

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Abortus Inkompletus

2.1.1 Pengertian

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Prawihardjo, S, 2010).

Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dan masih ada sisa tertinggal didalam uterus (Rustam Mochtar, 2010).

2.1.2 Etiologi

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

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

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

- a. Kelainan kromosom
 - b. Lingkungan kurang sempurna
 - c. Pengaruh dari luar
2. Kelainan pada plasenta

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

3. Penyakit ibu

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

4. Kelainan traktus genitalis

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

2.1.3 Patofisiologi

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8-14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu keatas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah ialah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur.

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

2.1.4 Tanda dan Gejala

1. Sakit perut dan mulas – mulas.
2. Perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, dan biasanya berupa stolsel (darah beku).

3. Sudah ada keluar fetus atau jaringan.
4. Keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

2.1.5 Penatalaksanaan

Apabila abortus inkompletus ini disertai dengan syok karena perdarahan, segera diberikan cairan infus NaCl atau cairan Ringer yang disusul dengan transfusi. Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dilakukan tindakan kuretase. Tindakan kuretase harus dilakukan secara hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan ialah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pasca tindakan disuntikkan ergometrim (IM) untuk mempertahankan uterus (Prawirohardjo, S, 2010)

2.1.6 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari abortus inkompletus menurut Prawirohardjo 2010 :

1. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

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

3. Infeksi

4. Syok

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

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Tes kehamilan akan menunjukkan hasil positif bila janin masih hidup bahkan 2-3 hari setelah abortus.
2. Pemeriksaan Doppler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup (Arief Mansjoer, 2001).

2.1.8 Pengertian Kuretase

Kuretase adalah serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan manipulasi instrumen (

sendok kuret) kedalam kavum uteri. Sendok kuret akan melepaskan jaringan tersebut dengan teknik pengerokan secara sistematis. (Sarwono Prawirohardjo, 2010)

2.1.9 Persiapan sebelum kuretase menurut Sarwono Prawirohardjo, 2010

1. Konseling Pra Tindakan
 - a. Memberi informed consent (tindakan persetujuan medik)
 - b. Menjelaskan pada pasien tentang penyakit yang diderita.
 - c. Menjelaskan pada pasien tentang tindakan kuretase yang akan dilakukan.
 - d. Memeriksa keadaan umum pasien, bila mungkin pasien dipuasakan.
2. Pemeriksaan sebelum kuretase
 - a. USG (ultrasonografi)
 - b. Mengukur tensi dan Hb darah
 - c. Memeriksa sistem pernafasan
 - d. Mengatasi perdarahan
 - e. Memastikan pasien dalam kondisi sehat dan fit
3. Persiapan pasien
 - a. Lakukanlah pemeriksaan umum: tanda – tanda vital, keadaan jantung, Hb dan sebagainya.
 - b. Cairan dan selang infus sudah terpasang.
 - c. Siapkan kain alas bokong, sarung kaki dan penutup perut bawah.
 - d. Pasien ditidurkan dalam posisi litotomi.
4. Persiapan alat-alat kuretase

- a. 1 cunam tampon
 - b. 1 cunam peluru atau tenakulum
 - c. 2 klem ovum (forester/fenster clamp) lurus dan lengkung
 - d. 1 set sendok kuret
 - e. 1 penera kavum uteri (sonde uterus)
 - f. 2 spekulum sim's atau L
 - g. 1 kateter karet
 - h. O2 dan regulator
5. Prosedur Tindakan
- a. Pasien dalam posisi litotomi
 - b. Pasang O2
 - c. Suntikkan valium 10 mg dan atropin sulfat 0,25 mg intravena.
 - d. Tindakan dan antisepsis genitalia eksterna, vagina dan serviks.
 - e. Kosongkan kandung kemih.
 - f. Pasang spekulum vagina, selanjutnya serviks dipresentasikan dengan tenakulum menjepit dinding depan porsio pada jam 12. Angkat spekulum depan dan spekulum belakang dipegang oleh seorang asisten.
 - g. Masukkan sonde uterus dengan hati-hati untuk menentukan besar dan arah uterus.
 - h. Keluarkan jaringan dengan cunam abortus, dilanjutkan dengan kuret tumpul secara sistematis menurut putaran jarum jam. Usahakan seluruh kavum uteri dikerok.

