

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi tentang hasil dan pembahasan asuhan keperawatan pada pasien abortus inkomplit dengan masalah keperawatan risiko perdarahan di ruang bersalin Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya . Studi kasus dalam bab 4 ini membahas pasien Ny.S dan Ny. B dalam masa perawatan 2 hari menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan , diagnosa keperawatan , intervensi keperawatan ,implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Kasus ini diambil di ruang bersalin di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang berada di Jl. KH. Mas Mansyur no. 180 – 182, Pabean Cantian Surabaya. Ruang bersalin yang memiliki luas panjang 10m<sup>2</sup> dan lebar 4m<sup>2</sup> , terdapat 6 bed dengan masing – masing terbagi 3 bed di depan dan 3 bed di belakang , 1 ruangan untuk perawat dan bidan , 1 ruangan perawatan bayi dan 1 kamar mandi. Pada ruangan bersalin di lengkapi dengan AC.

##### 4.1.2 Pengkajian Keperawatan

Hasil studi kasus yang telah dikaji di rumah sakit didapatkan data sebagai berikut :

##### 1) Pengkajian pada Pasien Ny.S tanggal 11 Mei 2024 pukul 11.30 WIB

Nama pasien Ny.S berumur 30 tahun, beragama islam, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD Sederajat , alamat Sidokapasan gang 4

no.6 usia kehamilan 7 minggu, datang pada tanggal 11 Mei 2024 pukul 07.00 WIB. Dengan diagnosa G3P20002 abortus inkomplit .

## **2) Riwayat Penyakit**

### **a. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan mual muntah

### **b. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien Ny. S datang ke RS PKU Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 11 Mei 2024 pukul 07.00 WIB, Pasien mengeluh keluar darah pervagina ,pasien di diagnosa abortus inkomplit di kehamilan G3P20002 yang harus dilakukan tindakan kuretase. Tindakan kuretase dilakukan pukul 10.00 WIB, saat pengkajian pukul 11.30 WIB pasien mengeluh mual muntah serta pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah, setelah dikuretase pasien mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 250 cc .

### **c. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu

### **d. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan dari keluarga misalnya diabetes melitus, hipertensi, tbc, jantung

### **e. Riwayat Psikososial**

Pasien mengatakan merasa tenang dikarenakan tindakan kuretase berjalan dengan lancar dan pasien mengatakan sudah ikhlas atas kepergian anak ketiganya

### 3) Riwayat Obstetri

#### a. Riwayat menstruasi

Menarche umur : 12 tahun

Siklus : 28 hari ( Tidak teratur)

HPHT : 23/03/2024

Lamanya : 3 hari – 7 hari

#### b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Anak	Umur Kehamilan	Persalinan	JK	BB	TL
1	38 Minggu	Normal	L	3,8 kg	RS Madura
2	40 Minggu	Normal	L	3,9 kg	RS Madura

### 4) Pola Fungsi Kesehatan

#### a. Pola Persepsi dan Tatalaksana hidup sehat

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan mengerti hidup sehat ,makan makanan yang bergizi , menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

Setelah Kuretase Pasien mengatakan mengerti hidup sehat ,makan makanan yang bergizi , menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

#### b. Pola nutrisi-metabolik

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak nafsu makan hanya makan 1-2 sendok saja yang diberikan oleh rumah

sakit dengan porsi 1 piring dan juga pasien mengatakan minum air putih 2-3 gelas dan minum teh 1 gelas , BB/TB 63 kg/156 cm.

Setelah Kuretase setelah melahirkan klien diberikan motivasi untuk makan-makanan dengan tinggi protein dan mengkonsumsi obat pelancar ASI agar ASI klien keluar dengan lancar.

