menyebabkan nyeri dan risiko kekurangan volume cairan sehingga terjadi perfusi perifer tidak efektif. Volume cairan menurun menyebabkan anemia dimana Hb dan oksigen menurun yang dapat timbul hipoksia dimana dapat mengalami kelemahan umum yang dapat menimbulkan defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktifitas. Hb dan oksigen yang menurun mengakibatkan imunitas ikut menurun sehingga meningkatkan risiko infeksi. Hipoksia juga mengakibatkan penurunan nadi dan tekanan darah serta risiko syok yang diakibatkan hipovolemia.

Gambar 2.1
Pathway Menometroragia



(Anwar, Baziad dan Prabowo, 2014)

4. Faktor Resiko

Perdarahan disfungsi dapat terjadi setiap waktu dalam kehidupan menstrual seorang wanita, paling sering pada masa pubertas dan pada masa pra menopause. Pada masa pubertas sesudah menarche, perdarahan tidak normal disebabkan oleh gangguan atau terlambatnya proses maturasi pada hipotalamus. Pada wanita masa pra menopause proses terhentinya fungsi ovarium tidak selalu berjalan dengan lancar. Selain itu stres yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari, baik didalam maupun diluar pekerjaan, kejadian-kejadian yang mengganggu keseimbangan emosional seperti kecelakaan, kematian dalam keluarga, pemberian obat penenang terlalu lama, dan lain-lain dapat menyebabkan perdarahan *anovulatoar* (Prawirohardjo, 2014).

5. Tanda Klinis/Laboratoris

Menometroragia menggambarkan pola perdarahan uterus abnormal yang dapat terjadi setiap saat dan tidak terduga. Pada usia reproduksi pemeriksaan suhu basal badan, sitologi vagina, atau analisis hormonal (FSH, LH, estradiol, prolaktin, dan progesteron) dapat dilakukan. Pada usis perimenopause yaitu usia antara masa pra menopause dan pasca menopause sekitar usia 40-50 tahun dilakukam analisis hormonal, yaitu pemeriksaan hormon FSH, LH, dan esradiol. Kadar FSH > 35mIU/ml menunjukkan pasien telah memasuki usia perimenopause. Kadar estradiol yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya penebalan endometrium. (Anwar, Baziad, & Prabowo, 2014)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Abraham Maslow mengemukakan teori Hierarki kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologi, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri (Hidayat & Uliyah, 2014)

Gambar 2.2
Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow



1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*).

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, adapun delapan kebutuhan tersebut yaitu: kebutuhan oksigen, cairan, makanan/nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, aktivitas, kesehatan temperatur dan seksual.

2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi:

- a. Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi.
- b. Bebas dari rasa takut dan kecemasan.
- c. Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*).

Kebutuhan ini meliputi: memberi dan menerima kasih sayang, perasaan

dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, mendapatkan kehangatan keluarga, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*). Kebutuhan ini meliputi: perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, serta penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*). Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya. (Harahap, Siregar, & Suryani, 2022)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. (Hidayat & Uliyah, 2014)

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pada klien dengan menometroragia gangguan kebutuhan dasar yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis pada kebutuhan cairan dan gangguan sirkulasi serta risiko kehilangan cairan akibat dari perdarahan. Risiko kehilangan cairan atau risiko hipovolemia merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial dan intraseluler. Kehilangan cairan secara berlebihan dapat menimbulkan penurunan volume ekstrasel (hipovolemia) dan perubahan hematokrit serta hemoglobin.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui 5 langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, dan merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linier. Kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah.

Proses keperawatan merupakan lima tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan secara berurutan dan berkesinambungan: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien. Pengkajian terdiri dari (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik). Dan berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Suarni & Apriyani, 2017).

Menurut (Purwaningsih & Fatmawati, 2010) pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan menstruasi, menometroragia yaitu:

- a. Identitas klien, tanggal masuk RS, ruang, serta meliputi inisial klien, alamat, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, status pernikahan, riwayat kehamilan, diagnosa medis.
- b. Keluhan utama, pada klien dengan menometroragia umumnya mengeluhkan keluar darah yang banyak dari jalan lahir seperti menstruasi, dan lamanya tidak seperti biasa yaitu lebih dari 8 hari. (Anwar, Baziad, & Prabowo, 2014)
- c. Status kesehatan atau riwayat penyakit saat ini, yang perlu dikaji yaitu keadaan umum klien. Klien dengan menometroragia tampak lemas dan merasa pusing serta nyeri pada perut bagian bawah (Manuaba, 2010).
- d. Riwayat penyakit dahulu, apakah klien memiliki riwayat penyakit kronis, penyakit menular, maupun riwayat operasi sebelumnya.
- e. Riwayat kesehatan keluarga, peranan keluarga atau keturunan merupakan faktor penyebab penting yang perlu dikaji yaitu adakah keluarga klien yang memiliki riwayat penyakit kronis, menular, dan menahun seperti hipertensi, diabetes, penyakit jantung, hepatitis dll.