- i. Setelah diyakini tidak ada perdarahan, tindakan dihentikan. Awasi tanda vital 15-30 menit pasca tindakan.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

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

2.2.1 Pengkajian

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

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

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

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu

menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nimatur, 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 pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

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

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Abortus Inkompletus

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

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

2. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan sampai saat klien pergi ke rumah sakit atau pada saat pengkajian seperti perut sakit atau mulas - mulas, keluar darah dari vagina, tidak akan berhenti sampai hasil konsepsi dikeluarkan, sudah ada keluar fetus atau jaringan, keluhan nyeri pada perut bagian bawah.

3. Riwayat penyakit dahulu

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

4. Riwayat penyakit keluarga

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

5. Riwayat kebidanan

a. Riwayat haid

Kaji tentang menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, sifat darah, bau, warna, adanya dismenorhoe, dan flour albus.

b. Riwayat kehamilan

Kaji hari pertama haid terakhir, tanggal perkiraan persalinan dan bagaimana keadaan anak klien mulai dari dalam kandungan hingga saat ini, bagaimana keadaan kesehatan anaknya.

6. Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Klien mengerti atau tidak tentang pemeliharaan kesehatan mengenai keadaan yang terjadi pada dirinya, yaitu pendarahan yang berlebihan.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Nafsu makan menurun, berat badan menurun, klien lemah.

c. Pola aktivitas

Aktivitas terganggu, keadaan ibu lemah karena nyeri perut yang timbul.

d. Pola eliminasi

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

e. Pola istirahat dan tidur

Terjadinya adanya perubahan pola tidur akibat dari adanya perdarahan.

f. Pola sensori dan kognitif

Mengalami kecemasan dengan penyakit 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 sexual

Kemungkinan keadaan seksual terganggu karena keadaan klien yang lemah.

j. Pola penanggulangan stress

Kemungkinan dalam mengatasi masalah yang dihadapi mengalami perubahan karena kadang-kadang klien mudah tersinggung dan gelisah.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pola ibadah mungkin mengalami perubahan karena tidak untuk melakukan aktivitas ibadah.

7. Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi kesadaran, suara bicara, pernafasan, suhu tubu, nadi, tekanan darah, GCS, BB, TB.

b. Kepala dan Leher

Ada tidaknya kelainan pada kepala dan leher, seperti pembesaran kelenjar tyroid, keadaan rambut, stomatitis, icterus, maupun anemis dan ada tidaknya cloasma gravidarum.

c. Telinga

Meliputi kebersihan, ada tidaknya serumen atau benda asing

d. Hidung

Ada tidaknya pernafasan cuping hidung, polip dan sekret.

e. Dada

Ada tidaknya nyeri dada, pegerakan pernafasan, kebersihan payudara, hiperpigmentasi pada reola mammae, pembesaran pada payudara.

f. Abdomen

Meliputi tinggi fundus uteri sesuai atau tidak dengan umur kehamilan, ada tidaknya linea alba dan linea nigra dan bekas operasi SC.

g. Genetalia

Meliputi kebersihan, ada tidaknya varices pada ulva.

h. Anus

Ada tidaknya hemoroid.

i. Punggung

Ada tidaknya punggung lordosis atau kifosis.

j. Ekstremitas

Mencakup ada tidak adanya kecacatan atau fraktur, terpasang infus dan reflek lutut.

k. Integumen

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

8. Pemeriksaan Penunjang

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

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

2.3.2 Analisa Data

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

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

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

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan (Nugroho, 2011).
2. Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan : abortus (Nugroho, 2011)
3. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus (Mitayani,2011).
4. Resiko terjadi gawat janin intra uteri (hipoksia) berhubungan dengan penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap perdarahan akibat pelepasan separasi plasenta (Mitayani,2011).
5. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan skunder akibat perdarahan; prosedur invasif (Mitayani,2011).
6. 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 (Mitayani,2011).

