

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien *Abortus Imminens* di ruang bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 6 Mei 2014 , observasi dilakukan mulai tanggal 6 mei 2014 sampai dengan klien pulang tanggal 8 Mei 2014

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 6-5-2014 pukul 09.00

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

Nama Ny. W, usia 40 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Tenggumung Karya Lor Tengah I/56 Surabaya, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga. Nama suami Tn. G, usia 41 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Tenggumung Karya Lor Tengah I/56 Surabaya, agama islam, pekerjaan swasta. Ny. W MRS 5-5-2014 pukul 22.30, nomer rekam medik 06xxxx.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan takut jika kehamilannya tidak bisa dipertahankan dan terjadi apa-apa dengan janin yang di kandungnya.

3. Riwayat Kesehatan/ penyakit sekarang :

Klien datang ke rumah sakit Muhammadiyah surabaya pada tanggal 5 Mei 2014 pukul 22.30 WIB dengan GIIP20001 usia kehamilan 15 minggu dengan keluhan keluar darah pervagina ngeflek berwarna merah segar sejak sore hari pada tanggal 5 Mei 2014 , klien merasakan perutnya mules-mules sejak

malam ini. Setelah dilakukan pemeriksaan medis berupa VT, observasi gerakan janin, serta DJJ, klien didiagnosa *Abortus Imminens*. Klien di pasang infuse RL 500 cc 20 tetes permenit. Palpasi TFU = 3 jari di atas symphysis (15 cm). Janin klien gemeli DJJ ka: 165 x/ menit ki: 160x/menit menggunakan doppler. Vt Ø seujung jari.

4. Riwayat kesehatan penyakit dahulu :

Klien mengatakan tidak pernah sakit yang parah hanya batuk pilek demam biasa dan bila telat makan maag nya kambuh.

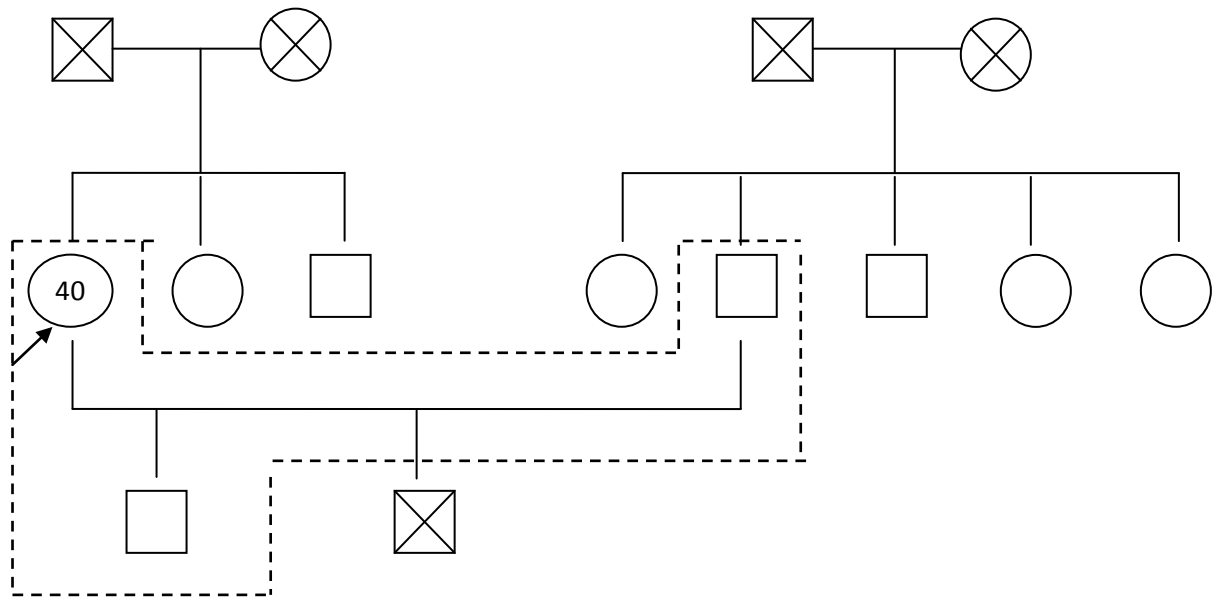
5. Riwayat kesehatan penyakit keluarga :

Klien mengatakan dalam keluarga ada yang melahirkan kembar, di dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular (TBC, hepatitis, kusta, rubella, dll) maupun menurun (DM, hipertensi, kanker, dll).