### c. Pola eliminasi

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan BAK 1-2 kali berwarna kuning bening. dan pasien belum BAB sebelum dikuret , pasien mengatakan ganti pembalut 3-4 kali

Setelah Kuretase Pasien mengatakan BAK 1-2 kali berwarna kuning bening. dan pasien belum BAB setelah dikuret , pasien mengatakan ganti pembalut 2-3 kali

### d. Pola aktivitas-latihan

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas hanya berbaring di bed dan pasien hanya berjalan jika ingin ke kamar mandi

Setelah Kuretase Pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas hanya berbaring di bed dan pasien hanya berjalan jika ingin ke kamar mandi

### e. Pola Istirahat tidur

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak tidur dikarenakan memikirkan tindakan kuretase

Setelah Kuretase Pasien mengatakan tidur 1-2 jam dikarenakan mual muntah efek bius dari tindakan kuretase

#### **f. Pola persepsi-kognitif**

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran dan perabaan, pasien mengatakan merasa tenang setelah tindakan kuretase berjalan lancar

#### **g. Pola konsep diri-persepsi diri**

##### **Gambaran diri & Harga diri**

Pasien mengatakan akan lebih ekstra hati – hati saat berhubungan dengan suaminya dikarenakan pasien ingin fokus merawat kedua anaknya dan suaminya sekaligus bekerja, pasien tidak malu dengan perubahan tubuhnya

##### **Ideal diri, Peran, Identitas diri**

Pasien berharap segera pulang dari rumah sakit dan pasien mengatakan perannya sebagai ibu dan istri tidak maksimal karena harus di rawat di rumah sakit, pasien berjenis kelamin perempuan, berumur 30 tahun, pekerjaan sehari – hari adalah wirausaha dan ibu rumah tangga.

#### **h. Pola hubungan peran**

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami terjalin baik

#### **i. Pola reproduksi seksual**

Pasien mengatakan setelah kehamilan anak ke tiga ini, pasien akan lebih berhati – hati saat berhubungan dengan suaminya

**j. Pola toleransi terhadap stress-koping**

Pasien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu suaminya

**k. Pola keyakinan-nilai**

Pasien mengatakan beragama islam, setelah dikuretase pasien tidak melakukan ibadah sholat

**5) Pemeriksaan Fisik**

**a. Status Kesehatan Umum**

Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : 4 5 6

Tekanan darah : 117/77 mmHg

Respirasi : 20 x/menit

Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,2 °C

Tinggi badan : 156 cm

Berat badan : 62 kg

**b. Kepala**

Bentuk simetris, rambut hitam bersih, kulit kepala bersih , tidak ada edema, tidak ada lesi

**c. Mata**

Simetris, kongjutiva pada mata tampak anemis, sclera mata putih, tidak terdapat gangguan penglihatan

**d. Hidung**

Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada nyeri

**e. Telinga**

Simetris, bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga, tidak ada gangguan pendengaran pada kedua telinga

**f. Mulut**

Simetris, bibir kering dan pucat, membrane mukosa tampak menurun, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries

**g. Leher**

Simetris, tidak ada kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

**i. Dada****a) Paru – Paru**

Bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernapasan, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat wheezing maupun ronchi

**b) Jantung**

Tampak denyutan apeks jantung, denyutan apeks jantung teraba, suara S1 S2 tunggal

**j. Payudara**

Membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, belum ada colostrum

**k. Abdomen**

Bentuk simetris, umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar dan limpa, tidak kembung

### I. Genitalia

Mengeluarkan darah pervagina dan hasil konsepsi 250 cc .

### m. Ekstremitas

Pada ekstremitas tidak ada nyeri sendi, tangan sebelah kiri terpasang infus, tidak terdapat edema, terpasang infus RL 20 tetes per menit

### n. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit menurun , CRT < 3 detik

## 6) Data Penunjang

### Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pre Kuretase

Nama Pasien : Ny. S Jam Permintaan : 07:30:40

Tanggal Permintaan : 11-05-2024 Jam Keluar Hasil : 08:00:04

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<b>Darah Lengkap</b>			
Hemoglobin	10.3 %	%	12.0 – 14.0
Leukosit	10.090	Sel/cmm	4000 – 11000
Trombosit	405.000	Sel/cmm	150000 – 450000
Hematocrit	32.7 %	%	35 – 47
Eritrosit	3.83 Juta/cmm	Juta/cmm	3.0-6.0
<b>Serologi</b>			
Anti HIV	Non Reaktif		Non Reaktif
<b>HEPATITIS</b>			
HBs Ag	Negatif		Negatif
<b>Gula Darah</b>			
Gula Darah Sewaktu	112 mg/dL	mg/dL	100-150

