

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Abortus Imminens

2.1.1 Pengertian

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

Berakhirnya masa kehamilan sebelum anak dapat hidup di dunia luar (Bagian Obgyn Unpad, 2002). Anak baru mungkin hidup di dunia luar kalau beratnya telah mencapai 1000 gram atau umur kehamilan 28 minggu.

Abortus Imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, saat hasil konsepsi masih dalam uterus tanpa adanya dilatasi serviks (Ida Bagus Gde Manuaba,2001)

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 kelainan dalam kematian mudigah pada hamil muda. Factor-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 vili 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

Retroversion uteri, mioma uteri, atau kelainan bawaan uterus dapat menyebabkan abortus. Tetapi, harus diingat bahwa hanya retroversion uteri gravid inkarserata atau mioma submukosa yang memegang peranan penting. Sebab lain abortus dalam trimester kedua ialah servik inkompeten yang dapat disebabkan oleh kelemahan bawaan pada serviks, dilatasi servik berlebihan, amputansi, atau robekan srviks 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 vili korionik belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu vili korionik 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 adalah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniature. Hasil konsepsi pada abortus dapat di keluarkan dalam berbagai bentuk. Adakalanya kantong amnion kosong atau tampak didalamnya benda kecil tanpa bentuk yang jelas (blighted ovum), mungkin pula janin telah mati lama (missed abortion) (Prawirohardjo,2006)

Pada *Abortus Imminens* peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosa *Abortus Imminens* ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum, disertai mules sedikit atau tidak samasekali, uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif. Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi pembuahan. Hal ini disebabkan oleh penembusan vili korionik kedalam desidua,

pada saat implantasi ovum. Perdarahan implantasi biasanya sedikit, warnanya merah dan cepat berhenti mules-mules.

2.1.4 Klasifikasi

Menurut mochtar Rustam abortus dapat dibagi atas dua golongan :

1. Abortus spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului factor-faktor mekanis atau medisinalis, semata-mata disebabkan oleh factor-faktor alamiah. Abortus ini dibagi lagi menjadi :
 - a. *Abortus Imminens* adalah keguguran membakat dan akan terjadi, keluarnya fetus masih dapat dicegah
 - b. Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dengan ostium sudah terbuka dan ketuban sudah teraba. Kehamilan sudah tidak dapat dipertahankan lagi
 - c. Abortus inkompletus adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan yang tertinggal adalah desidua dan plasenta.
 - d. Abortus kompletus adalah seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desidua dan fetus), sehingga rongga rahim kosong
 - 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.
2. Abortus provokatus (induced abortion) adalah abortus yang disengaja baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus ini terbagi lagi menjadi :

- a. Abortus medisinalis (abortus therapeutika) adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis)
- 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 dari *Abortus Imminens* adalah:

1. Terlambat haid atau amenore kurang dari 20minggu
2. Perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, hasil konsepsi masih berada dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks.
3. Perdarahan melalui ostium uteri eksternum
4. Uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, tes kehamilan positif.
5. Perdarahan implitasi biasanya sedikit warnanya merah dan cepat berhenti dan tidak disertai mules-mules.

2.1.6 Penatalaksanaan

Dalam penatalaksanaan *Abortus Imminens* dipakai cara konservatif, meliputi:

1. Istirahat baring

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

2. Coitus dilarang selama 2 minggu setelah perdarahan berhenti.

3. Berikan obat penenang, biasanya fenobarbital 3x30 mg. Berikan preparat hematinik misalnya sulfas ferosus 600-1000 mg.
4. Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.
5. Periksa denyut nadi dan suhu badan dua kali sehari bila klien tidak panas dan tiap empat jam bila pasien panas.
6. Bersihkan vulva minimal dua kali sehari dengan cairan antiseptik untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.
7. Tes kehamilan dapat dilakukan. Bila hasil negatif, mungkin janin sudah mati. Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.

2.1.7 Komplikasi

Adapun komplikasi dari abortus adalah

1. Perdarahan

Apabila perdarahan dari jalan lahir tidak segera diatasi atau pertolongan tidak diberikan tepat pada waktunya maka akan terjadi pengeluaran hasil konsepsi.