6. Riwayat psikososial :

Klien sebelumnya sudah 2x melakukan persalinan secara spontan/normal. sehingga untuk kehamilan yang ketiga ini klien sudah merasa siap tapi klien sangat cemas karena sebelumnya klien tidak pernah mengalami perdarahan saat hamil seperti saat ini.

7. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

⊠ : Laki-laki meninggal

⊙ : Perempuan meninggal

⋯ : Tinggal serumah

8. Riwayat obstetri

- a. Riwayat haid : Menarche usia 11 tahun, siklus rutin 28 hari, lamanya 7-8 hari, jumlah darah yang keluar banyak, warna merah, bau amis, flour albus kadang-kadang .
- b. Riwayat perkawinan : klien menikah usia 22 tahun, lama menikah \pm 18 tahun
- c. Riwayat kehamilan : Klien mengatakan hamil G3P200001 pada saat kehamilan mual muntah dirasakan mulai 1 sampai 3 bulan usia kehamilan, merasakan gerakan janin pada akhir-akhir ini, pemeriksaan ANC bidan terdekat dan tidak mendapat imunisasi TT . HPHT : 18-01-2014 dan HPL : 25-10-2014

9. Riwayat KB

Klien mengatakan memakai KB suntik tiap bulan setelah anak pertama berusia 3 tahun , dan berhenti saat hamil anak ke dua. Namun, setelah pasien melahirkan anak ke 2 pasien melanjutkan lagi penggunaan KB. Namun, klien memilih KB pil \pm 10 tahun , setelah itu klien hamil ini.

10. Riwayat kehamilan, persalihan dan nifas yang lalu:

Klien mengatakan anak pertama lahir di RS muhammadiyah , lahir cukup bulan dengan berat 3000gr, panjang 45 cm, laki – laki, kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+). Anak kedua lahir di RS Muhammadiyah Surabaya, lahir cukup bulan dengan berat 3200gr, panjang 48cm, laki-laki, kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+), anak kedua klien meninggal pada usia 10 tahun karena terdapat cairan di otak.

11. Pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan-makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien juga mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur di bidan dekat rumahnya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk RS klien jarang makan karena mual dan muntah . BB/TB : 65 kg/155 cm, klien tampak gemuk. Saat di RS klien makan makanan yang di sediakan oleh RS, sehari 3x yang terdiri dari nasi, lauk, sayur, buah dan susu 1 kali sehari. Pasien menghabiskan ½ porsi makanan yang disajikan.

3) Pola aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan dirumah sebagai ibu rumah tangga. Saat di RS klien tidak bisa melakukan aktivitas karena harus bedrest.

4) Pola eliminasi

Sebelum masuk RS klien mengatakan BAB setiap dua hari 1 kali, BAK 6-7 kali warna kuning jernih, bau khas. Saat di RS klien mengatakan BAB belum pernah selama 2 hari ini, BAK 4-6 kali warna kuning jernih, bau khas.

5) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 5-6 jam, tidur siang jarang. Saat di RS istirahat siang \pm 1 jam, istirahat malam 5-6 jam.

6) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan keluarga terjalin baik, klien juga sangat senang dengan peran seorang ibu. Saat di RS klien mengatakan hubungan dengan klien lain yang satu kamar juga terjalin baik.

7) Pola sensori dan kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan. Klien juga tidak merasa nyeri ketika dilakukan pemeriksaan dalam (VT).