## 7) Terapi Kolaborasi dengan dokter

- Injeksi Ceftriaxon 1 x 500mg
- Obat Oral Methylergometrine maleate 3 x 125 mg
- Obat Oral Amoxicilin 3 x 500 mg
- Mefenamic Acid 3 x 500 mg

**1) Pengkajian pada Pasien Ny.B tanggal 13 Mei 2024 pukul 18.00 WIB**

Nama pasien Ny.B berumur 22 tahun, beragama islam, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMA, alamat Kemayoran baru Kelurahan Krembangan usia kehamilan 9 minggu, datang pada tanggal 13 Mei 2024 pukul 13.30 WIB. Dengan diagnosa GOP001 abortus inkomplit .

**2) Riwayat Penyakit****a. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan badan terasa lemas

**b. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien Ny. S datang ke RS PKU Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 13 Mei 2024 pukul 13.30 WIB mengeluh keluar darah pervagina perut terasa kram serta nyeri saat di periksa dengan pemeriksaan dalam dengan 1 jari , pasien di diagnosa abortus inkomplit .Pasien akan di lakukan tindakan kuretase. Post kuretase jam 17.00 pasien mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 150 cc.

**c. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu

**d. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan dari keluarga misalnya diabetes melitus, hipertensi, tbc, jantung.

**e) Riwayat Psikososial**

Pasien mengatakan merasa khawatir setelah dikuretase

### 3) Riwayat Obstetri

#### a. Riwayat menstruasi

Menarche umur : 13 tahun

Siklus : 28 hari (teratur)

HPHT : 11/03/2024

Lamanya : 7 hari

#### b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pasien mengatakan menikah pada bulan Agustus dan pasien melakukan program hamil selama kurang lebih 4 bulan dan pasien mengatakan terakhir menstruasi pada bulan maret saat di USG di dokter kandungan pasien hamil anak pertama.

### 4) Pola Fungsi Kesehatan

#### a. Pola Persepsi dan Tatalaksana hidup sehat

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan mengerti hidup sehat ,makan makanan yang bergizi , menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

Setelah Kuretase Pasien mengatakan mengerti hidup sehat ,makan makanan yang bergizi , menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

#### b. Pola nutrisi-metabolik

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak nafsu makan hanya makan 1-2 sendok saja yang diberikan oleh rumah sakit dengan porsi 1 piring dan juga pasien

mengatakan minum air putih 6-7 gelas dan BB/TB  
50 kg/154 cm

Setelah Kuretase Pasien mengatakan makan hanya makan setengah  
porsi yang diberikan oleh rumah sakit dengan porsi  
1 piring ,pasien mengatakan minum air putih 5-6  
gelas dan BB/TB 50 kg/156 cm.

### c. Pola eliminasi

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan BAK 1-2 kali berwarna kuning  
bening. dan pasien belum BAB sebelum dikuret ,  
pasien mengatakan ganti pembalut 2-3 kali

Setelah Kuretase Pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari  
berwarna kuning bening. dan pasien belum BAB  
setelah dikuret , pasien mengatakan ganti pembalut  
1-2 kali

### d. Pola aktivitas-latihan

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas  
hanya berbaring di bed dan pasien hanya berjalan  
jika ingin ke kamar mandi

Setelah Kuretase Pasien mengatakan tidak melakukan aktivitas  
hanya berbaring di bed dan pasien hanya berjalan  
jika ingin ke kamar mandi

#### **e. Pola Istirahat tidur**

Sebelum Kuretase Pasien mengatakan tidak tidur dikarenakan memikirkan tindakan kuretase

Setelah Kuretase Pasien mengatakan tidur 1-2 jam dikarenakan efek bius dari tindakan kuretase , dan pada malam hari pasien mengatakan tidur 3-4 jam

#### **f. Pola persepsi-kognitif**

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran dan perabaan , pasien mengatakan merasa tenang setelah tindakan kuretase berjalan lancar

#### **g. Pola konsep diri-persepsi diri**

##### **Gambaran diri & Harga diri**

Pasien merasakan sedih karena kehilangan anaknya yang di harapkan. Pasien mengatakan akan melakukan program hamil lagi dengan suaminya dan jika diberikan kehamilan anak ke 2 oleh Allah Swt pasien akan menjaga dan lebih hati – hati, Pasien tidak malu dengan perubahan tubuhnya

##### **Ideal diri , Peran , Identitas diri**

Pasien berharap segera pulang dari rumah sakit dan pasien mengatakan perannya sebagai istri tidak maksimal karena harus di rawat di rumah sakit , pasien berjenis kelamin perempuan, berumur 22 tahun, pekerjaan sehari – hari adalah ibu rumah tangga.