2. Syock

Berkurangnya volume darah yang disebabkan oleh adanya perdarahan

3. Infeksi

Hal ini seharusnya jarang terjadi jika memakai tehnik aseptis dengan cermat.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

- 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).

2.2 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 menggambarakan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapan memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur,2012).

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi dsain 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, mengobservasi respons klien selama dan sesudah dilakukan 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 Imminens*

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. Menurut (Doengoes,2001) adapun hal-hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

2.3.1.1 Anamnesa

1. Identitas klien

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

2. Keluhan utama

Keluhan sampai saat klien pergi ke Rumah Sakit atau pada saat pengkajian seperti terlambata haid, keluar darah dari vagina, rasa mulas atau kram perut, keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat persalinan

Meliputi tanggal persalinan, tempat persalinan, lama persalinan, jenis persalinan, serta komplikasi yang pernah dialami pasien selama persalinan.

b. Riwayat kesehatan dan persalinan yang lalu.

Riwayat ini dikaji untuk mengetahui kelainan yang terjadi pada saat yang lalu sebagai tindakan antisipasi dalam perawatan saat ini. Hal yang perlu dikaji pernah hamil atau tidak, usia melahirkan, jumlah anak yang hidup dan mati, penolong persalinan, jenis persalinan, kelainan-kelainan pada masa nifas. Mulai hamil pernah menderita penyakit menular atau keturunan, pernah MRS, dan adakah hiperemesis gravidarum.

c. Riwayat penyakit keluarga

Apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular atau keturunan, adakah kehamilan kembar.

2.3.1.2 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 tiba-tiba muncul.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Nafsu makan menurun, berat badan menurun, klien lemah.

c. Pola aktifitas

Aktifitas 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 klien mudah tersinggung dan gelisah.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pola ibadah mungkin mengalami perubahan karena tidak mampu untuk melakukan aktifitas ibadah.

2.3.1.3 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 secret.

e. Dada

Ada tidaknya nyeri dada, pergerakan pernafasan, kebersihan payudara, hiprpigmentasi pada aerola 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. Genetaila

Meliputi kebersihan, ada tidaknya varices pada vulva.

h. Anus

Ada tidaknya hemoroid.

i. Punggung

Ada tidaknya punggung lordosis atau kifosis.

j. Ekstermitas

Mencakup ada tidaknya kecacatan atau fraktur, terpasang infuse dan reflek lutut.

k. Integumen

Mencakup keadaan kelut seperti warna kulit, turgor kulit, dan ada tidaknya nyeri tekan.

2.3.1.4 Pengkajian khusus seksualitas prenatal

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 kesehatan anaknya.

2.3.1.5 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 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan *Abortus Imminens* adalah sebagai berikut :

1. Nyeri b/d adanya kontraksi uterus, sekunder terhadap pelepasan separasi plasenta (Mitayani, 2011).

2. Resiko deficit volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui rute normal dan atau abnormal (perdarahan) (Nugroho, 2011).
3. Resiko terjadi gawat janin intra uteri (hipoksia) b/d penurunan suplay O2 dan nutrisi ke jaringan plasenta sekunder terhadap perdarahan akibat pelepasan separasi plasenta (Nugroho, 2011).
4. Ketakutan/ansietas b/d krisis situasi (perdarahan); ancaman/perubahan pada status kesehatan, fungsi peran, pola interaksi; ancaman kematian; perpisahan dari keluarga (hospitalisasi, pengobatan), transmisi/penularan perasaan interpersonal (Nugroho, 2011).
5. Defisit knowledge / Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan b/d kurang pemajanan/mengingat; kesalahan interpretasi informasi, mitos; tidak mengenal sumber informasi; keterbatasan kognitif (Nugroho, 2011).
6. Resiko tinggi terhadap infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan sekunder akibat perdarahan; prosedur invasive (Mitayani, 2011).