Kognitif : Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya. Klien merasa sangat khawatir dengan perdarahan yang dialaminya. Klien sering bertanya kepada petugas dan mahasiswa tentang kondisinya. Klien juga menanyakan kemungkinan bayinya dapat diselamatkan atau tidak. Klien sangat ingin memiliki anak lagi. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan supaya bayinya selamat.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan ketiganya dan klien sudah siap menjadi ibu. Klien sangat takut jika terjadi apa-apa dengan janin yang di kandungnya.

Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan perubahan bentuk tubuhnya saat hamil.

Ideal diri : Klien berharap dapat melahirkan anak ketiganya ini sehat dan panjang umur.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri tidak maksimal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dengan G3P200001 UK 15 minggu, berumur 40 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan setelah kelahiran anak ke 3 ini, klien akan kembali menggunakan alat kontrasepsi.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suaminya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Klien percaya bahwa proses persalinannya akan dilancarkan oleh Allah SWT. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya yaitu solat dan berdoa.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Status kesehatan umum : Keadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral hangat kering merah, kesadaran kompos mentis, observasi vital sign TD: 110/80 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Suhu 37,4° C, RR: 20 x/menit. Klien tampak tegang, dan kaku saat dilakukan VT, klien tampak gelisah.
2. Kepala : bentuk simetris, rambut hitam bersih, kulit kepala bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, klien tampak cemas, wajah klien tampak tegang.

3. Mata : simetris, konjungtiva pucat, sclera mata putih, tidak terdapat gangguan penglihatan.
4. Hidung : simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada nyeri tekan pada hidung.
5. Telinga : simetris, bersih, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada nyeri tekan pada kedua telinga, tidak ada gangguan pendengaran pada kedua telinga.
6. Mulut : simetris, bibir kering, pucat, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries
7. Leher : simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
8. Dada :
Paru-paru : Bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, tidak terdapat nyeri tekan, suara resonansi, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat wheezing maupun ronchi.
Jantung : Tampak denyutan apeks jantung, denyutan apeks jantung teraba, suara S1 S2 tunggal.
9. Buah dada : membesar, puting susu menonjol, terjadi hiperpigmentasi pada areola mammae, belum ada colostrum.
10. Abdomen : tinggi fundus uteri 3 jari di atas symphysis, terlihat striae gravidarum, umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar maupun limpa, tidak kembung.
11. Genetalia : bersih dan tampak mengeluarkan darah sedikit \pm 10 cc

12. Ekstremitas : pada ekstremitas atas akral hangat kering merah, dapat digerakkan secara normal, tidak ada nyeri sendi, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada ekstremitas bawah kaki hangat kering merah, dapat digerakkan secara normal, tidak ada nyeri sendi, tidak terdapat edema.
13. Integumen : warna kulit sawo matang, turgor kulit lembab, akral hangat kering merah, suhu 37,4°C. CRT < 2 detik

3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 05 Mei 2014

HB : 10,7 g/dl (12,0-16,0g/dl)

HbsAg : Negatif (Negatif)

USG tanggal 6 Mei 2014

Gemeli hidup, hidup

I : Bpd 2,9 cm 14 mg 5 hari

FL 1,6 cm 14 mg 4 hari

Djj : +

II : Bpd 3,2 cm 15 mg 4 hari

FL 1,3 cm 13 mg 4 hari

Djj : +

Placenta corpus belakang, Afl cukup, Djj + , tidak ada sekat, HPL : 29/10 2014

3.1.4 Terapi

Tanggal 5 Mei 2014

1. RL 500 cc 20 tetes permenit
2. Mefinal 3x1 tab
3. Uterogestan 1 x 1 tab

3.1.5 Analisa data

Tanggal 6-5-2013 pukul 09.00

Data 1

Data subyektif : klien mengatakan keluar darah merah segar dari kemaluan sejak kemarin sore, perut bagian bawah dirasakan mules, klien mengatakan tidak dirasakan nyeri ketika dilakukan pemeriksaan dalam.