#### **h. Pola hubungan peran**

Pasien mengatakan hubungannya dengan suami terjalin baik

**i. Pola reproduksi seksual**

Pasien mengatakan setelah kejadian ini akan melakukan program hamil lagi bersama suaminya

**j. Pola toleransi terhadap stress-koping**

Pasien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu suaminya

**k. Pola keyakinan-nilai**

Pasien mengatakan beragama islam, setelah dikuretase pasien tetap melakukan ibadah sholat

**5) Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan umum : Lemah

Kesadaran : 4 5 6

Tekanan darah : 123/80 mmHg

Respirasi : 20 x/menit

Nadi : 81x/menit

Suhu : 37,4 °C

Tinggi badan : 154 cm

Berat badan : 47 kg

**b. Kepala**

Bentuk simetris, rambut hitam bersih, kulit kepala bersih , tidak ada edema, tidak ada lesi, rambut pasien tampak kurang rapi , ekspresi wajah tampak meringis

**b. Mata**

Simetris, sclera mata putih, tidak terdapat gangguan penglihatan

**c. Hidung**

Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada nyeri

**d. Telinga**

Simetris, bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga, tidak ada gangguan pendengaran pada kedua telinga

**e. Mulut**

Simetris, bibir kering dan pucat, membrane mukosa tampak menurun tidak ada stomatitis, gigi tidak caries

**f. Leher**

Simetris, tidak ada kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

**g. Dada****a) Paru – Paru**

Bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernapasan, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat wheezing maupun ronchi

**b. Jantung**

Tampak denyutan apeks jantung, denyutan apeks jantung teraba, suara S1 S2 tunggal

**h. Payudara**

Membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, belum ada colostrum

**i. Abdomen**

Bentuk simetris ,terdapat bulu halus di daerah abdomen umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar dan limpa, tidak kembung, dan ada nyeri abdomen

**j. Genetalia**

Mengeluarkan darah pervagina dan hasil konsepsi 150 cc

**k. Ekstremitas**

Pada ekstremitas tidak ada nyeri sendi, tangan sebelah kanan terpasang infus, tidak terdapat edema, terpasang infus RL 20 tetes per menit

**l. Integumen**

Warna kulit sawo matang, kelembaban kulit menurun ,turgor kulit menurun , CRT > 3 detik, akral hangat suhu 37,4°C

**6) Data Penunjang****Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pre Kuretase**

Nama Pasien : Ny. B Jam Permintaan : 13:40:40

Tanggal Permintaan :13-05-2024 Jam Keluar Hasil : 14:00:08



## 8) Analisa Data

### Pasien Ny. S

Tabel 8.1 Analisa data Pasien Ny.S

Data	Penyebab	Masalah
<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengeluh mual muntah</li> <li>2. Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah</li> </ol> <p><b>Data Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 250 cc</li> <li>2. Bibir pasien tampak kering dan pucat</li> <li>3. Konjungtiva mata tampak anemis</li> <li>4. Membrane mukosa pasien tampak menurun</li> <li>5. Turgorkulit menurun</li> <li>6. CRT &lt; 3 detik</li> <li>7. Hemoglobin 10.3 %</li> <li>8. Hematokrit 32.7 %</li> <li>9. Pasien tampak lemah</li> <li>10. Keadaan umum : 4 5 6</li> </ol> <p>TD : 117/77 mmHg  RR : 20 x/menit,  N : 88x/menit  S : 36,2 °C</p>	Kehilangan cairan aktif	Risiko Hipovolemia

### Pasien Ny.B

Tabel 8.2 Analisa Data Pasien Ny.B

Data	Penyebab	Masalah
<p><b>Data Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badan terasa lemas</li> </ol>	Kehilangan cairan aktif	Risiko Hipovolemia