2.3.3 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. Nyeri b/d adanya kontraksi uterus, sekunder terhadap pelepasan separasi plasenta (Mitayani, 2011).

a. Tujuan

Nyeri berkurang/ hilang setelah dilaksanakan tindakan keperawatan.

b. Kriteria hasil

- Klien tampak tenang
- Skala nyeri berkurang
- Kontraksi rahim berkurang
- Klien mengungkapkan 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. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesic

Rasional : mngurangi rasa nyeri pasien dengan terapi farmakologis.

2. Resiko deficit volume cairan b/d kehilangan berlebihan melalui rute normal dan atau abnormal (perdarahan) (Nugroho, 2011).

a. Tujuan :

Kekurangan volume cairan tidak terjadi.

b. Kriteria Hasil :

- tak ada tanda-tanda dehidrasi
- elektrolit serum dalam batas normal
- urine di atas 30 ml/jam.

c. Rencana Tindakan

1. Pantau:Tanda-tanda vital, evaluasi nadi perifer, pengisian kapiler.

Warna urine. Masukan dan haluaran, Status umum setiap 8 jam.

Rasional : Mengidentifikasi penyimpangan indikasi kemajuan atau penyimpangan dari hasil yang diharapkan. Menunjukkan keadekuatan volume sirkulasi.

2. Beritahu dokter bila: haluaran urine < 30 ml/jam, haus, takikardia,

gelisah, TD di bawah rentang normal, urine gelap atau encer gelap.

Konsultasi doketr bila manifestasi kelebihan cairan terjadi.

Rasional : Temuan - temuan ini menandakan hipovolemia dan perlunya peningkatan cairan. Pada luka bakar luas, perpindahan

cairan dari ruang intravaskular ke ruang interstitial menimbulkan hipovolemi.

3. Kaji turgor kulit dan kelembaban membrane mukosa. Perthanakn keluhan haus.

Rasional : Indikator tidak langsung dari status hidrasi/derajat kekurangan.

4. Dorong pemasukan cairan sampai 3000 cc/24 jam sesuai toleransi tubuh.

Rasional : Membantu dalam memelihara kebuthan cairan dan menurunkan resiko efek samping yang membahayakan.

5. Kolaborasi:

Berikan cairan IV sesuai indikasi.

Rasional : Diberikan untuk hidrasi umum serta mengencerkan obat antineoplastik dan menurunkan efek samping merugikan, mis. Mual/muntah atau nefrotoksitas.

3. Resiko terjadi gawat janin intra uteri (hipoksia) b/d penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta sekunder terhadap perdarahan (Nugroho, 2011).

- a. Tujuan :

Gawat janin tidak terjadi, bayi dapat dipertahankan sampai umur 37 minggu dan atau BBL \geq 2500 gr.

- b. Kriteria Hasil :

- Gerakan janin aktif.
- DJJ 120-140 x/mnt.

- Kontraksi uterus /his tidak ada.
- Kehamilan dapat dipertahankan sampai umur 37 minggu dan atau BBL \geq 2500 gr.
- Perdarahan berhenti atau tidak ada.
- Flek-flek tidak ada

c. Rencana tindakan

1. Anjurkan penderita untuk tidur miring ke kiri.

Rasional : Meminimalkan tekanan pada aorta sehingga O₂ yang disuplay ke plasenta dan janin lebih lancar.

2. Anjurkan pasien untuk melakukan ANC secara teratur sesuai dengan masa kehamilan:

- 1 x/bln pada trimester I
- 2 x/bln pada trimester II
- 1 x/minggu pada trimester III.

Rasional : Deteksi dini terhadap adanya penyimpangan pada kehamilan.

3. Pantau DJJ, kontraksi uterus/his, gerakan janin

Rasional : Penurunan DJJ dan gerakan janin sebagai prediksi adanya asfiksia janin.

4. Motivasi pasien untuk meningkatkan fase istirahat.

Rasional : Fase istirahat yang lebih akan membantu meminimalkan pemakaian energi dan O₂ sekaligus dapat mengistirahatkan bayi sampai cukup bulan.

