

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam hal ini penulis menyajikan Asuhan keperawatan klien *abortus inkompletus* di ruang bersalin di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Asuhan keperawatan dilakukan mulai tanggal 07 Juni 2014 jam 11.00 wib – 21.15 wib.

#### **3.1 Pengkajian keperawatan**

Pengkajian dilakukan tanggal 07 Juni 2014 pukul 11.00 wib.

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

###### 1. Identitas

Nama Ny. S usia 24 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Bulak Banteng Baru Surabaya, Agama Islam, Pekerjaan ibu rumah tangga. Nama suami Tn. D, usia 25 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Bulak Baru Surabaya,, Agama Islam, Pekerjaan swasta. MRS 07 Juni 2014 pukul 11.00, nomer rekam medik 07xxxx.

###### 2. Keluhan utama

Klien mengatakan perdarahan sejak pagi.

###### 3. Riwayat Kesehatan/ penyakit sekarang :

Klien datang ke rumah sakit Muhammadiyah surabaya pada tanggal 07 Juni 2014 pukul 11.00WIB dengan GIIP10001 usia kehamilan 19 minggu dengan keluhan keluar segumpal darah pervagina ngeflek berwarna merah segar sejak pagi hari pada tanggal 07 Juni 2014 ,klien merasakan perutnya mules-mules sejak pagi ini. Setelah dilakukan pemeriksaan medis berupa

VT, klien didiagnosa Abortus Inkompletus. Klien di pasang infuse RL 500 cc 20 tetes permenit.

4. Riwayat kesehatan penyakit dahulu :

Klien mengatakan tidak pernah sakit yang parah hanya batuk pilek demam biasa dan klien tidak pernah MRS sebelumnya.

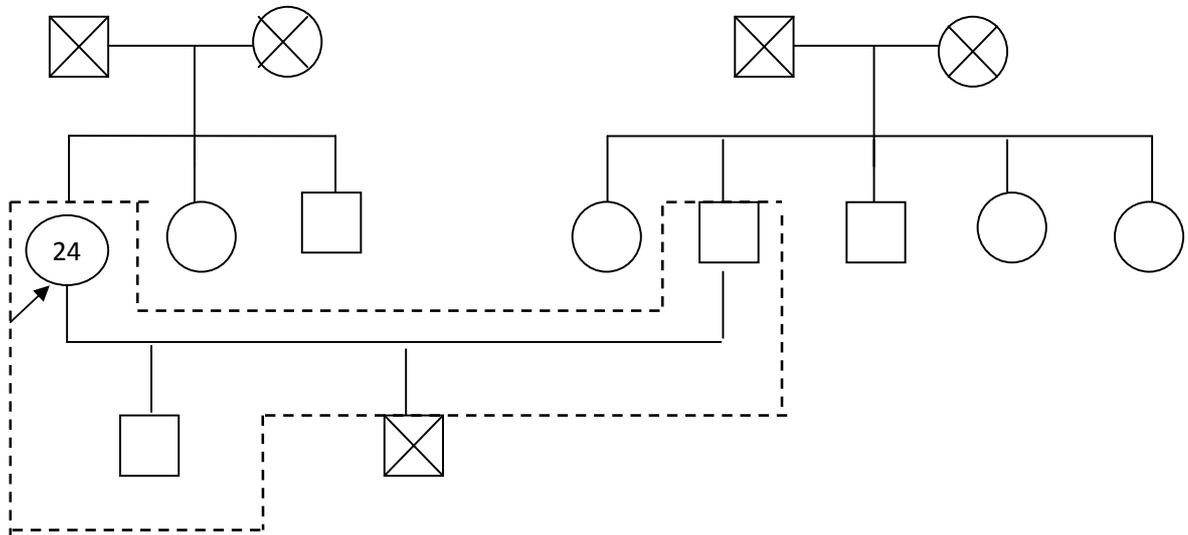
5. Riwayat kesehatan penyakit keluarga :

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 pernah melahirkan anak pertamasecara spontan/normal.untuk kehamilan yang kedua ini terjadi pendarahan sejak pagi ini sehingga menyebabkan klien menjadi cemas.