Data obyektif : klien hamil usia 15 minggu, TFU 3 jari di atas symphysis, Djj : ka: 154x/menit ki: 150x/menit , gerakan janin aktif, fleks (+), VT : seujung jari, TD : 110/80 mmHg S : 37,4 °C , N : 82x/menit , Rr : 20x/menit, terpasang infuse RL500ml 20 tetes permenit.

Masalah : Resiko terjadi gawat janin intra uteri

Kemungkinan penyebab : Penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta.

Data 2

Data subyektif : klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya. klien mengatakan sangat ingin punya bayi meskipun ini adalah kehamilan yang ke tiga

Data obyektif : klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada petugas. Ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang.

Masalah : ansietas

Kemungkinan penyebab : Krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya).

Data 3

Data subyektif : Klien banyak bertanya tentang kemungkinan bayi dapat diselamatkan. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan supaya bayinya selamat. Klien berkali-kali mengatakan sangat ingin punya bayi lagi.

Data obyektif : Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa. Pendidikan klien SD, ibu tidak bekerja. Klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia ibu 40 tahun.

Masalah : kurang pengetahuan

Kemungkinan penyebab : kurang informasi

3.2 Diagnosa keperawatan

1. Resiko terjadi gawat janin intra uteri berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta.
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya) ditandai dengan Klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya, klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada

petugas, ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang.

3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SD, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia klien 40 tahun.

3.3 Perencanaan Keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Resiko terjadi gawat janin intra uteri berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta.

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 2 x 24 jam, gawat janin tidak terjadi, bayi dapat dipertahankan sampai umur 37 minggu dan atau BBL \geq 2500 gr.
2. Kriteria hasil : Gerakan janin aktif, DJJ 120-160 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.
3. Rencana tindakan

- 1) Pantau DJJ, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

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

- 2) Jelaskan penyebab terjadinya perdarahan dan akibat bila perdarahan terus berlangsung (keguguran, janin meninggal).

Rasional : Meningkatkan pemahamana ibu dan kerjasama dalam pengobatan

3) Anjurkan klien untuk tidur miring ke kiri.

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

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

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

Rasional : Deteksi dini terhadap adanya penyimpangan pada kehamilan

6) 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

7) 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

8) Anjurkan klien untuk tidak melakukan hubungan seksual dengan suami sampai kehamilan berusia \pm 20 minggu (5 bulan) atau selama terjadi perdarahan

Rasional : Koitus dapat merangsang produksi prostaglandin meningkat sehingga dapat terjadi rangsangan pada uterus dan menimbulkan kontraksi.

9) Tanyakan pada klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan. Lakukan pengulangan bila perlu.

Rasional : Meningkatkan pemahaman klien dan pesan sebelum klien pulang.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya) ditandai dengan Klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya, klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada petugas, ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang.

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 3x24 jam, klien dapat menunjukkan hilangnya ansietas.

2. Kriteria hasil : Klien melaporkan hilangnya / berkurangnya perasaan cemas/khawatir, klien tenang, klien kooperatif dalam pengobatan, postur tubuh rileks, ekspresi wajah tenang.

3. Rencana tindakan :

1) Biarkan pasien mengekspresikan perasaan tentang kondisinya. Pertahankan cara yang tenang dan efisien.

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

2) Jelaskan semua tujuan tindakan yang ditentukan.

Rasional : Pengetahuan apa yang diperkirakan membantu mengurangi ansietas.

3) 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.

4) Libatkan orang terdekat sesuai indikasi bila keputusan mayor akan dibuat.

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

5) Tingkatkan rasa tenang dan lingkungan tenang (tutup gorden pada saat pemeriksaan berlangsung, batasi jumlah petugas dalam ruangan pemeriksaan, nyalakan kipas angin, sediakan selimut penutup dll).

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

6) Motivasi ibu untuk tetap tenang, tidak gelisah terhadap kondisinya

Rasional : Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh terhadap kondisi janin.

