

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Mola Hidatidosa merupakan penyakit yang berasal dari kelainan pertumbuhan Trofoblas *placenta* atau calon plasenta dan disertai dengan degenerasi kristik villi dan perubahan hidopik. Mola hidatidosa yang dikenal awam sebagai hamil anggur merupakan kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terjadi sebagai akibat kegagalan pembentukan bakal janin, sehingga terbentuk jaringan permukaan membran (villi) yang mirip gerombolan buah anggur (Munawarah dan Widiyono 2019).

Mola Hidatidosa adalah suatu kehamilan yang tidak wajar, yang sebagian atau seluruh vili korialisnya mengalami degenerasi hidroponik berupa gelembung yang menyerupai anggur (Tarigan 2020). Mola Hidatidosa merupakan salah satu Penyakit Trofoblas Gestasional (PTG) yang ditampilkan sebagai mola hidatidosa. Penyakit ini didiagnosis secara klinis berupa tumor akibat proliferasi abnormal jaringan trofoblas. (Andriana dan Islamy 2020).

Klasifikasi PTG meliputi Mola Hidatidosa dan Neoplasia Trofoblastik Gestasional dengan 4 bentuk klinikopatologi utama, di antaranya mola Hidatidosa (komplis dan parsial), Mola Invasif, Koriokarsinoma, dan Tumor Trofoblas Plasenta (Papatungan, Wagey, dan Lengkong 2016).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya Mola Hidatidosa sampai saat ini belum diketahui secara pasti. Namun faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya keadaan ini adalah: (Zulhij, Parewasi, dan Sabir 2020)

- a. Faktor Ovum, yang memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan
- b. Immunoselektif dari trofoblas
- c. Kehamilan usia lanjut (>35 tahun) atau terlalu muda (<20 tahun)
- d. Paritas tinggi
- e. Jarak kehamilan yang terlalu dekat
- f. Faktor infeksi
- g. Sosial ekonomi rendah yang mempengaruhi hygiene, nutrisi dan pendidikan
- h. Malnutrisi terutama apabila kekurangan protein.