<b>Data Objektif</b>		
1. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 150 cc 2. Bibir pasien tampak kering dan pucat 3. Membrane mukosa pasien tampak menurun 4. Turgor kulit menurun 5. CRT > 3 detik 6. Hematokrit 34.3 % 7. Pasien tampak lemah 8. Keadaan umum : 4 5 6 TD : 123/80 mmHg RR : 20 x/menit N : 81x/menit S : 37,4 °C		

### 9) Diagnosa Keperawatan

**Pasien Ny.S :** Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan perdarahan

**Pasien Ny. B:** Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan perdarahan

### 10) Intervensi Keperawatan

Hasil Intervensi Keperawatan pasien Ny. S Dan Ny.B sebagai berikut :

#### a. Tujuan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status cairan membaik dengan kriteria hasil

- a) Membran mukosa lembab meningkat
- b) Turgor kulit membaik
- c) Hemoglobin membaik

d) Hematokrit membaik

**b. Intervensi**

**Intervensi Utama : Pemantauan Cairan**

**1. Observasi**

- a. Monitor tanda – tanda vital
- b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- c. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia

**2. Terapeutik**

- d. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- e. Dokumentasikan hasil pemantauan

**3. Edukasi**

- f. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- g. Informasikan hasil pemantauan

**11) Implementasi Keperawatan**

**Pasien Ny. S**

**TABEL 11.1 Implementasi Keperawatan Pasien Ny.S**

<b>Tanggal</b>	<b>Jam</b>	<b>Implementasi</b>
11 Mei 2024	11.30	1. Memonitor tanda – tanda vital Respon : Keadaan umum : 4 5 6 TD : 117/77 mmHg RR : 20 x/menit N : 88x/menit S : 36,2 °C
	11.45	2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Respon : Hematokrit 32.7 %
	12.00	3. Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Respon : 1. Pasien mengeluh mual muntah 2. Bibir pasien tampak kering dan pucat 3. Konjungtiva mata tampak anemis

Tanggal	Jam	Implementasi
	12.30	4. Membrane mukosa pasien tampak menurun 5. Turgor kulit menurun 6. CRT < 3 detik 7. Pasien tampak lemah 8. Hemoglobin 10.3 % 9. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 250 cc 4. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Respon : Pemantauan di lakukan 1 jam sebelum pasien krs
	13.00	5. Mendokumentasikan hasil pemantauan Respon : 1. Pasien mengeluh mual muntah 2. Turgor kulit menurun 3. CRT > 3 detik
	13.30	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan
	13.45	7. Menginformasikan hasil pemantauan Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan
12 Mei 2024	12.30	1. Memonitor tanda – tanda vital Respon : Keadaan umum : 4 5 6 TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit N : 81 x/menit S : 36,4 °C
	12.45	2. Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Respon : 1. Membrane mukosa pasien meningkat 2. Turgor kulit membaik 3. CRT > 3 detik 4. Pasien tampak baik
	13.00	3. Mendokumentasikan hasil pemantauan Respon : 1. Membrane mukosa pasien meningkat 2. Turgor kulit membaik 3. CRT > 3 detik 4. Pasien tampak baik
	13.30	4. Menginformasikan hasil pemantauan Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan

## Pasien Ny. B

Tabel 11.2 Implementasi Keperawatan Pasien Ny.B

Tanggal	Jam	Implementasi
13 Mei 2024	18.00	1. Memonitor tanda – tanda vital Respon : Keadaan umum : 4 5 6 TD : 123/80 mmHG RR : 20 x/menit N : 81 x/menit S : 37,4 °C
	18.30	2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Respon : Hematokrit 34.3 %
	19.00	3. Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia Respon : 1. Pasien mengeluh badan lemas 2. Bibir pasien tampak kering dan pucat 3. Membrane mukosa pasien tampak menurun 4. Turgor kulit menurun 5. CRT > 3 detik 6. Pasien tampak lemah 7. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 150 cc
	19.30	4. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Respon : Pemantauan di lakukan 4 jam
	20.00	5. Mendokumentasikan hasil pemantauan Respon : 1. Pasien mengeluh badan lemas 2. Turgor kulit menurun 3. CRT > 3 detik
	21.00	6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan
	21.25	7. Menginformasikan hasil pemantauan Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan
14 Mei 2024	08.00	1. Memonitor tanda – tanda vital Respon : Keadaan umum : 4 5 6 TD : 110/72 mmHG RR : 20 x/menit N : 86 x/menit S : 36,3 °C
	08.15	2. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium

	08.30	<p>Respon : Hematokrit 42.4 %</p> <p>3. Mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia</p> <p>Respon :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membrane mukosa pasien meningkat</li> <li>2. Turgor kulit membaik</li> <li>3. CRT &lt; 3 detik</li> <li>4. Pasien tampak baik</li> <li>5. Hemoglobin 13,6 %</li> </ol>
	08.45	<p>4. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Respon :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membrane mukosa pasien meningkat</li> <li>2. Turgor kulit membaik</li> <li>3. CRT &gt; 3 detik</li> <li>4. Pasien tampak baik</li> <li>5. Hematokrit membaik</li> </ol>
	09.00	<p>5. Menginformasikan hasil pemantauan</p> <p>Respon : Pasien tampak kooperatif saat dijelaskan</p>

## 12) Evaluasi Keperawatan

Pasien Ny. S : Tgl 11 Mei 2024

### Subyektif :

1. Pasien mengeluh mual muntah
2. Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah

### Objektif :

1. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 250 cc
2. Bibir pasien tampak kering dan pucat
3. Konjungtiva mata tampak anemis
4. Membrane mukosa pasien tampak menurun
5. Turgor kulit menurun

6. CRT < 3 detik
7. Hemoglobin 10.3 %
8. Hematokrit 32.7 %
9. Pasien tampak lemah
10. Keadaan umum : 4 5 6

TD : 117/77 mmHg

RR : 20 x/menit

N : 88x/menit

S : 36,2 °C

**Asesment:**

Masalah Risiko Hipovolemia belum teratasi

**Planning :**

Pasien di perbolehkan pulang dengan kolaborasi dokter ,Intervensi dilanjutkan di rumah pasien

**Tgl 12 Mei 2024**

**Subyektif :**

1. Pasien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif :**

1. Bibir pasien tampak lembab
2. Konjungtiva mata tak tampak anemis
3. Membrane mukosa pasien meningkat
4. Turgor kulit membaik
5. CRT < 3 detik
6. Pasien tampak baik

7. Keadaan umum : 4 5 6

TD : 120 /70 mmHG

RR : 20 x/menit

N : 81x/menit

S : 36,2 °C

**Asesment:**

Masalah Risiko Hipovolemia teratasi

**Planning :**

Intervensi dihentikan

**Pasien Ny.B : Tgl 13 Mei 2024**

**Subyektif :**

1. Pasien mengeluh badan lemas

**Objektif :**

1. Saat dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 150 cc
2. Bibir pasien tampak kering dan pucat
3. Membrane mukosa pasien tampak menurun
4. Turgor kulit menurun
5. CRT < 3 detik
6. Hematokrit 34.3 %
7. Pasien tampak lemah
8. Keadaan umum : 4 5 6  
TD : 123/80 mmHg

RR : 20 x/menit

N : 81x/menit

S : 37,4 °C

**Asesment:**

Masalah Risiko Hipovolemia belum teratasi

**Planning :**

Intervensi dilanjutkan

**Tgl 14 Mei 2024**

**Subyektif :**

1. Pasien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif :**

1. Bibir pasien tampak membaik
2. Membrane mukosa pasien tampak meningkat
3. Turgor kulit membaik
4. CRT < 3 detik
5. Hematokrit 42.4 %
6. Pasien tampak baik
7. Keadaan umum : 4 5 6

TD : 110/72 mmHG

RR : 20 x/menit

N : 86 x/menit

S : 36,3°C

**Asesment:**

Masalah Risiko Hipovolemia teratasi

**Planning :**

Intervensi dihentikan pasien di perbolehkan pulang

**4.2 Pembahasan**

Pada pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan selama memberikan asuhan keperawatan pada 2 pasien Ny.S dan Ny.B dengan masalah risiko hipovolemia di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, pelaksanaan dan evaluasi.