7) Anjurkan klien untuk tetap berdoa untuk keselamatan bayinya.

Rasional : Berdoa lebih mendekatkan klien kepada tuhan dan memberikan ketenangan secara spiritual.

3.3.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SD, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia klien 40 tahun.

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 3x24jam, klien dapat memenuhi kebutuhan belajar secara mandiri, memahami penyakit dan pengobatan yang diberikan

2. Kriteria hasil : klien memahami regimen terapeutik dan perawatan yang diberikan, klien kooperatif terhadap tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan, klien taat terhadap program pengobatan dan perawatan yang diberikan.

3. 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 diagnos akanker, 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 beraprtisipasi dalam mengambil keputusan tentang perawatan dan pengobatan yang diterima. Informasi akurat dan detail membantu menghilangkan rasa takut dan ansietas.

- 4) Orientasikan klien/keluarga terhadap prosedur rutin dan aktifitas. Tingkatkan partisipasi bila mungkin.

Rasional : Perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan pasien.

- 5) 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) Lakukan evalausi sebelum pulang ke rumah sesuai indikasi.

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

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Resiko terjadi gawat janin intra uteri berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta.

Tanggal 06-5-2014 pukul 10.00 WIB

1. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : DJJ ka : 157x/menit ki :157x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan jani aktif.

2. Menjelaskan penyebab terjadinya perdarahan dan akibat bila perdarahan terus berlangsung (keguguran, bayi akan meninggal).

Respon : klien mengatakan mulai sedikit mengerti tentang sebab dan akibat perdarahan yang terjadi.

3. Menganjurkan ibu untuk tidur miring ke arah kiri.

Respon : klien tidur miring ke arah kiri.

4. Memotivasi ibu untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan kurangi beraktifitas agak berat.

Respon : klien mengatakan akan istirahat 8 jam perhari dan tidak melakukan aktivitas berat.

Pukul 12.00 WIB

1. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : DJJ ka : 153x/menit ki :154x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

2. Menganjurkan ibu untuk teratur ANC yaitu:

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

Respon : klien kooperatif

3. Mengingatkan ibu untuk segera kontrol bila terdapat::

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

Respon : klien kooperatif.

4. Menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan keadaan kesehatan ibu dan minum air minimal 2500 cc /hari.

Respon : klien mengatakan nafsu makan mulai meningkat

5. Menyarankan klien dan suami untuk tidak melakukan hubungan seksual selama perdarahan terjadi dan sampai umur kehamilan minimal 5 bulan atau selama perdarahan berlangsung.

Respon : klien kooperatif.

Pukul 14.00 WIB

1. Mengganti cairan infuse, RL 20tetes permenit.

Respon : tetesan lancar, tidak ada plebitis

2. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang sudah diberikan.

Respon : klien makan ½ porsi dari makanan yang disajikan.

3. Melakukan observasi vital sign

Respon : TD 120/80, Nadi 88 x/menit, Suhu 37°C, RR 20 x/ menit

4. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : DJJ ka : 157x/menit ki :157x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

5. Menanyakan pada klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan.

Respon : klien mengatakan lumayan paham tentang penjelasan yang diberikan.

Tanggal 7-5-2013 pukul 07.00

1. Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon : klien mengatakan masih ada sedikit perdarahan (flek) \pm 5cc

2. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : Djj ka : 154x/menit ki : 156x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

3. Melakukan observasi vital sign

Respon : klien kooperatif, TD 120/70, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,4°C, RR 20 x/menit

Pukul 09.00 WIB

1. Mengganti cairan infuse RL 20 tetes permenit.

Respon : tetesan lancar, tidak terjadi phlebitis.

2. Menganjurkan klien untuk tidur miring ke arah kiri.

Respon : klien kooperatif, klien tidur miring ke arah kiri.

3. Memotivasi klien untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan kurangi beraktifitas agak berat.

Respon : klien kooperatif, klien istirahat \pm 8 jam sehari, dan tidak melakukan aktifitas agak berat.

