

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Abortus Inkompletus

2.1.1 Pengertian

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Prawirohardjo, 2008).

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

2.1.2 Etiologi

Pada kehamilan muda abortus tidak jarang didahului oleh kematian. Sebaliknya, pada kehamilan lebih lanjut biasanya janin dikeluarkan dalam keadaan masih hidup. Hal-hal yang menyebabkan abortus dapat dibagi sebagai berikut :

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat. Kelainan berat biasanya menyebabkan kematian mudigah pada hamil muda. Faktor-faktor yang menyebabkan kelainan dalam pertumbuhan ialah sebagai berikut :

- a. Kelainan kromosom
- b. Lingkungan kurang sempurna

c. pengaruh dari luar

2. Kelainan pada plasenta

Endarteritis dapat terjadi dalam villi koriales dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun.

3. Penyakit ibu

Penyakit mendadak, seperti pneumonia, tifus abdominalis, malaria, dan lain-lain dapat menyebabkan abortus. Toksin, bakteri, virus atau plasmodium dapat melalui plasenta ke janin, sehingga menyebabkan kematian janin, dan kemudian terjadilah abortus.

4. Kelainan traktus genitalis

Retroversio uteri, mioma uteri, atau kelainan bawaan uterus dapat menyebabkan abortus. Tetapi, harus diingat bahwa hanya retroversio uteri gravidii inkarserata atau mioma submukosa yang memegang peranan penting. Sebab lain abortus dalam trimester ke 2 ialah servik inkompeten yang dapat disebabkan oleh kelemahan bawaan pada serviks, dilatasi serviks berlebihan, amputasi, atau robakan serviks luas yang tidak dijahit (Prawirohardjo, 2006).

2.1.3 Patofisiologi

Pada awal abortus terjadilah perdarahan 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. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah ialah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur.

Hasil konsepsi pada abortus dapat dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya kantong amnion kosong atau tampak didalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (blighted ovum), mungkin pula janin telah mati lama (mised abortion) (Prawirohardjo, 2006).

2.1.4 Klasifikasi

Menurut Mochtar Rustam abortus dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

1. Abortus Spontan

Adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanisme ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor ilmiah. Abortus ini terbagi lagi menjadi :

- a. Abortus Kompletus (keguguran lengkap) adalah seluruh hasil konsepsi dikeluarkan, sehingga rongga rahim kosong.
- b. Abortus Inkompletus (keguguran bersisa) adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua dan plasenta.

- c. Abortus Insiptens (keguguran sedang berlangsung) adalah abortus yang sedang berlangsung, dengan ostium sudah terbuka dan ketuban yang teraba.
- d. Abortus Iminens (keguguran membakat) adalah keguguran membakat dan akan terjadi.
- e. Missed Abortion adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih.
- f. Abortus Habitualis adalah keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
- g. Abortus Septik adalah keguguran disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya kedalam peredaran darah atau peritoneum.

2. Abortus Provokatus

Adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus ini terbagi lagi menjadi :

a. Abortus Medisinalis

Adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

b. Abortus Kriminalis

Adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut (Mitayani, 2011) tanda dan gejala abortus inkompletus yaitu:

1. Terlambat haid.
2. Perdarahan pervaginam, tidak akan berhenti sampai hasil konsepsi dikeluarkan.
3. Rasa mulas atau kram perut.
4. Keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

2.1.6 Penatalaksanaan

Apabila abortus inkompletus disertai syok karena perdarahan, segera diberikan cairan infus NaCl atau cairan Ringer yang disusul dengan transfusi. Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dilakukan tindakan kuretase. Tindakan kuretase harus dilakukan secara hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan ialah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pasca tindakan disuntikkan ergometrim (IM) untuk mempertahankan kontraksi uterus (Prawirohardjo, 2006).

2.1.7 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari abortus inkompletus menurut Prawirohardjo(2006) yaitu :

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. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau perlu histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

3. Infeksi

4. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus.

2. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup. (Arif Mansjoer, 2001).

2.1.9 Pengertian Kuretase

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 misalnya perforasi (Rustam Mochtar, 1998).

2.1.10 Persiapan Sebelum Kuretase menurut Rustam Mochtar (1998)

1. Konseling Pra Tindakan
 - a. Memberi informed consent (tindakan persetujuan medik)
 - b. Menjelaskan pada klien tentang penyakit yang diderita.
 - c. Menerangkan kepada pasien tentang tindakan kuretase yang akan dilakukan.
 - d. Memeriksa keadaan umum pasien, bila mungkin pasien dipuasakan.
2. Pemeriksaan sebelum kuretase
 - a. USG (ultrasonografi)
 - b. Mengukur tensi dan Hb darah
 - c. Memeriksa sistim pernafasan
 - d. Mengatasi perdarahan
 - e. Memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit.