**4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Hasil observasi pasien Ny.S mengatakan mual muntah setelah dilakukan tindakan kuretase, pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah, pasien tampak lemah, membran mukosa bibir pasien tampak menurun, setelah dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 250 cc, bibir pasien tampak kering dan pucat, konjungtiva mata tampak anemis, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, hemoglobin 10.7 %, hematokrit 32.7 %.

Hasil observasi pasien Ny.B mengatakan badan lemas, setelah dikuretase mengeluarkan darah dan hasil konsepsi kurang lebih 150 cc, bibir pasien tampak kering dan pucat, konjungtiva mata tampak anemis, membrane mukosa pasien tampak menurun, turgor kulit menurun, CRT < 3 detik, hematokrit 34.3 %.

Berdasarkan tinjauan teori disebutkan bahwa keluhan utama pada abortus inkomplit yaitu pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam

uterus. Perdarahan abortus ini dapat banyak sekali dan tidak berhenti sebelum hasil konsepsi dikeluarkan. pendarahan pada awal kehamilan yang ditandai dengan keluarnya sebagian hasil konsepsi dari rongga rahim melalui leher rahim. Salah satu penyebabnya adalah kelainan pertumbuhan konsepsi yang dapat tidak berhenti sebelum hasil konsepsi dikeluarkan ( Ratna Dewi Puspita & Arif Yudho Prabowo , 2018)

Berdasarkan tinjauan kasus dan tinjauan teori terdapat kesamaan pada kedua pasien, maka menurut peneliti tidak ada kesenjangan antara teori dengan studi kasus yang dilakukan oleh peneliti, meskipun tanda dan gejala pada teori tidak semuanya muncul pada kedua pasien.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Hasil observasi diagnosa pada kedua pasien yaitu risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ditandai dengan perdarahan. Menurut konsep teori pada risiko hipovolemia adalah risiko hipovolemia merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular. Dengan penyebab seperti kehilangan cairan secara aktif, gangguan absorpsi cairan, usia lanjut, kelebihan berat badan, status hipermetabolik, kegagalan mekanisme regulasi, evaporasi, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis dan terdapat kondisi klinis seperti penyakit Addison, trauma/ perdarahan, luka bakar, AIDS, penyakit crohn, muntah, diare, kolitis ulseratif.

Berdasarkan studi kasus dan tinjauan teori terdapat kesamaan diagnosa keperawatan yaitu risiko hipovolemia. Oleh karena itu peneliti mengambil masalah utama risiko hipovolemia yang di dasarkan dari hasil pengkajian.

#### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Hasil observasi rencana tindakan keperawatan pada kedua pasien yaitu monitor tanda – tanda vital , monitor hasil pemeriksaan laborat orium, identifikasi tanda-tanda hipovolemia, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil. (SIKI, 2017).

Berdasarkan studi kasus dan tinjauan teori terdapat persamaan dimana kedua pasien di lakukan intervensi keperawatan sesuai pada konsep teori intervensi risiko hipovolemia .

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Hasil observasi implementasi keperawatan pada kedua pasien yaitu memonitor tanda – tanda vital, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium , mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia , mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien , mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, menginformasikan hasil pemantauan.

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan

keperawatan. dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya bahaya fisik dan perlidungan pada pasien , teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien. Dalam pelaksanaan rencana tindakan terdapat jenis dari tindakan yaitu tindakan jenis mandiri dan tindakan kolaborasi. Sebagai profesi perawat mempunyai kewenangan dan tanggung jawab dalam menentukan asuhan keperawatan (Aziz Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah , 2023)

Berdasarkan studi kasus dan tinjauan teori terdapat persamaan dimana kedua pasien sama-sama di lakukan tindakan mandiri sesuai pada konsep teori implementasi.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil observasi evaluasi pada kedua pasien dengan diagnosa risiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif di harapkan masalah teratasi dalam waktu 2 x 24 jam dengan kriteria hasil membran mukosa lembab meningkat,turgor kulit membaik,hemoglobin membaik.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua

kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses perawatan berlangsung atau menilai dari respon pasien di sebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil. (Aziz Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah , 2023)

Dari pembahasan yang ada dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara studi kasus dan tinjauan teori. Pada kedua pasien berhasil dilakukan tindakan risiko hipovolemia