Pukul 12.00 WIB

1. Menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan keadaan kesehatan ibu dan minum air minimal 2500 cc /hari.

Respon : ibu menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang di sajikan.

Pukul 14.00 WIB

1. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : Djj ka : 151x/menit ki : 154x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

2. Melakukan observasi vital sign

Respon : klien kooperatif, TD 110/80, Nadi 84 x/menit, Suhu 37,2°C, RR 20 x/menit.

3. Menanyakan pada klien tentang pemahaman terhadap penjelasan yang diberikan. Respon : Ibu mengatakan paham tentang penjelasan yang diberikan.

Tanggal 8-5-2013 pukul 14.30 WIB

1. Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon : klien mengatakan sudah tidak ada perdarahan maupun flek.

2. Memantau djj, kontraksi uterus/his, gerakan janin.

Respon : klien kooperatif, Djj ka : 146x/menit ki : 152x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

3. Melakukan observasi vital sign

Respon : klien kooperatif, TD 120/80, Nadi 86 x/menit, Suhu 36,2°C, RR 20 x/menit

Pukul 16.30 WIB

1. Menyiapkan klien pulang dan memberikan HE tentang pentingnya meningkatkan istirahat.

Respon : klien mengatakan sudah paham dan akan meningkatkan istirahat di rumah.

2. Menganjurkan ibu untuk teratur ANC yaitu:

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

Respon : klien akan teratur ANC.

3. Menyarankan klien dan suami untuk tidak melakukan hubungan seksual selama perdarahan terjadi dan sampai umur kehamilan minimal 5 bulan atau selama perdarahan berlangsung.

Respon : klien akan menuruti saran yang diberikan oleh tenaga medis.

4. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter.

Memberi tahu klien untuk kontrol satu minggu lagi atau segera kontrol bila terdapat::

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

Respon : klien mengatakan akan teratur minum obat dan akan segera control bila terdapat tanda-tanda diatas.

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya) ditandai dengan klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya, klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada petugas, ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang.

Tanggal 06-5-2014 pukul 10.15 WIB

1. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menceritakan perasaannya dan riwayat terjadinya perdarahan.

Respon : Klien bercerita tentang kecemasannya saat terjadi perdarahan.

2. Menjelaskan kepada klien bahwa akan dilakukan tindakan VT (periksa dalam). Respon : klien tampak tegang, hasil VT seujung jari.

Pukul 12.15 WIB

1. Mendiskusikan tentang kemungkinan bayi dapat dipertahankan bersama ibu dan suami dengan syarat klien mentaati semua petunjuk yang diberikan.

Respon : klien mengatakan akan mentaati semua petunjuk yang diberikan.

Pukul 14.15 WIB

1. Menanyakan kembali pada klien tentang perasaan cemas yang dialami klien.

Respon : klien masih merasa cemas akan keadaan janin yang dikandungnya.

2. Memotivasi klien untuk tetap tenang dan tidak gelisah serta lebih banyak berdoa sehingga harapan untuk punya bayi dapat tercapai.

Respon : klien kooperatif.

Tanggal 7-5-2013 pukul 07.10

1. Menanyakan kembali pada klien tentang perasaan cemas yang dialami klien.

Respon : klien masih merasa sedikit cemas karena masih keluar darah dari kemaluannya.

2. Mendiskusikan tentang kemungkinan bayi dapat dipertahankan bersama ibu dan suami dengan syarat ibu mentaati semua petunjuk yang diberikan.

Respon : klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan.

Pukul 12.15 WIB

1. Memotivasi klien untuk tetap tenang dan tidak gelisah serta lebih banyak berdoa sehingga harapan untuk punya bayi dapat tercapai.

Respon : klien kooperatif.

Pukul 14.05 WIB

1. Menanyakan kembali pada klien tentang perasaan cemas yang dialami klien.

Respon : klien mengatakan perasaan cemasnya sudah berkurang.