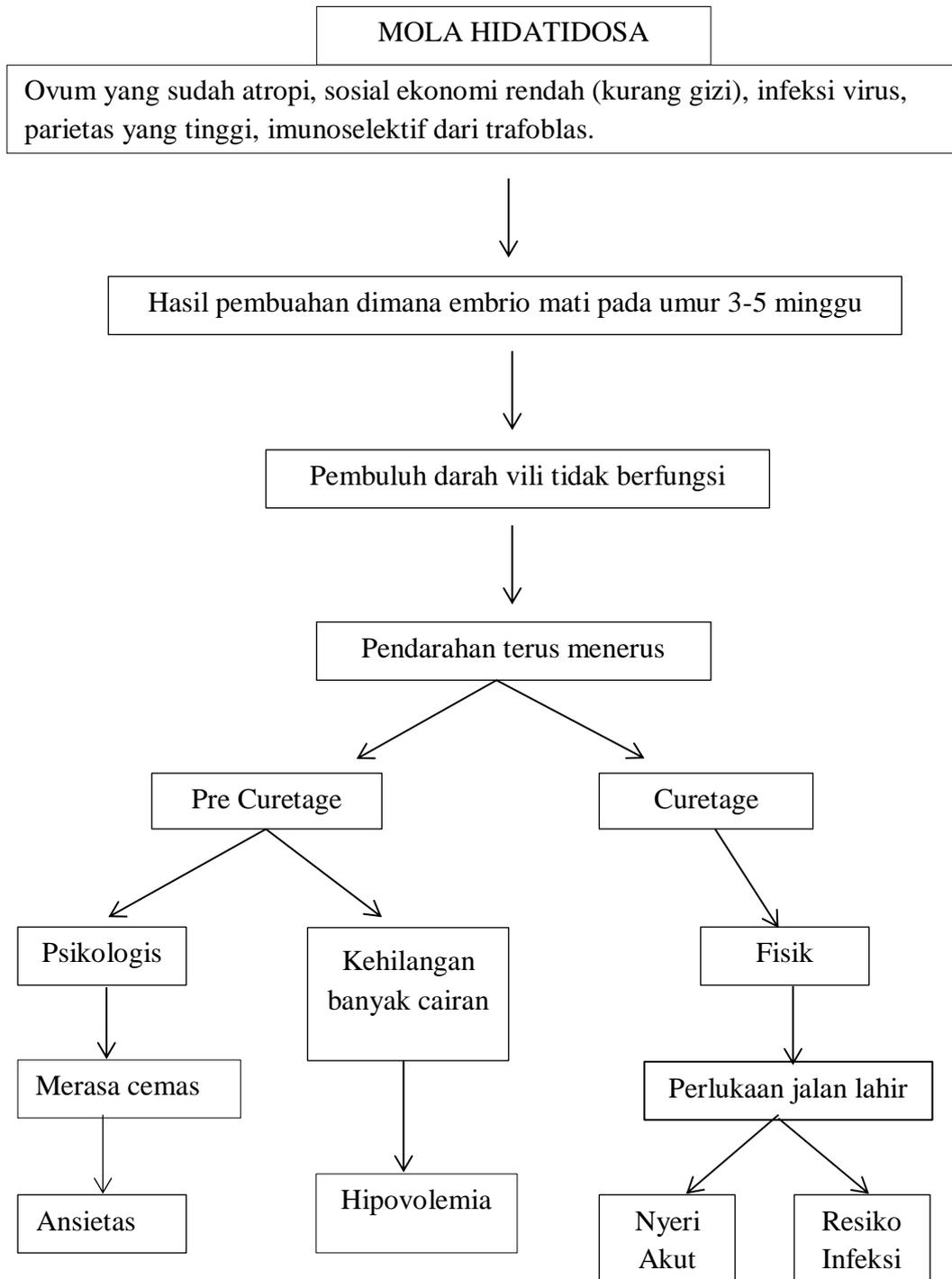
3. Patofisiologi

Mola Hidatidosa disebabkan oleh ovum yang sudah atropi, faktor sosial ekonomi yang rendah (kurang gizi), infeksi virus, parietas yang tinggi, immunoselektif dari trofoblas. Ada beberapa teori yang diajukan untuk menerangkan patogenesis dari penyakit trofoblast mati pada kehamilan 3– 5 minggu karena itu terjadi gangguan peredaran darah sehingga terjadi penimbunan cairan masenkim dari villi yang akhirnya terbentuklah gelembung-gelembung dan pendarahan secara terus menerus.

Fase awal sebelum melakukan tindakan curetage yaitu pre curetage klien akan merasa cemas, kehilangan banyak cairan dan didapatkan masalah : Ansietas dan Hipovolemia (kehilangan cairan aktif). Saat tindakan curetage klien akan mengalami perlukaan jalan lahir yang menimbulkan masalah : Nyeri Akut dan Resiko Infeksi (Sihombing, 2018)

Gambar 2.1

Pathway Mola Hidatidosa



sumber : (Sihombing, 2018)

4. Tanda dan Gejala

Terdapat gejala-gejala hamil muda yang kadang-kadang lebih nyata dari kehamilan biasa, mual, muntah, pusing, terdapat tanda toksemia gravidarum, adanya perdarahan dalam jumlah sedikit-banyak pada trimester I atau awal trimester II dengan tanda khas berwarna kecoklatan, keluar jaringan mola seperti buah anggur atau mata ikan (Zulhij, Parewasi, dan Sabir 2020).

Keluhan perdarahan ini yang menyebabkan klien datang mencari pertolongan ke rumah sakit. Sifat perdarahan dapat terjadi intermiten, seikit – sedikit maupun sekaligus banyak sehingga dapat menyebabkan terjadinya anemia, syok ataupun kematian (Dewi, 2018).

5. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang, dapat dilakukan pemeriksaan USG, dimana akan terlihat gambaran yang khas berupa badai salju (*snow storm pattern*) atau gambaran seperti sarang lebah (*honey comb*). Selain USG, bisa juga dilakukan pemeriksaan β -hCG untuk diagnosis maupun untuk pemantauan pada penderita penyakit trofoblas. β -hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormone glikoprotein yang dihasilkan oleh plasenta yang memiliki aktivitas biologis mirip LH. Pada kasus mola hidatidosa biasanya didapatkan β -hCG jauh lebih tinggi dari pada kehamilan biasa. Sedangkan pada pemeriksaan histologis akan tampak adanya beberapa villi yang edema dengan sel trofoblas yang tidak begitu berproliferasi, dan ditempat lain masih tampak villi yang normal. Secara sitogenetik mola hidatidosa dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu mola hidatidosa parsial dan mola hidatidosa parsial atau komplit. Secara sitogenetik mola hidatidosa dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu mola hidatidosa parsial dan mola hidatidosa parsial atau komplit (Zulhij, Parewasi, dan Sabir 2020).

6. Penatalaksanaan

Penanganan yang biasa dilakukan pada mola hidatidosa adalah :

- a. Diagnosis dini akan menguntungkan prognosis
- b. Pemeriksaan USG sangat membantu diagnosis. Pada fasilitas kesehatan di mana sumber daya sangat terbatas, dapat dilakukan evaluasi klinik dengan fokus pada :
 - 1) Riwayat haid terakhir dan kehamilan
 - 2) Perdarahan tidak teratur atau spotting
 - 3) Pembesaran abnormal uterus
 - 4) Pelunakan serviks dan korpus uteri
 - 5) Kajian uji kehamilan dengan pengenceran urin
 - 6) Pastikan tidak ada janin atau DJJ sebelum upaya diagnosis dengan perasat.
 - 7) Lakukan pengosongan jaringan mola dengan segera
 - 8) Antisipasi komplikasi (krisis tiroid, perdarahan hebat atau perforasi uterus)

7. Komplikasi

Septiani (2014) Menyatakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita Mola hidatidosa adalah :

- a. Anemia
- b. Syok
- c. Infeksi
- d. Eklampsia
- e. Tirotoksikosis

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki meliputi lima kategori kebutuhan dasar yaitu : kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, kebutuhan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain serta kebutuhan aktualisasi diri.



Gambar 2.2

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow

1. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia. Kebutuhan ini lebih bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti aktivitas, oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi, keseimbangan suhu, istirahat dan tidur. Pada kasus Mola Hidatidosa biasanya pasien akan mengalami perdarahan jalan lahir, mual, muntah, nyeri di bagian bawah perut, dan aktivitas dibantu keluarga sebagian (Setiadi, 2012).

2. Kebutuhan Rasa Aman

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (misal perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologi (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya (Potter, 2013).

3. Kebutuhan Cinta dan Kasih Sayang

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kasih sayang, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain (DeLaune&Ladner, 2011).

4. Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah apresiasi atas nilai pribadi seseorang. Orang merasa bahwa kontribusinya dihargai oleh keluarga, teman atau atasan, lebih cenderung memiliki kepercayaan diri.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis. Maslow menyatakan bahwa banyak orang yang sangat sibuk memenuhi kebutuhan fisiologis dan keselamatan dan keamanan. Orang cenderung memberikan sedikit waktu atau energi untuk memenuhi kebutuhan cinta dan kasih sayang, harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Sehingga banyak orang merasa kurang puas di tingkat hierarki yang lebih tinggi (White, 2011).

C. Proses Keperawatan

Pada dasarnya proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Kegiatan dalam metode keperawatan dirancang langkah demi langkah dengan urutan yang khusus dengan menggunakan pendekatan ilmiah, serta berfokus pada respon manusia agar memperoleh pengertian yang relevan dengan status kesehatan klien.