## 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 21 tahun, lama menikah  $\pm$  3 tahun

- c. Riwayat kehamilan : Klien mengatakan hamil G2P10001, pada saat ini mengeluh keluar darah, HPHT : 18-01-2014 dan HPL : 25-10-2014

#### 9. Riwayat KB

Klien mengatakan memakai KB suntik tiap bulan setelah anak pertama berusia 16 bulan, dan berhenti saat hamil anak ke dua.

#### 10. Riwayat kehamilan, persalihan dan nifas yang lalu:

Klien mengatakan anak pertama lahir di RS Muhammadiyah , lahir cukup bulan dengan berat 2400gr, panjang 45 cm, laki – laki, kelahiran ditolong oleh bidan, tidak ada kelainan/cacat, anus (+).

#### 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 sebelum terjadi flek – flek atau perdarahan.

- 2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum hamil :klien jarang makan karena mual dan muntah. BB/TB : 65kg/155 cm sebelum hamil, minum 2-3 gelas habis.

Selama hamil : BB/TB : 65 kg/155 cm setelah hamil, klien tampak gemuk.

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, minum 1 – 1 ½ gelas tidak habis.

3) Pola aktivitas dan istirahat

Sebelum hamil : Klien mengatakan dirumah sebagai ibu rumah tangga.

Selama hamil : Klien tidak bisa melakukan aktivitas karena harus bedrest.

4) Pola eliminasi

Sebelum hamil : Klien mengatakan BAB setiap dua hari 1 kali, BAK 6-7 kali warna kuning jernih, bau khas.

Selama hamil : Klien mengatakan BAB belum pernah selama 2 hari ini, BAK 4-6 kali warna kuning jernih, bau khas.

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum hamil : Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 5-6 jam/hari, tidur siang jarang.

Selama hamil : Istirahat siang  $\pm$ 1 jam/hari, istirahat malam 5-6 jam/hari.

6) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan keluarga terjalin baik, klien juga sangat senang dengan peran seorang ibu. 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, nyeri sebelum dikuret, skala nyeri 2.

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 sangat

ingin memiliki anak lagi. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan pada saat dilakukan kuret.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan keduanya, namun saat ini klien tidak merasakan janin yang ada di kandungannya.

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

Ideal diri : Klien berharap tindakan kuret yang dilakukan akan berjalan dengan lancar dan klien selamat.

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

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dengan G2P10001 UK 19 minggu, berumur 24 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan setelah kehamilan anak ke 2 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 tindakan kuret akan dilancarkan oleh Allah SWT. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya yaitu sholat dan berdo'a.

### 3.1.2 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Status kesehatan umum

Keadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral hangat kering, kesadaran kompos mentis, observasi vital sign TD: 110/70 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, ekspresi wajah menyeringai sebelum kuret.

#### 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 :

a. Paru-paru

Bentuk simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, tidak terdapat nyeri tekan, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, tidak terdapat wheezing maupun ronkhi.

b. 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

Umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar maupun limpa, tidak kembung, dan ada nyeri abdomen.

### 11. Genetalia

Bersih dan tampak mengeluarkan darah sedikit  $\pm$  10cc, warna merah segar.

### 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, dapat digerakkan secara normal, tidak ada nyeri sendi, tidak terdapat edema. Terpasang infus RL 20 tetes per menit.

### 13. Integumen

warna kulit sawo matang, turgor kulit normal, akral hangat kering, suhu  $37,4^{\circ}\text{C}$ . CRT < 2 detik

### **3.1.3 Pemeriksaan penunjang**

Tanggal :07 Juni 2014 jam 15.10 wib

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

HbsAg : Negatif ( Negatif )

### **3.1.4Terapi**

Tanggal 07 Juni 2014

1. RL 500 cc 20tetes permenit
2. Inj. Methergin 1 amp

### 3.1.5 Analisa data

Tanggal 07 Juni 2014 pukul 11.00

Data 1

Data subyektif : klien mengatakan keluar darah merah segar dari kemaluan sejak pagi ini  $\pm$  10 cc, perut bagian bawah dirasakan mules, klien mengatakan merasakan nyeri pada saat sebelum dilakukan kuret.