Tanggal 8-5-2013 pukul 14.15 WIB

1. Menanyakan kembali pada klien tentang perasaan cemas yang dialami klien.

Respon : klien perasaan cemasnya sudah sangat berkurang karena sudah tidak terjadi perdarahan.

Pukul 16.20 WIB

1. Mempersiapkan pasien pulang, memotivasi ibu untuk tetap tenang dan tidak gelisah apabila terjadi perdarahan kembali klien sebaiknya cepat-cepat memeriksakan diri ke rumahsakit.

Respon : Klien kooperatif

2. Memotivasi klien untuk tetap selalu banyak berdoa untuk keselamatan janinnya.

Respon : klien kooperatif.

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SD, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia klien 40 tahun.

Tanggal 06-5-2014 pukul 10.20 WIB

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya. Respon : klien mengatakan sangat cemas terhadap janin yang dikandungnya, Takut kalau janinya meninggal. Klien mengatakan perdarahan terjadi secara tiba-tiba. Klien juga tidak tahu cara penanganan serta pencegahan yang harus dia lakukan apabila terjadi perdarahan.
2. Memberikan informasi tentang apa saja yang menyebabkan perdarahan serta bahaya yang terjadi apabila perdarahan berlangsung terus-menerus.

Respon : klien kooperatif.

Pukul 12.25 WIB

1. Mendiskusikan dengan klien dan suami tentang penyakit yang diderita ibu dan kemungkinan bayi dapat dipertahankan.

Respon : klien dan keluarga kooperatif

2. Menjelaskan beberapa hal yang perlu ditaati oleh klien dan suami yaitu:

- Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.

- Tidur miring ke kiri.

- Tidak hubungan seksual selama 5 bulan kehamilan.
- Makan makanan yang bergizi.
- Lebih banyak istirahat.

Respon : klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan.

Tanggal 7-5-2013 pukul 07.15

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya. Respon : klien mengatakan cemas sedikit berkurang terhadap janin yang dikandungnya. Klien mengatakan perdarahan sudah berkurang.
2. Menanyakan kembali tentang pemahaman klien tentang keadaan yang dialaminya.

Respon : klien mengatakan sudah paham tentang kondisi yang dialaminya.

Pukul 12.25 WIB

1. Menjelaskan kembali beberapa hal yang perlu ditaati oleh klien dan suami yaitu:
 - Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.
 - Tidur miring ke kiri.
 - Tidak hubungan seksual selama 5 bulan kehamilan.
 - Makan makanan yang bergizi.
 - Lebih banyak istirahat.

Respon : klien kooperatif, klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan

Tanggal 8-5-2013 pukul 14.15 WIB

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya. Respon : klien mengatakan cemas sudah berkurang terhadap janin yang dikandungnya. Klien mengatakan perdarahan sudah tidak terjadi.

Pukul 16.25 WIB

1. Melakukan evaluasi sebelum klien pulang tentang pemahaman klien mengenai penjelasan yang sudah diberikan.

Respon : klien mampu memahami penjelasan yang sudah diberikan.

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

1. Resiko terjadi gawat janin intra uteri berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta.

Tanggal 06-5-2014 pukul 10.25 WIB

S : klien mengatakan masih ada perdarahan yang keluar dari vagina, namun sudah berkurang.

O : perdarahan pervagina sudah mulai berkurang, tanda-tanda vital TD : 100/60, Nadi: 100 x/menit, Suhu : 36 °C , RR 26 x/menit .DJJ ka : 153x/menit ki :154x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 1,4,5,6,7 dilanjutkan dan observasi 2 jam kemudian

Tanggal 07-5-2014 pukul 07.25 WIB

S : klien mengatakan masih ada sedikit perdarahan yang keluar dari vagina.

O : perdarahan pervagina sudah mulai berkurang \pm 5cc, Djj ka : 154x/menit
ki : 156x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif.