5. Jelaskan pada pasien untuk segera memeriksakan kehamilannya bila terdapat:

- Gerakan janin berkurang/menurun.
- Kontraksi/his terus-menerus.
- Perdarahan
- Nyeri abdomen.
- Perut mengeras dan sangat nyeri.

Rasional : Sebagai kontrol langsung dari pasien terhadap kondisi kehamilannya.

4. Ketakutan/ansietas b/d krisis situasi (perdarahan); ancaman/perubahan pada status kesehatan, fungsi peran, pola interaksi; ancaman kematian; perpisahan dari keluarga (hospitalisasi, pengobatan), transmisi/penularan perasaan interpersonal (Nugroho, 2011).

a. Tujuan :

Pasien dapat mendemonstrasikan hilangnya ansietas.

b. Kriteria Hasil :

- Pasien melaporkan hilangnya / berkurangnya perasaan cemas/khawatir.
- Pasien tenang.
- Pasien kooperatif dalam pengobatan.
- Postur tubuh rileks.
- Ekspresi wajah tenang.

c. Rencana tindakan

1. Kaji derajat ansietas.

Rasional : Menentukan intervensi keperawatan selanjutnya.

2. Biarkan pasien mengekspresikan perasaan tentang kondisinya. Pertahankan cara yang tenang dan efisien. Jelaskan semua tujuan tindakan yang ditentukan.

Rasional : Pengekspresian perasaan membantu pasien mengidentifikasi sumber ansietas dan penggunaan respon koping. Pendekatan tenang oleh pemberi perawatan menyampaikan kepercayaan dan control. Pengetahuan apa yang diperkirakan membantu mengurangi ansietas.

3. Pertahankan control nyeri efektif.

Rasional : Nyeri adalah sumber ansietas.

4. Pertahankan kontak sering dengan pasien. Bicara dengan menyentuh pasien bila tepat.

Rasional : Memberikan keyakinan bahwa pasien tidak sendiri atau ditolak, berikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan.

5. Waspada pada tanda menyangkal/depresi, mis. Menarik diri, marah, tanda tidak tepat. Tentukan adanya ide bunuh diri dan kaji potensial nyeri pada skala 0-10.

Rasional : Pasien dapat menggunakan mekanisme pertahanan dari menyangkal dan mengekspresikan harapan dimana diagnosis tidak akurat. Perasaan bersalah, distress spiritual, gejala fisik atau kurang perawatan diri dapat menyebabkan pasien menjadi menarik diri dan yakin bahwa bunuh diri adalah pilihan tepat.

6. Libatkan orang terdekat sesuai indikasi bila keputusan mayor akan dibuat.

Rasional : Menjamin system pendukung untuk pasien dan memungkinkan orang terdekat terlibat degna tepat

7. Tingkatkan rasa tenang dan lingkungan tenang.

Rasional : Memudahkan istirahat, menghemat energi dan meningkatkan kemampuan coping.

8. Perhatikan coping takefektif, mis. Interaksi social buurk, tidak berdaya, fungsi menyerah setiap hari dan kepuasan sumber.

Rasional : Mengidentiifikasi masalah individu dan memberikan dukungan pada pasien/orang terdekat dalam menggunakan keterampilan coping efektif.

5. Defisit knowledge / Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan b/d kurang pemajanan/mengingat; kesalahan interpretasi informasi, mitos; tidak mengenal sumber informasi; keterbatasan kognitif (Nugroho, 2011).

a. Tujuan :

Pasien dapat memenuhi kebutuhan belajar secara mandiri, memahami penyakit dan pengobatan yang diberikan

b. Kriteria Hasil :

- Pasien memahami regimen terapeutik dan perawatan yang diberikan.
- Pasien kooperatif terhadap tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan.

- Pasien taat terhadap program pengobatan dan perawatan yang diberikan.

c. Rencana tindakan

1. Tentukan persepsi pasien tentang kondisi kehamilan sekarang, tanyakan tentang pengalaman pasien sendiri/sebelumnya.

Rasional : Memvalidasi tingkat pemahaman saat ini, mengidentifikasi kebutuhan belajar dan memberikan dasar pengetahuan dimana pasien membuat keputusan berdasarkan informasi.