Data obyektif : klien hamil usia 19 minggu, fleks (+), VT : satu jari longgar, TD : 110/80 mmHg S : 37,4 °C , N : 82x/menit , Rr : 20x/menit, terpasang infuse RL500ml 20 tetes permenit, skala nyeri 2, wajah tampak menyeringai.

Masalah : Nyeri

Kemungkinan penyebab : Kontraksi uterus

Data 2

Data subyektif : klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, klien bertanya-tanya mengenai tindakan kuret yang akan dilakukan.

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, TD : 110/70 mmHg S : 37,4 °C , N : 82x/menit , Rr : 20x/menit.

Masalah : Cemas

Kemungkinan penyebab :Krisis situasi

Data 3

Data subyektif : Klien banyak bertanya tentang tindakan kuret yang akan dilakukan. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan pada saat dilakukan kuret.Klien berkali-kali mengatakan sangat ingin punya bayi lagi.

Data obyektif : Klienbanyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa. Pendidikan klienSMP, ibu tidak bekerja.Klien sudah menikah selama 3 tahun, ini adalah kehamilan ke dua dan usia ibu 24 tahun.

Masalah : kurang pengetahuan

Kemungkinan penyebab : kurang informasi

### **3.2 Diagnosa keperawatan**

1. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus ditandai dengan klien tampak kesakitan.
2. Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan abortus ditandai denganKlien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami,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 SMP, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 3 tahun, ini adalah kehamilan ke dua dan usia klien 24 tahun.

### **3.3 Perencanaan Keperawatan**

#### **3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama**

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

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan nyeri pasien dapat berkurang atau hilang, dalam waktu 1 x 24 jam.
2. Kriteria hasil :
  - a) Klien tampak tenang
  - b) Klien mengatakan nyeri berkurang
  - c) Skala nyeri 2
3. 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. Ajarkan dan anjurkan klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya nafas dalam dan dikeluarkan secara perlahan.

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

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

Rasional : Diharapkan dapat membantu klien mengurangi nyerinya.

4. Menjelaskan tentang penyebab timbulnya nyeri

Rasional : Diharapkan klien dapat memahami tentang penyebab timbulnya nyeri

5. Observasi tanda-tanda vital tiap 1 jam.

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

6. Kolaborasi dengan tim medis dalam tindakan kuretase.

Rasional : Untuk mengeluarkan hasil konsepsi.

### **3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua**

Cemas berhubungan dengan kesehatan abortus ditandai dengan Klien mengatakan sangat khawatir dengan perdarahan yang dialami, 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 diharapkan cemas berkurang atau hilang, dalam waktu 1 x24 jam.

## 2. Kriteria hasil :

- a) Ekspresi wajah dan tingkah laku tidak menunjukkan kecemasan, wajah rileks.
- b) TTV dalam batas normal.

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5-37,5 °C,

RR : 16-20 x/menit

## 3. Rencana Tindakan

1. Berikan penjelasan dan pemahaman tentang situasi dengan ibu.

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

2. Dengarkan masalah ibu dengan seksama.

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

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

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

4. Jelaskan prosedur dan arti gejala.

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

5. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

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

6. Observasi TTV

Rasional : TD : 110/80 mmHg S : 37,4 °C , N : 82x/menit , Rr : 20x/menit.

### 3.3.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Kurang pengetahuan tentang kuret berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan Klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien SMP, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 3 tahun, ini adalah kehamilan ke dua dan usia klien 24 tahun.

1. Tujuan : setelah diberikan asuhan keperawatan, klien dapat memenuhi kebutuhan belajar secara mandiri, memahami penyakit dan pengobatan yang diberikan, dalam waktu 1 x 24 jam.
2. Kriteria hasil : klien memahami tata cara, prosedur 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. Berikan informasi yang jelas dan akurat tentang tindakan kuret.

Rasional : Membantu mengatasi kuret, memberikan informasi yang diperlukan selama waktu menyerapnya.

2. Berikan pedoman antisipasi pada pasien tentang prosedur pengobatan, hasil yang diharapkan, efek samping kuret, penatalaksanaan tindakan setelah kuret. 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.

3. Orientasikan klien/keluarga terhadap prosedur rutin dan aktifitas. Tingkatkan partisipasi bila mungkin.

Rasional : Perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan pasien.