Observasi vital sign TD 120/70, Nadi 80 x/menit, Suhu 36,4°C, RR 20 x/ menit

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi no 1, 3, 4,6 dilanjutkan

Tanggal 08-5-2014 pukul 14.45 WIB

S : klien mengatakan sudah tidak ada perdarahan yang keluar dari vagina.

O : perdarahan pervagina sudah tidak terjadi, Djj ka : 146x/menit ki :
152x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif. Observasi
vital sign TD 120/80, Nadi 86 x/menit, Suhu 36,2°C, RR 20 x/ menit

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya) ditandai dengan klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya, klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada petugas, ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang.

Tanggal 06-5-2014 pukul 10.25 WIB

S : klien mengatakan sangat cemas ketika terjadi perdarahan

O : pasien menunjukkan ekspresi tegang saat dilakukan tindakan medis oleh
petugas, pasien tampak cemas dan pucat.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 1, 2, 4, 7 dilanjutkan

Tanggal 07-5-2014 pukul 10.30 WIB

S : klien mengatakan cemas sedikit berkurang karena perdarahan yang terjadi juga mulai berkurang.

O : pasien menunjukkan ekspresi rileks, namun masih tampak pucat.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 1, 4, 6, 7 dilanjutkan

Tanggal 08-5-2014 pukul 15.00 WIB

S : klien mengatakan sudah tidak merasa cemas.

O : pasien menunjukkan ekspresi rileks, tampak segar.

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan.

3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan ibu SD, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia klien 40 tahun.

Tanggal 06-5-2014 pukul 11.00 WIB

S : klien masih belum paham tentang penyebab, cara penanganan, serta pencegahan yang harus dilakukan dari perdarahan yang terjadi pada dirinya

O : klien tampak cemas, dan sering bertanya kepada mahasiswa dan petugas kesehatan.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi no 2,3,4

Tanggal 07-5-2014 pukul 08.30 WIB

S : klien mulai paham tentang penyebab, cara penanganan, serta pencegahan yang harus dilakukan dari perdarahan yang terjadi pada dirinya. Kecemasan klien sudah mulai berkurang.

O : klien mampu memahami penjelasan yang telah diberikan oleh petugas kesehatan dan mahasiswa .

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi no 1, 3, 4,6 dilanjutkan

Tanggal 08-5-2014 pukul 16.30 WIB

S : klien mengatakan sudah paham tentang penyebab, cara penanganan, serta pencegahan yang harus dilakukan dari perdarahan yang terjadi pada dirinya.

O : klien mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang dilakukan.

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

3.2.5 Evaluasi

1. Resiko terjadi gawat janin intra uteri berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap terlepasnya separasi plasenta. Tujuan tercapai pada **tanggal 8 Mei 2014 pukul 14.45 WIB**. perdarahan pervagina sudah tidak terjadi, Djj ka : 146x/menit ki : 152x/menit. Tidak terdapat his/kontraksi uterus, gerakan janin aktif. Observasi vital sign TD 120/80, Nadi 86 x/menit, Suhu 36,2°C, RR 20 x/ menit.
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasi (perdarahan dan ancaman terhadap keselamatan bayi yang dikandungnya) ditandai dengan klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya

mengenai keselamatan bayi yang dikandungnya, klien tampak gelisah, saat dilakukan pemeriksaan klien banyak bertanya kepada petugas, ekspresi wajah klien tampak tegang, postur tubuh saat dilakukan pemeriksaan kaku dan tegang. Tujuan tercapai pada **tanggal 8 Mei 2014 pukul 15.00 WIB**. Klien sudah tidak merasa cemas, tampak rileks.

3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan ibu SD, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 18 tahun, ini adalah kehamilan ke tiga dan usia klien 40 tahun. Tujuan tercapai pada **tanggal 8 Mei 2014 pukul 16.30 WIB**. Klien mengatakan sudah paham terhadap kondisinya, klien juga mampu menjawab pertanyaan yang diajukan mahasiswa sebagai cara evaluasi.