- f. Riwayat ginekologi, yang perlu dikaji pada riwayat ginekologi yaitu menarche, karakteristik menstruasi, perdarahan di luar siklus, kontrasepsi yang digunakan, serta adakah penyakit menular seksual pada klien.
- g. Pemeriksaan fisik, meliputi keadaan umum, kesadaran klien, tanda-tanda vital serta pemeriksaan head to toe untuk menemukan tanda klinis dari suatu penyakit.
- h. Sirkulasi, pada klien dengan menometroragia mengalami gangguan sirkulasi karena perdarahan yang terjadi pada jalan lahir. Nadi teraba lemah, pengisian kapiler > 3 detik, klien tampak pucat, dan akral teraba dingin
- i. Nutrisi dan cairan, klien dengan menometroragia akan mengalami penurunan kadar hemoglobin maupun hematokrit, dan turgor kulit menurun.
- j. Aktivitas dan istirahat, pola aktivitas terganggu dikarenakan adanya perdarahan, serta merasa lemah dan pusing disebabkan kadar hemoglobin yang menurun.
- k. Nyeri dan kenyamanan, pada pengkajian ini biasanya akan ditemukan keluhan nyeri perut bagian bawah serta ketidaknyamanan yang dirasakan karena adanya perdarahan.
- l. Kebersihan diri, klien dengan menometroragia mengalami gangguan dalam memenuhi kebersihan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, diagnosa yang mungkin ditemukan pada pasien dengan gangguan sirkulasi berdasarkan gejala dan tanda yang ada pada kasus menometroragia adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Kemungkinan Diagnosa Keperawatan pada Kasus Menometroragia
Sesuai Tanda dan Gejala pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
(2016)

NO	Data	Diagnosa Keperawatan
1.	Akral teraba dingin, warna kulit pucat, pengisian kapiler > 3 detik.	Perfusi perifer tidak efektif
2.	Perdarahan	Risiko hipovolemia
3.	Perdarahan, hipotensi (sistolik <90 mmHg)	Risiko syok
4.	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
5.	Mengeluh nyeri pada perut bagian bawah	Nyeri akut
6.	Gelisah, tampak bingung	Ansietas
7.	Tidak mampu merawat diri	Defisit perawatan diri

3. Rencana Keperawatan

Setelah dilakukan penentuan diagnosa keperawatan, melalui data yang diperoleh hal selanjutnya yang harus dilakukan adalah membuat intervensi atau rencana keperawatan yang akan dilakukan. Rencana asuhan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. (Budiono & Pertami, 2015)

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan pada Kasus Menometroragia

Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi perifer (L.02011) Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi meningkat - Akral tidak dingin - Pengisian kapiler membaik - Warna kulit pucat menurun 	Manajemen Cairan (I.03098) <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral.pengisian kapiler) - Monitor hasil pemeriksaan labortorium - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan - Berikan cairan intravena, jika perlu
Risiko syok	Status Cairan (L.03028) Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan nadi meningkat - Turgo kulit membaik - Kadar Hb membaik 	Manajemen Perdarahan (I.02040) <ul style="list-style-type: none"> - Monitor terjadinya perdarahan (sifat dan jumlah) - Monitor intake dan output cairan - Istirahatkan area yang mengalami perdarahan - Anjurkan membatasi aktivitas - Kolaborasi pemberian transfusi darah
Risiko hipovolemia	Keseimbangan cairan (L.05020) Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan membaik - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik 	Manajemen hipovolemi (I.03116) <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala hipovolemia - Monitor intake dan output cairan - Berikan asupan cairan oral - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL)

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Nyeri akut	Tingkat nyeri (L. 08066) Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik 	Manajemen nyeri (I.08238) <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Intoleransi aktifitas	Toleransi aktifitas (L.05047) <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan lemah menurun - Tekanan darah membaik - Frekuensi nadi membaik 	Manajemen energi (I.05178) <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
Ansietas	Tingkat ansietas (L.09093) Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku gelisah menurun - Keluhan pusing menurun - Pola tidur membaik 	Terapi relaksasi (I.09326) <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
		<ul style="list-style-type: none"> - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
Defisit perawatan diri	<p>Perawatan diri (L. 11103) Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat 	<p>Dukungan perawatan diri (L.11348)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Sediakan lingkungan yang terapeutik - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Tahap implementasi ini terdiri dari beberapa kegiatan, yaitu validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan, serta melanjutkan pengumpulan data. Saat melakukan implementasi keperawatan, tindakan harus cukup mendetail dan jelas supaya semua tenaga keperawatan dapat menjalankan dengan waktu yang telah ditentukan. (Ratnawati, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).