### **3.4 Penatalaksanaan Keperawatan**

#### **3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama**

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

**Tanggal 07 Juni 2014 pukul 18.00 WIB**

1. Mengkaji skala nyeri

Respon : Klien mengatakan nyeri, skala nyeri 2

2. Ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi misalnya tarik nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan pada saat nyeri timbul.

Respon :Klien mempraktekkan apa yang diajarkan seperti tehnik relaksasi tarik nafas panjang pada saat nyeri timbul.

3. Menganjurkan klien mengatur posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler.

Respon :Klien mengatur posisi yang nyaman yaitu posisi semi fowler

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.

5. Mempersiapkan pasien kuret

Respon : Klien kooperatif, klien tampak cemas dengan tindakan kuret yang akan dilakuan.

### **Pukul 18.05 WIB**

1. Mengganti infus RL, 20 tetes per menit.

Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

2. 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 mengatakan akan teratur minum obat dan akan segera control bila terdapat tanda-tanda diatas.

3. 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

#### **Pukul 18.25 WIB**

1. Menganjurkan klien untuk makan makanan yang sudah diberikan.

Respon : klien makan ½ porsi dari makanan yang disajikan.

2. Melakukan observasi vital sign

Respon : Klien kooperatif, TD 120/70, Nadi 88 x/menit, Suhu 37°C, RR 20 x/menit.

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

Respon : klien mengatakan lumayan paham tentang penjelasan yang diberikan.

#### **Pukul 18.50 WIB**

1. Mengganti cairan infuse RL 20 tetes permenit.

Respon : tetesan lancar, tidak terjadi phlebitis.

4. Menanyakan keadaan klien saat ini

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

5. Menanyakan keadaan nyeri klien.

Respon : Klien mengatakan masih sedikit nyeri.

6. Melakukan observasi vital sign

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

7. Memberikan injeksi Methergin 1 amp IM

Respon : Klien kooperatif, obat masuk 1 amp IM dan tidak ada alergi.

**Pukul 19.10 WIB**

1. 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.

2. Melakukan observasi vital sign.

Respon : Klien kooperatif, TD : 100/60, Suhu : 36,5 °C, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit.

**Pukul 19.20 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 ½ porsi makanan yang di sajikan.

2. Mengganti cairan infus RL 20 tetes permenit.

Respon : tetesan lancar, tidak terjadi phlebitis.

**Pukul 19.45 WIB**

1. Melakukan observasi vital sign

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

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

Respon : Ibu mengatakan paham tentang penjelasan yang diberikan.

#### **Pukul 20.05 WIB**

1. Menyiapkan klien pulang dan memberikan HE tentang nyeri.

Respon :Klien mengatakan akan selalu mempraktekan tarik nafas panjang apabila nyeri timbul.

2. 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.

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

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

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

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

#### **Pukul 21.10 WIB**

1. Klien pulang

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

### **3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua**

Kecemasan berhubungan dengan kesehatan abortus 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 07 Juni 2014 pukul 11.00 WIB**

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

Respon : Klien bercerita tentang keemasannya saat terjadi perdarahan.

2. Menjelaskan kepada klien bahwa akan dilakukan tindakan VT (periksa dalam).

Respon : klien tampak tegang, hasil VT satu jari longgar.

#### **Pukul 12.00 WIB**

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

Respon : klien masih merasa cemas akan tindakan kuret yang telah dilakukan.

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

Respon : klien kooperatif, klien tampak tenang dan tidak gelisah.

#### **Pukul 12.30 WIB**

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

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

**Pukul 13.10 WIB**

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

Respon : klien kooperatif, klien tampak tenang dan tidak gelisah.

**Pukul 14.35 WIB**

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

Respon : klien mengatakan perasaan cemasnya sudah berkurang.

**Pukul 15.05 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 20.05 WIB**

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

Respon : Klien kooperatif, klien sudah merasa tenang dan akan memeriksakan kehamilannya jika terjadi perdarahan.

**Pukul 21.10 WIB**

1. Klien pulang

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

**3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga**

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi ditandai dengan klien banyak bertanya kepada petugas dan mahasiswa, pendidikan klien

SMP, klien tidak bekerja, klien sudah menikah selama 3 tahun, ini adalah kehamilan ke dua dan usia klien 24 tahun.