3. Persiapan pasien
 - a. Lakukanlah pemeriksaan umum : tekanan darah, nadi, keadaan jantung, Hb darah paru-paru dan sebagainya.
 - b. Cairan dan selang infus sudah terpasang.
 - c. Mengosongkan kandung kemih.
 - d. Perut bawah dan lipat paha dibersihkan dengan air dan sabun.
 - e. Pasien ditidurkan dalam posisi litotomi.
4. Persiapan alat-alat kuretase
 - a. 1 cunan tampon.
 - b. 1 tenakulum
 - c. 2 klem ovum (forester/fenster clamp) lurus dan lengkung
 - d. 1 set sendok kuret
 - e. 1 penala kavum uteri (sonde uterus)
 - f. 2 spekulum sim's atau L
 - g. 1 kateter keret
 - h. O2 dan regulator
5. Prosedur tindakan
 - a. Pasien dalam posisi litotomi
 - b. Pasang O2
 - c. Suntikkan valium 10 mg dan atropin sulfat 0,25 mg intravena.
 - d. Tindakan dan antisepsis genitalia eksterna, vagina, dan serviks.
 - e. Kosongkan kandung kemih
 - f. Pasang spekulum vagina, selanjutnya serviks dipresentasikan dengan tenakulum menjepit dinding depan porsi pada jam 12. angkat

spekulum depan dan spekulum belakang dipegang oleh seorang asisten.

- g. Masukkan sonde uterus dengan hati-hati untuk menentukan besar dan arah uterus.
- h. Keluarkan jaringan dengan cunam abortus, dilanjutkan dengan kuret tumpul secara sistematis menurut putaran jarum jam. Usahakan seluruh kavum uteri dikerok.
- i. Setelah diyakini tidak ada perdarahan, tindakan dihentikan. Awasi tanda vital 15-30 menit pasca tindakan.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan

tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengamati respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Abortus Inkompletus

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas klien

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

2) Riwayat penyakit sekarang

keluhan sampai saat klien pergi ke Rumah Sakit atau pada saat pengkajian seperti terlambat haid, keluar darah dari vagina, tidak akan berhenti sampai hasil konsepsi dikeluarkan, rasa mulas atau kram perut., keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

3) Riwayat penyakit dahulu

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

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 dismenorhoe, dan fluor 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 perdarahan yang berlebihan.

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

Frekwensi defekasi dan miksi tidak ada kesulitan, warna, jumlah, dan konsistensi.

e. Pola istirahat dan tidur

Terjadi adanya perubahan pola tidur akibat dari adanya perdarahan.

f. Pola sensori dan kognitif

Mengalami kecemasan dengan penyakitnya 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 tubuh, 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 vulva.

h. Anus

Ada tidaknya haemoroid.

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 takan.

8) Pemeriksaan penunjang

a. Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus.

b. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup (Arif Mansjoer, 2001).

2.3.2 Analisa Data

Merupakan data yang telah dikelompokkan kemudian dipisahkan sesuai dengan data subyektif dan obyektif sehingga dapat ditentukan masalah.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan abortus inkompletus adalah sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan (Nugroho, 2011).

2. Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan : abortus
(Nugroho, 2011).
3. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus (Mitayani, 2011).

2.3.4 Perencanaan

Ada 4 tahap dalam fase perencanaan yaitu menentukan prioritas masalah keperawatan, menetapkan tujuan dan kriteria hasil, merumuskan rencana tindakan keperawatan dan menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan
(Nugroho., 2011).

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi.

b. Kriteria Hasil :

- a) Tidak terjadi perdarahan
- b) Kadar Hb normal (12,0 – 14,0 gr%)
- c) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (mata cowong, konjungtiva anemis, turgor kulit turun, klien merasa haus, Hb turun)

c. Rencana Tindakan

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 tranfusi.

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 urine menunjukkan perfungsi ginjal.

5. Lakukan observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Mengetahui penurunan jumlah eritrosit dalam darah.

2. Kecemasan berhubungan dengan masalah kesehatan : abortus

(Nugroho, 2011).

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cemas berkurang atau hilang.

- b. Kriteria Hasil :

- a) Ekspresi wajah dan tingkah laku tidak menunjukkan kecemasan.

- b) TTV dalam batas normal

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5 °C– 37,5°C

RR : 16 – 20 x/menit

c. Rencana Tindakan

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

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

2. Pantau respon verbal dan nonverbal ibu dan pasangan.

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

3. Dengarkan masalah ibu dengan seksama.

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

4. 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.

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

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

6. Jelaskan prosedur dan arti gejala.

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

7. Kaji perasaan cemas klien.

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

8. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya.

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

3. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus (Mitayani, 2011).

a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang.

b. Kriteria Hasil :

- a) Klien tampak tenang
- b) Kontraksi rahim berkurang.
- c) Klien mengungkapkan nyeri berkurang
- d) Skala nyeri berkurang.

c.Rencana Tindakan

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. Kaji skala nyeri.

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

3. 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.

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

Rasional : Diharapkan dapat membantu klien mengurangi nyerinya.

5. Lakukan observasi tanda-tanda vital

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

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam tindakan kuretase.

Rasional : Untuk mengeluarkan hasil konsepsi.

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

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

2.3.5 Pelaksanaan

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 lain.

Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Mitayani,2011).

2.3.6 Evaluasi

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 :

a. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif

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

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. 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 subjektif dan objektif.

d. P : Planning

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