2. Berikan informasi yang jelas dan akurat dalam cara yang nyata, jawab pertanyaan dengan jelas.

Rasional : Membantu penilaian diagnosa akuter, memberikan informasi yang diperlukan selama waktu menyerapnya

3. Berikan pedoman antisipasi pada pasien tentang protocol pengobatan, hasil yang diharapkan, kemungkinan janin dapat dipertahankan. Bersikap jujur dengan pasien.

Rasional : Pasien mempunyai hak untuk tahu dan berpartisipasi dalam mengambil keputusan tentang perawatan dan pengobatan yang diterima. Informasi akurat dan detail membantu menghilangkan rasa takut dan ansietas.

4. Anjurkan meningkatkan masukan cairan minimal 2500 ml/24 jam dan diet tinggi kalori serta membatasi aktifitas.

Rasional : Memperbaiki keadaan umum ibu sehingga membantu mengurangi akibat perdarahan.

5. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan hubungan seksual dengan suami sampai kehamilan berusia \pm 16 minggu (4 bulan).

Rasional : Mencegah timbulnya rangsangan pada uterus sehingga kontraksi uterus tidak terjadi.

6. Lakukan evaluasi sebelum pulang ke rumah sesuai indikasi.

Rasional : Membantu dalam transisi ke lingkungan rumah dengan memberikan informasi tentang kebutuhan perubahan pada situasi fisik, penyediaan bahan yang diperlukan

7. Identifikasi dan ketahui persepsi pasien thd ancaman/situasi.

Dorong mengekspresikan dan jangan menolak perasaan marah, takut dll.

Orientasikan klien/keluarga thd prosedur rutin dan aktifitas.

Tingkatkan partisipasi bila mungkin

Rasional : Cemas berkelanjutan dapat terjadi dalam berbagai derajat selama beberapa waktu dan dapat dimanifestasikan oleh gejala depresi.

Perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan pasien.

8. Dorong kemandirian, perawatan diri, libatkan keluarga secara aktif dalam perawatan.

Rasional : Peningkatan kemandirian dari pasien dan keluarga meningkatkan rasa percaya diri dan kemampuan untuk melakukan perawatan diri secara aktif.

6. Resiko tinggi terhadap infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan sekunder akibat perdarahan; prosedur invasive (Mitayani, 2011).

a. Tujuan :

Pasien mendemonstrasikan tidak adanya tanda dan gejala infeksi yang terjadi.

b. Kriteria Hasil :

- Tanda dan gejala infeksi tidak ada (rubor, dolor, color, penurunan fungsi lesa, painless) Vital sign dalam batas normal.
- Perdarahan berkurang/berhenti.
- Kondisi janin dalam rahim baik (gerakan janin, djj, kontraksi berkurang).

c. Rencana tindakan

1. Tingkatkan prosedur mencuci tangan yang baik Tekankan higienen personal.

Rasional : Membantu potensial sumber infeksi/pertumbuhan sekunder.

2. Pantau suhu.

Rasional : Peningkatan suhu terjadi karena berbagai factor, mis. infeksi. Identifikasi dini proses infeksi memungkinkan terapi yang tepat untuk dimulai dengan segera

3. Kaji semua system, mis. Kulit, pernafasan, genitourinaria, terhadap tanda/gejala infeksi secara kontinyu.

Rasional : Pengenalan dini dan intervensi segera dapat mencegah progresi pada situasi/sepsis yang lebih serius.

4. Tingkatkan istirahat adekuat.

Rasional : Membatasi kelelahan

5. Hindari/batasi prosedur invasive, taati teknik septic.

Rasional : Menurunkan resiko kontaminai, membatasi entri portal terhadap agen infeksius.

2.3.4 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).

2.3.5 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 Subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. O : Data Obyektif

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

c. A : Analisis

Interpretasi dari data subyektif dan obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah tridentifikasi datanya dalam data subyektif dan obyektif.

d. P : Planing

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