**Tanggal 07 Juni 2014 pukul 11.00 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, klien sudah memahami tentang bahaya perdarahan yang terus – menerus.

**Pukul 11.45 WIB**

1. Mendiskusikan dengan klien dan suami tentang penyakit yang diderita ibu dan kemungkinan bayi dapat dipertahankan.  
Respon : klien dan keluarga kooperatif, klien selalu mendiskusikan kepada suaminya tentang penyakitnya.
2. Menjelaskan beberapa hal yang perlu ditaati oleh klien dan suami yaitu:
  - Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.
  - Nyeri
  - Makan makanan yang bergizi.

- Lebih banyak istirahat.

Respon : klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan.

#### **Pukul 12.00**

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya. Respon : klien mengatakan cemas sedikit berkurang terhadap tindakan kuret yang telah dilakukan. 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 12.35 WIB**

1. Menjelaskan kembali beberapa hal yang perlu ditaati oleh klien dan suami yaitu:
  - Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.
  - Makan makanan yang bergizi.
  - Lebih banyak istirahat.

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

#### **Pukul 13.40 WIB**

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya.

Respon : klien mengatakan cemas sudah berkurang terhadap tindakan kuret yang telah dilakukan. Klien mengatakan perdarahan sudah tidak terjadi.

**Pukul 16.30 WIB**

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

Respon : klien mampu memahami penjelasan yang sudah diberikan.

**Pukul 20.05 WIB**

1. Mempersiapkan klien pulang.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif

**Pukul 21.15 WIB**

1. Klien pulang

Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

**3.5 Evaluasi Keperawatan**

**3.5.1 Catatan Perkembangan**

1. Nyeri berhubungan dengan dilatasi serviks, trauma jaringan, dan kontraksi uterus terpasang infus RL 20 tetes permenit, observasi vital sign : TD 110/60 mmhg, nadi 104 x/menit, suhu 36<sup>o</sup>c, RR 20 x/menit.

**Tanggal 07 Juni 2014 Jam 18.00 wib**

S : Klien mengatakan nyeri

O : Perdarahan pervagina berkurang, TTV TD 110/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36,5<sup>o</sup>c, RR 20 x/menit, skala nyeri 2

A :Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi( 3, 4, 6 ) dilanjutkan

**Tanggal 07 Juni 2014 Jam 20.45 wib**

S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang

O : Perdarahan pervagina berkurang, perdarahan masih sedikit,TTV TD  
110/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36,5 °C, RR 20 x/menit, skala nyeri 2

A :Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi ( 3,4,6 ) dilanjutkan dirumah.

2. Cemas berhubungan dengan kesehatan abortus terpasang infus RL 20 tetes permenit,observasi vital sign : TD 110/80 mmhg, nadi 84 x/menit, suhu 36°C, RR 20 x/menit.

**Tanggal 07 Juni 2014 jam 18.00 wib**

S :Kien mengatakan masih cemas

O: Klien menunjukkan ekspresi wajah tegang , vital sign TD 110/80 Nadi 84  
x/ menit , suhu 36 °C, RR 20 x/menit.

A: Masalah teratasi sebagian

P: Kntervensi( 1,2,3,4,5 ) dilanjutkan.

**Tanggal 07 Juni 2014 jam 20.30 wib**

S :Klien mengatakan cemas sudah berkurang

O: Klien menunjukkan ekspresi wajah rilek dan tidak pucat, vital sign TD  
110/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36 °C, RR 20 x/menit.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

3. Kurang pengetahuan, mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi.

**Tanggal 07 Juni 2014 jam 16.30 wib**

S: Klien mengatakan belum mengetahui tentang kondisinya.

O: Klien belum mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang dilakukan, vital sign TD 110/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36 °C, RR 20 x/menit.

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi ( 1,2,3) dilanjutkan

**Tanggal 07 Juni 2014 Jam 20.30 wib**

S: Klien mengatakan sudah mengetahui tentang kondisinya.

O: Klien mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang dilakukan, vital sign TD 110/80 Nadi 84 x/ menit , suhu 36 °C, RR 20 x/menit.

A: Masalah teratasi.

P: Intervensi dihentikan.