Proses keperawatan merupakan lima tahap yang konsisten sesuai dengan perkembangan profesi keperawatan (Setiadi, 2012). :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah salah satu komponen penting dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Kriteria pengkajian keperawatan meliputi : pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik.

Kedua, sumber data adalah pasien, keluarga atau orang yang terkait tim kesehatan, rekam medik dan catatan lain masa lalu, status kesehatan pasien saat ini, status biopsiko, sosial, spiritual, respon terhadap terapi (Aprililian, 2019). Keluhan utama yang ditemukan pada klien dengan Mola Hidatidosa yaitu seperti amenore, rasa mual dan muntah yang berlebihan, terjadi perdarahan berwarna kecoklatan, tanpa nyeri atau dengan nyeri yang hilang timbul ataupun terus menerus (Apriyani, 2019).

Menurut (Ratnawati, 2018) nyeri yang dihasilkan dari Mola Hidatidosa menyebabkan aktivitas sehari-hari penderita akan terganggu sekitar 10-15% dari aktivitas normal.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI 2017) diagnose 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 respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Menurut (Sihombing, 2018) diagnosa yang berkaitan dengan kasus Mola Hidatidosa yaitu :

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan mengeluh haus, merasa lemah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat dan volume urin meningkat.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis (perdarahan) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, pola nafas berubah, dan nafsu makan berubah.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, aktivitas dibantu orang lain sebagian.

3. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Apriyani, 2017) perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, serta menggunakan pengetahuan dan alasan dalam mengembangkan hasil yang diharapkan guna mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan. Rencana keperawatan yang dapat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul dapat dilihat pada Tabel 2.2 :

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Cairan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Hipovolemia	<p>Status Cairan Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status cairan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi membaik 2. Output urine meningkat 3. Membran mukosa lembab 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Hemoglobin membaik 7. Intake cairan membaik 8. Suhu tubuh membaik 9. Berat badan membaik 10. Perasaan lemah menurun 11. Konsentrasi urine meningkat 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (kekuatan nadi, tekanan darah meningkat, turgor kulit tidak elastis, tekanan nadi meningkat. Membran mukosa kering) 2. Monitor intake output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung Kebutuhan cairan 2. Berikan posisi <i>modified Trendelenbrug</i> 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian produk darah 3. Kolaborasi pemberian IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)

Diagnosa (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun 5. Keluhan sulit tidur menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Kesulitan tidur menurun 8. Frekuensi nadi membaik 9. Nafsu makan membaik 10. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 4. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Diagnosa (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3
Intoleransi Aktivitas	<p>Toleransi Aktivitas Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kecepatan berjalan meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5. Keluhan lelah menurun 6. Perasaan lemah menurun 7. Frekuensi nadi meningkat 	<p>Manajamen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif 2. Sediakan lingkungan nyaman rendah stimulus 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan aktivitas secara bertahap 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

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. Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Apriyani, 2017).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan akhir dari proses keperawatan, di mana perawat menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan diri ibu dan menilai sejauh mana masalah ibu dapat diatasi. Di samping itu, perawat juga memberikan umpan balik atau pengkajian ulang, seandainya tujuan yang ditetapkan belum tercapai, maka dalam hal ini proses keperawatan dapat dimodifikasi (Aprililian, 2019).

Untuk memudahkan dalam pengevaluasian pasien, digunakan komponen SOAP sebagai berikut :

- a. S (Data Subjektif) Perawat mengetahui dan menuliskan keluhan pasien yang dirasakan setelah diberi tindakan keperawatan
- b. O (Data Objektif) Berdasarkan hasil pengukuran ataupun observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan
- c. A (Analisa) Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam subjektif dan objektif.
- d. P (Planning) Perencanaan keperawatan yang bisa saja dilanjutkan, berhentikan, ubah, tambahkan dari rencana yang sudah yang telah dipersiapkan sebelumnya.