2.3.4 Perencanaan

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

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi.

b. Kriteria Hasil :

a) Tidak terjadi perdarahan

b) Kadar Hb normal (12,0-14,0 gr%)

c) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (mata cowong, konjungtiva anemis, turgor kulit turun, klien merasa haus, Hb turun)

c. Rencana Tindakan

1. Berikan penjelasan sebab akibat dari kekurangan cairan.

Rasional : Pasien akan mengerti dan mau menerima serta mau melaksanakan perintah.

2. Anjurkan pasien untuk bedrest.

Rasional : Bedrest atau istirahat akan dapat mengurangi perdarahan dan mengurangi ketegangan otot.

3. Periksa Hb setiap terjadi perdarahan dan post transfusi.

Rasional : Dengan adanya penurunan kadar tersebut dikuatirkan dapat menyebabkan terjadinya asidosis metabolik.

4. Catat dan observasi intake dan output.

Rasional : Intake yang cukup diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, produksi urine menunjukkan perfungsi ginjal.

5. Lakukan observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Mengetahui penurunan jumlah eritrosit dalam darah.

2. Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan : abortus

- a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cemas berkurang atau hilang.

- b. Kriteria Hasil :

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

- b) TTV dalam batas normal.

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5-37,5

RR : 16-20 x/menit

c. Rencana Tindakan

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

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

2. Pantau respon verbal dan nonverbal ibu dan pasangan.

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

3. Dengarkan masalah ibu dengan seksama.

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

4. Berikan informasi dalam bentuk verbal dan tertulis serta beri kesempatan klien untuk mengajukan pertanyaan.

Rasional : Pengetahuan akan membantu ibu untuk mengatasi apa yang terjadi dengan lebih efektif. Informasi sebaiknya tertulis, agar nantinya memungkinkan ibu untuk mengulang informasi akibat tingkat stress, ibu mungkin tidak dapat mengasimilasi inforasi. Jawab yang jujur dapat meningkatkan pemahaman dengan lebih baik serta menurunkan rasa takut.

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

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

6. Jelaskan prosedur dan arti gejala.

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

7. Kaji perasaan cemas klien

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

8. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

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

3. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus

a. Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang atau hilang.

b. Kriteria Hasil :

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

d) Skala nyeri berkurang

c. Rencana Tindakan

1. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga.

Rasional : Dengan pendekatan pada klien dan keluarga diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

2. Kaji skala nyeri.

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

3. Ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan.

Rasional : Membantu menurunkan persepsi dan respon nyeri klien serta memberikan perasaan untuk mengontrol rasa nyeri yang berlebihan.

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

Rasional : Diharapkan dapat membantu klien mengurangi nyerinya.

5. Lakukan observasi tanda-tanda vital.

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

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam tindakan kuretase.

Rasional : Untuk mengeluarkan hasil konsepsi.

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

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

4. Resiko terjadi gawat janin intra uteri (hipoksia) b/d penurunan suplay O₂ dan nutrisi ke jaringan plasenta skunder terhadap perdarahan.

a. Tujuan :

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

b. Kriteria Hasil :

- a) Gerakan janin aktif.
- b) DJJ 120-140 x/mnt.
- c) Kontraksi uterus /his tidak ada.
- d) Kehamilan dapat dipertahankan sampai umur 37 minggu dan atau BBL \geq 2500 gr.
- e) Perdarahan berhenti atau tidak ada.
- f) 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:

- Perdarahan
- Nyeri abdomen.
- Perut mengeras dan sangat nyeri.

Rasional : Sebagai kontrol langsung dari pasien terhadap kondisi kehamilannya.

5. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder akibat perdarahan; prosedur invasif.

a. Tujuan :

Pasien mendemonstrasikan tidak adanya tanda dan gejala infeksi yang terjadi.

b. Kriteria Hasil :

a) Tanda dan gejala infeksi tidak ada (rubor, dolor, color, penurunan fungsi lesa, painless) Vital sign dalam batas normal.

b) Perdarahan berkurang/berhenti.

c) 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.

6. 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.

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 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 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.

2.3.5 Pelaksanaan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi.

Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain.

Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

a. S : Data 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 yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subyektif dan obyektif.

d. P : Planning

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